



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Terminologiewissenschaftliche Arbeit
(Englisch-Deutsch) zum Thema ADHS
(Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung)

Verfasserin

Katrin Fennes, Bakk.phil., Bakk.phil.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, im Dezember

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 060 342 381

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Übersetzen Englisch/Ungarisch

Betreuerin:

Mag. Dr. Erna-Maria Trubel

Danksagung

Mein außerordentlicher Dank gilt Frau Dr. Mag. Erna-Maria Trubel, die sich bereit erklärte diese Arbeit zu betreuen. Ich möchte mich für ihre unermüdliche Hilfsbereitschaft bedanken und dafür, dass sie für Fragen aller Art immer ein offenes Ohr hatte und bei Unklarheiten sofort Hilfestellung leistete.

Weiters möchte ich mich beim Österreichischen Verein ADAPT (Verein zur Förderung von Personen mit ADHS und Teilleistungsschwächen) bedanken. Besonders möchte ich hier Frau Mag. Anne Tischlinger erwähnen.

Ich bedanke mich überdies für die Menschen, die mein Wissen und Verständnis für ADHS mit ihren Erfahrungsberichten aus der Praxis bereichert haben.

Darüber hinaus möchte ich mich besonders bei Frau Bianca Tauschek, Bakk., Frau Mag. Elisabeth Fischer und Frau Isabella Holzmann für ihre Hilfe und für die zahlreichen positiven Worte und aufheiternden Stunden im Laufe meiner Studienjahre bedanken.

Besonderer Dank gebührt nicht zuletzt meiner gesamten Familie, besonders meinen Eltern Elisabeth und Richard Fennes, die mir dieses Studium ermöglicht haben. Ich bedanke mich dafür, dass sie mir in allen Lebenslagen immer eine große Stütze waren und dafür, dass sie immer an mich geglaubt und mich gefördert haben.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
1.1 Ziel der Arbeit	5
1.2 Methode	6
1.3 Aufbau und Inhalt der Arbeit	6
2 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	8
2.1 Ätiologie	10
2.1.1 Neurophysiologische und neuropsychologische Ursachen	10
2.1.2 Prä- und postnatale Risikofaktoren	12
2.1.3 Psychosoziale Faktoren	13
2.1.4 Ernährungsbedingte Faktoren	13
2.1.5 Genetische Faktoren	13
2.2 Klinik	14
2.2.1 Säuglinge und Kleinkinder	14
2.2.2 Vorschulalter	15
2.2.3 Mittlere Kindheit	16
2.2.4 Jugendalter	18
2.2.5 Erwachsenenalter	19
2.3 Diagnose	21
2.3.1 Diagnostische Kriterien nach ICD-10	22
2.3.2 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV	25
2.3.3 Diagnostische Möglichkeiten im Erwachsenenalter	27
2.3.4 Komorbidität	30
2.3.5 Differentialdiagnose	32
2.4 Der Prozess der Diagnosestellung	34
2.4.1 Interview	34
2.4.1.1 Interviews zur Diagnosestellung im Kindes- und Jugendalter	35
2.4.1.2 Interviews zur Diagnosestellung im Erwachsenenalter	36
2.4.2 Verhaltensbeobachtung	36
2.4.3 Fragebögen	37
2.4.4 Psychologische Tests	38
2.4.5 Körperliche Untersuchung	40

2.5 Therapie	41
2.5.1 Psychoedukation.....	42
2.5.2 Multimodale Therapie	43
2.5.3 Pharmakotherapie – Stimulanzen.....	46
2.5.4 Neurofeedbacktraining	48
2.5.5 Alternative Therapiemöglichkeiten	48
2.6 Therapie & Diagnose – Einfluss des englischen auf den deutschen Sprachraum	50
3 Terminologiewissenschaftliche Analyse	53
3.1 Theoretische Grundlagen zur Fachsprache.....	53
3.1.1 Terminologie und Fachsprache unter besonderer Berücksichtigung der Fachsprache der Medizin.....	53
3.1.2 Gemeinsprache versus Fachsprache – ADHS vs. Zappelphilipp-Syndrom, ADS vs. ADHS.....	56
3.2 Terminus – Begriff und Benennung	57
3.2.1 Definition.....	59
3.2.2 Erschwerte Zuordnung von Begriff und Benennung.....	62
3.3 Beziehungen zwischen Begriff und Benennung.....	63
3.3.1 Begriffssystem	63
3.3.2 Begriffsfeld	65
3.3.3 Klassifikation unter besonderer Berücksichtigung der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV	67
3.4 Quasisynonymie – ADHS & HKS, ADHS & POS	68
3.5 Benennungsbildung	72
3.6 Kurzformen – unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses der englischen auf die deutsche Fachsprache	75
3.7 Mehrsprachige Terminologearbeit – Äquivalenz in Gemein- und Fachsprache.	78
4 Glossar	82
5 Conclusio	114
Literaturverzeichnis	115
Literatur Sachteil	115
Literatur terminologiewissenschaftliche Analyse	122
Lexika und Nachschlagewerke	123

Internetquellen	123
Tabellenverzeichnis – Quellen	125
Abbildungsverzeichnis – Quellen.....	126
Abstract	127
Abstract (English).....	128
Lebenslauf	129

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Symptome von ADHS und OTV	16
Tabelle 2: ADHS-Symptome bei Jugendlichen.....	18
Tabelle 3: Symptome von ADHS bei Erwachsenen.....	19
Tabelle 4: Forschungskriterien für hyperkinetische Störungen nach ICD-10.....	24
Tabelle 5: Diagnostische Kriterien für Aufmerksamkeitsstörungen laut DSM-IV	27
Tabelle 6: Utah-Kriterien.....	29
Tabelle 7: Unterschiede zwischen ADHS (DSM-IV) und HKS (ICD-10)	70
Tabelle 8: Abkürzungsschlüssel für Tabelle Kurzformen	75
Tabelle 9: Kurzformen Einfluss des Englischen auf das Deutsche	77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Semiotische Dreieck	58
Abbildung 2: Begriffsfeld - Internationale Klassifikationssysteme (Deutsch)	65
Abbildung 3: Begriffsfeld - Internationale Klassifikationssysteme (Englisch).....	66
Abbildung 4: Begriffsfeld - ADHS-Komorbiditäten (Deutsch)	66
Abbildung 5: Begriffsfeld - ADHS-Komorbiditäten (Englisch)	66

1 Einleitung

ADHS – eine Störung des Kindes- und Erwachsenenalters, die über eine bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts zurückliegende Forschungsgeschichte verfügt. Die Ursachen für dieses Störungsbild sind jedoch bisher noch immer nicht gänzlich erforscht, wodurch die in diesem Bereich verwendete Terminologie durch neue Erkenntnisse noch immer terminologischen Veränderungen unterworfen ist.

Auch in der Gemeinsprache ist eine Verwirrung in Bezug auf die verschiedenen Benennungen der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung zu erkennen. So werden mitunter Benennungen synonym mit ADHS verwendet, die aus fachsprachlicher Sicht keine Synonyme darstellen. Überdies weist die Terminologie veraltete Benennungen bzw. nur auf regionaler Ebene gültige Benennungen auf.

Eine einheitliche Terminologie ist in diesem Bereich daher von großer Bedeutung. Dies soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit erreicht werden.

1.1 Ziel der Arbeit

Diese Arbeit setzt sich zum Ziel, den aktuellen Stand der Terminologie im Bereich der ADHS in der deutschen und englischen Gemein- und Fachsprache zu untersuchen und im Rahmen eines begriffsorientierten Glossars festzuhalten.

Die im Rahmen der Arbeit erstellte Terminologie soll eine systematische Gegenüberstellung der englischen und deutschen Benennungen bieten und eine Einarbeitung in das Thema bzw. die Terminologie der jeweils anderen Sprache ermöglichen.

Im Vorfeld wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

1. Was ist der momentane Stand der Terminologie der ADHS im Deutschen, was im Englischen?
2. Wie stark ist der Einfluss des Englischen im untersuchten Gebiet und was bewirkt dieser Einfluss in der wissenschaftlichen Kommunikation?

Die durch die Beantwortung der Forschungsfragen erarbeitete Terminologie soll einerseits Übersetzerinnen/Übersetzern sowie Dolmetscherinnen/Dolmetscher, die in ihrer Arbeit mit diesem Themenbereich konfrontiert werden als Hilfestellung dienen, oder auch ein Nachschlagewerk für Kinderärztinnen/Kinderärzte,

Psychologinnen/Psychologen und Psychiaterinnen/Psychiater darstellen, die sich zweisprachig mit diesem Thema beschäftigen.

1.2 Methode

Die Arbeit stellt eine kontrastive Untersuchung der Terminologie der englischen und deutschen Wissenschaftssprache am Beispiel der ADHS dar.

Im Sachteil soll der Hintergrund der ADHS untersucht werden, der für die Erstellung einer entsprechenden Terminologie vonnöten ist. Hierbei kristallisieren sich im Zuge der Beschreibung des Sachgebietes jene Termini heraus, die für die eingangs definierte Zielgruppe von Bedeutung sind. Diese werden sodann in den Terminologieteil aufgenommen.

Die Benennungen, die auch im Glossar Anwendung finden, werden bei ihrer ersten Erwähnung mit einem Pfeil (→) im Sachteil gekennzeichnet um eine bessere Auffindbarkeit zu gewährleisten.

Die sich aus den bereits erwähnten Fragestellungen ergebenden Erkenntnisse bilden den Ausgangspunkt für die Empfehlungen für die Benennung von Begriffen. Um das zu erreichen, wird sowohl die deutsche als auch die englische Terminologie anhand von Textkorpora aus dem Gebiet der ADHS analysiert

1.3 Aufbau und Inhalt der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich neben diesem ersten einleitenden Kapitel in vier weitere Kapitel. Im zweiten Kapitel werden die Grundlagen der ADHS näher dargestellt. Dabei wird auf die Ätiologie, die Klinik, die Diagnose, den Prozess der Diagnosestellung, Therapiemöglichkeiten und schließlich auf Unterschiede in den Bereichen Diagnose und Therapie von ADHS im deutsch- und englischsprachigen Raum eingegangen.

Im Anschluss daran folgt, basierend auf den Erläuterungen zum Sachgebiet, die terminologiewissenschaftliche Analyse. Dabei werden neben theoretischen terminologiewissenschaftlichen Grundlagen, terminologisch interessante Themenbereiche aus dem Gebiet der ADHS näher untersucht.

Im vierten Kapitel werden unter Beachtung der Zielgruppe und der im Vorfeld formulierten Forschungsfragen, fachspezifische Benennungen schließlich in einem zweisprachigen Glossar näher definiert.

Im Rahmen des letzten Kapitels werden Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen gezogen und die gewonnenen Erkenntnisse mit den Forschungsfragen in Verbindung gesetzt.

2 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Um näher auf die Terminologie der →ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) eingehen zu können, ist die inhaltliche Beschäftigung mit dem betreffenden Sachgebiet unerlässlich. Laut Arntz et. al. (2009: 6) setzt Terminologiarbeit „die Kenntnis des betreffenden fachlichen Zusammenhangs zwingend voraus. Sprach- und Sachwissen müssen also immer zusammenkommen“. Aus diesem Grund soll nun im Folgenden das Sachgebiet der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) dargestellt werden, um dann im weiteren Verlauf der Arbeit genauer auf die Terminologie dieser Störung einzugehen.

Laut Knölker liegt hinter dem Konzept ADHS eine lange Forschungsgeschichte. Der Kinderarzt Dr. Heinrich Hoffmann beschrieb bereits im Jahre 1845 in seinem Bilderbuchband *Der Struwwelpeter* den →Zappelphilipp, ein Kind, welches laut in der Literatur weit verbreiteter Meinung, bereits ADHS-ähnliche Symptome aufweist (vgl. 2001: 14).¹

So heißt es in Hoffmanns Kinderbuch:

Ob der Philipp heute still
Wohl bei Tische sitzen will?
Also sprach in ernstem Ton
Der Papa zu seinem Sohn
Und die Mutter blicket stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.
Doch der Philipp hörte nicht,
was der Vater zu ihm spricht.
Er gaukelt
Und schaukelt,
Er trappelt und zappelt
auf dem Stuhle hin und her.
,Philipp, das missfällt mir sehr!' (Hoffmann 1950: 14)

Erstmals wurden der ADHS ähnelnde Symptome jedoch 1902 von George Still wissenschaftlich beschrieben. Still untersuchte anhand einer kleinen Gruppe von Kindern Verhaltensauffälligkeiten, die vergleichbar mit der heutigen Definition der

¹ Siehe hierzu auch: Resnick 2004 und Krowatschek 2009.

ADHS sind. Das erwähnte Verhalten führte Still auf einen „Defekt moralischer Kontrolle“ (Rothenberger & Neumärker 2010: 12 zit. nach Still 1902) zurück, welchen er als angeboren bzw. bedingt durch Komplikationen vor oder nach der Geburt begründete (vgl. Rothenberger & Neumärker 2010: 12).

Bis in die 1950er-Jahre wurde ADHS auf eine Schädigung des Gehirns zurückgeführt und das Krankheitsbild entsprechend als „Minimale Hirnschädigung“ bezeichnet. Belege für eine Verbindung einer solchen Schädigung und ADHS gab es jedoch nicht. Doch schon Ende der 1950er-Jahre begann man die Hirnschädigung als Grund für die Entstehung einer hyperkinetischen Störung zu hinterfragen und die Benennung „Minimale Hirnschädigung“ wurde durch die Benennung →„Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD)“ abgelöst. Diese Änderung zeigte laut Rothenberger & Neumärker, dass man nun auch „subtilere, grob anatomisch nicht erfassbare Auffälligkeiten des Gehirns“ (2010: 13) für die Entstehung der ADHS in Erwägung zog.

Die MCD setzte sich jedoch nicht durch. Im Laufe der 1960er-Jahre kam es schließlich in der Definition der →hyperkinetischen Störung in Europa und in Nordamerika zu einer unterschiedlichen Orientierung. Die europäischen Kliniker betrachteten die Störung als ein „eher seltenes Syndrom mit exzessiver motorischer Aktivität, das üblicherweise in Verbindung mit einigen indirekten Zeichen einer Hirnschädigung stehe“ (Rothenberger & Neumärker 2010: 14), wohingegen nordamerikanische Kliniker die Störung als „ein häufiges Phänomen“ betrachteten, „das in den meisten Fällen nicht notwendigerweise mit sichtbaren Zeichen einer Hirnschädigung einhergehe“ (Rothenberger & Neumärker 2010: 14). Diese verschiedenen Orientierungen äußerten sich auch in den diagnostischen Klassifikationssystemen² und zeigen noch heute ihren Einfluss durch geringere Prävalenzraten für eine Hyperkinetische Störung (HKS) im Vergleich zu der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (vgl. Rothenberger & Neumärker 2010: 13 f.).³

Im Laufe der 1970er-Jahre gab es unterschiedliche Forschungsansätze mit verschiedenen Ausrichtungen, so wurde die Störung mitunter hier erstmals auf die Ernährung zurückgeführt, wie z.B. auf Nahrungsmittelallergien. In den 1980er- und

² Siehe hierzu Kap 2.3.1 und 2.3.2.

³ Näheres hierzu: Kapitel 3.4.

1990er-Jahren nahmen die Forschungen im Bereich der ADHS sehr stark zu und man befasste sich intensiv mit den diagnostischen Forschungskriterien. Zu dieser Zeit wurden auch erstmals Untersuchungen durchgeführt, die psychopharmakologische Behandlungsmethoden auf ihre Wirkung untersuchten. Überdies entstanden im Laufe der 1980er-Jahre die ersten Leitlinien für HKS und ADHS, welche besonders dazu dienen sollten, die Vorgangsweise im praktischen Bereich mit den theoretischen Forschungsgrundlagen abzugleichen. Jüngst begann man in der Forschung auch zunehmend ADHS im Erwachsenenalter näher zu untersuchen. Rothenberger & Neumärker betonen, dass in den letzten Jahren ein „enormer Zuwachs an Erkenntnis und Erfahrungen“ (2010: 15) zu verzeichnen sei. Sie fügen jedoch hinzu, dass die verschiedenen Forschungszweige dafür verantwortlich sind, dass ADHS zukünftig noch überzeugender beschrieben werden kann (vgl. 2010: 15).

2.1 Ätiologie

Die tatsächlichen Ursachen für ADHS sind noch immer nicht völlig geklärt. Im Allgemeinen wird ADHS jedoch auf biologische Gründe zurückgeführt (vgl. Resnick 2004: 27). Es gibt dennoch zahlreiche Belege dafür, dass neben der oben erwähnten Ursache auch eine Vielzahl anderer Risikofaktoren die Entstehung von ADHS fördern kann. Auf die diversen angenommenen Ursachen und in der Literatur beschriebenen Risikofaktoren soll im Folgenden näher eingegangen werden.

2.1.1 Neuropsychologische und neuropsychologische Ursachen

Die Auffassung ist vorherrschend, dass ADHS auf ein Problem in der neurochemischen Übertragung des Gehirns zurückzuführen ist. Hierbei kommt es laut Resnick „[i]m Präfrontallappen des cerebralen Kortex [...] zu einem Mangel der chemischen Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin“ (2004: 27), was „Defizite [...] bei der Verhaltenssteuerung, dem Arbeitsgedächtnis, der Motivationsregulation und der motorischen Kontrolle“ (2004: 27) zur Folge hat.

Neuhaus führt an, dass es sich bei ADHS in einem gewissen Maße auch um ein „Belohnungsdefizitsyndrom“ (2007: 45) handelt. Dabei hätten „Betroffene ein angeborenes neurochemisches Verlangen danach [...], ihr Dopaminsystem anzuregen“ (2007: 45). Die Ausschüttung von Dopamin kann besonders durch neue und spannende

Geschehnisse, aber auch durch diverse Substanzen stimuliert werden. Darüber hinaus wird ebenfalls eine Störung des Systems des Botenstoffs Noradrenalin angenommen. Dieses hat die Aufgabe das Aufmerksamkeitssystem in gleichem Maße anzuregen, um zu jeder Zeit Zugriff auf das Langzeitgedächtnis sicherstellen zu können. Bei ADHS ist das jedoch durch die vorliegende Dysregulation nur abhängig vom jeweiligen Kontext möglich. So fand man unter anderem Unterschiede im Volumen des Stirnhirns und des Kleinhirns, sowie in Gehirnbereichen, die für die Regulation von Emotionen zuständig sind, zwischen nicht an ADHS leidenden und nicht an ADHS leidenden Personen (vgl. Neuhaus 2007: 45).

Forscherinnen/Forschern des National Institute of Mental Health (NIMH) gelang es eine Verbindung zwischen dem Aufrechterhalt von Aufmerksamkeit und dem Ausmaß der Aktivität des Gehirns nachzuweisen. Dazu verwendeten die Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler die Positronen-Emissions-Tomographie, mit welcher der Glukosestand in jenen Bereichen des Gehirns ermittelt werden kann, die für die Hemmung von Impulsen und die Kontrolle der Aufmerksamkeit verantwortlich sind. Glukose ist einer der Hauptenergiezulieferer des Gehirns und dient außerdem als wichtige Variable für die Aktivität des Gehirns. So konnten Unterschiede zwischen der Gehirnaktivität von gesunden Personen und an ADHS erkrankten Personen nachgewiesen werden. Der Anteil an Glukose in jenen Teilen des Gehirns, die für die Aufmerksamkeitskontrolle verantwortlich sind, war bei ADHS-Patientinnen/ADHS-Patienten niedriger als bei Personen ohne ADHS. Die Gehirnteile wiesen eine dementsprechend verringerte Aktivität auf. Aus den Forschungen geht hervor, dass diese verminderte Aktivität in gewissen Bereichen des Gehirns Unaufmerksamkeit auslösen kann (vgl. Resnick 2004: 27 f.).

Auch das Elektroenzephalogramm (EEG) spielt in der Erforschung der Ursachen der ADHS eine entscheidende Rolle. Es wird zur Messung der Aktivität des Gehirns herangezogen. So ist es möglich, die Kernsymptome Aufmerksamkeitsmangel und Hyperaktivität mit ihrer jeweiligen Gehirnaktivität in Ruhephasen und beim Ausführen bzw. Lösen von Aufgabenstellungen zu messen. Die sich daraus ergebenden Fragestellungen können sodann durch neurobiologische und genetische Studien und Untersuchungen über die Ursache abgeklärt werden (vgl. Brandeis & Banaschewski 2010: 57).

Neurophysiologische und neuropsychologische Untersuchungen legen also nahe, dass ADHS auf eine Dysfunktion im Gehirn zurückgeht. Potenzielle Risikofaktoren können aber schon vor der Geburt im Mutterleib auftreten, auf diese soll im folgenden Kapitel näher eingegangen werden.

2.1.2 Prä- und postnatale Risikofaktoren

Es wird angenommen, dass Faktoren, die zur Entstehung von ADHS beitragen können, ihren Ursprung oftmals direkt in der Gebärmutter haben. Darüber hinaus werden Schwierigkeiten im Verlauf der Geburt oder unmittelbar danach als Risikofaktoren angenommen. Dabei kann jede medizinische Komplikation, welche im Verlauf der neun Schwangerschaftsmonate auftritt, einen solchen gefährdenden Faktor darstellen. Indem Forscherinnen/Forscher die Gehirnentwicklung eines Fötus und die richtige und falsche Vernetzung von Nervenzellen an einem gesunden Fötus untersuchten, konnten Risikofaktoren, die durch falsch vernetzte Nervenzellen verursacht werden können, belegt werden. Hierzu zählen unter anderem der Konsum von Tabak oder Drogen im Verlauf der Schwangerschaft, sowie genetisch bedingte Faktoren (vgl. Resnick 2004: 28).

So kann beispielsweise übermäßiger Alkoholenuss im Laufe der Schwangerschaft die entstehenden Nervenzellen des Fötus vernichten. Die Folge ist das →Fetale Alkoholsyndrom (FAS), welches sich in einem niedrigen Gewicht bei der Geburt und sowohl psychischen als auch physischen Behinderungen äußert. Kinder mit dem FAS-Syndrom weisen dieselben Symptome wie Kinder mit ADHS auf, also hyperaktive, unaufmerksame und impulsive Verhaltensweisen. FAS kann überdies die Entstehung von ADHS fördern (vgl. Resnick 2004: 28 f.).

Darüber hinaus wird angenommen, dass auch Frühgeburten, Spätgeburten, Steißgeburten oder ein Kaiserschnitt die Entwicklung von ADHS begünstigen können. Weitere Faktoren nach der Geburt, die ADHS auslösen können, sind Gelbsucht, eine mangelnde Sauerstoffversorgung oder geringe Apgar-Werte (vgl. Resnick 2004: 29).

Wie aus den vorangegangenen Ausführungen hervorgeht, kann ADHS ihren Ursprung auch bereits pränatal haben. Oftmals wird jedoch angenommen, dass die Entstehung von ADHS auf das soziale Umfeld der Betroffenen zurückzuführen ist. Darauf soll nun näher eingegangen werden.

2.1.3 Psychosoziale Faktoren

Ein vermehrtes Vorkommen von ADHS bei Familien mit geringerer gesellschaftlicher Stellung konnte bisher nicht sicher belegt werden. Klarere Ergebnisse brachten jedoch Studien, die eine Verbindung von ADHS und komplizierten oder ungünstigen Familienverhältnissen, wie allein erziehende Elternteile, überfüllte Wohnverhältnisse oder auch psychische Störungen bei den Müttern, untersuchten. Schwierige Familienverhältnisse führen jedoch eher zu aggressiven Verhaltensweisen oder zu Dissozialität als zu ADHS (vgl. Döpfner et. al. 2002: 28).

Döpfner et. al. fassen zusammen, dass psychosoziale Ursachen nur eine geringe Rolle in der Entstehung von ADHS spielen. Aus Langzeitstudien ging jedoch hervor, dass die Beziehung zwischen Eltern und Kindern die bereits bestehende hyperkinetische Auffälligkeit verstärken kann. So konnte nachgewiesen werden, dass durch ein vermehrtes Vorkommen negativer Interaktionen zwischen Kind und Eltern das Risiko einer chronischen Störung und auch die Gefahr der Entwicklung weiterer oppositioneller Störungen des Verhaltens gefördert werden (vgl. 2002: 28).

2.1.4 Ernährungsbedingte Faktoren

Im Rahmen verschiedener Studien zeigte sich das gesteigerte Vorkommen von Allergien auf „Milcheiweiß, Pollen, Staub, Lösungsmittel, Farb- und Aromastoffe“ (Döpfner et. al. 2002: 27) bei Kindern mit ADHS. Die Anwendung so genannter oligoantigener Diäten führte in einigen Fällen zu einer partiellen Minderung der Symptome der Störung. Döpfner et. al. betonen jedoch, dass zur Klärung des Zusammenhangs zwischen Allergien auf Nahrungsmittel und ADHS noch weitere wissenschaftlich fundierte Untersuchungen vonnöten sind (vgl. 2002: 27).

2.1.5 Genetische Faktoren

Zahlreiche Studien verweisen auf genetische Faktoren als wichtigstes Element bei der Entstehung von ADHS (vgl. Döpfner et. al. 2002: 27).

So konnte im Rahmen von Zwillingsstudien belegt werden, dass monozygote Zwillinge beidseitig ADHS aufweisen und Kinder mit ADHS zumeist nahe stehende Familienmitglieder haben, die an der Störung leiden. So werden Kinder von Männern,

die in jungen Jahren an ADHS litten, mit einer Wahrscheinlichkeit von über 30 % auch von ADHS betroffen sein (vgl. Resnick 2004: 29).

Weitere Studien zeigten, dass 10-35 % der Kinder mit ADHS ebenfalls nahe stehende Familienmitglieder mit ADHS haben. Bei hyperaktiven Geschwistern beträgt die Wahrscheinlichkeit 32 %. Wenn Eltern unter ADHS leiden, liegt die Wahrscheinlichkeit, dass auch ihre Kinder von ADHS betroffen sind, bei 57 %. Im Rahmen von Zwillingsstudien konnte die genetische Vererbung von ADHS bewiesen werden. Aus diesen Untersuchungen ergab sich, aufgrund der höheren Vererbungsrate bei monozygoten Zwillingen, eine Wahrscheinlichkeit von beinahe 80 % für die Erblichkeit von Verhaltensstörungen (vgl. Barkley 1999: 37 f.).

Die angeführten Erläuterungen verdeutlichen, dass zahlreiche Ursachen für die Entstehung von ADHS angenommen werden. Dabei ist jedoch der Bedarf an weiteren Forschungen klar ersichtlich.

Im Folgenden soll der klinische Verlauf der ADHS näher erläutert werden. Hierbei wird gesondert auf den Krankheitsverlauf in den verschiedenen Lebensphasen, von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter, eingegangen.

2.2 Klinik

Der Verlauf der ADHS hat seinen Beginn bereits im Säuglingsalter und setzt sich oftmals bis ins Erwachsenenalter fort. Im Folgenden soll nun der Verlauf von ADHS in den verschiedenen Lebensphasen und die damit oft verbundene Verschiebung der Symptome näher beschrieben werden.

2.2.1 Säuglinge und Kleinkinder

Früheste Symptome bei Kindern mit späterer ADHS-Diagnose sind bereits im Mutterleib zu erkennen. So kommt es dort oftmals schon zu derartig starken Bewegungen des Kindes, dass diese die Mutter sogar schmerzen können. Viele dieser Kinder (zumeist männlichen Geschlechts) reißen unmittelbar nach der Geburt ihre Augen auf und heben ihre Köpfe bereits in der ersten Stunde nach der Geburt. Solche Kinder schreien oft viel in den ersten drei Lebensmonaten und gelten als

regulationsgestört. Wenn sie schreien, bewegen sie sich ruckartig nach hinten oder zur Seite (vgl. Neuhaus 2007: 58).

Die Wahrscheinlichkeit, später ADHS zu entwickeln, liegt bei Kleinkindern, die ein auffälliges Temperament aufweisen deutlich höher als bei Kindern ohne diese Auffälligkeiten (vgl. Döpfner et. al. 2002: 24).

Eine Temperamentsauffälligkeit ist, laut Steinhausen & Sobanski, den folgenden Merkmalen zuzuschreiben:

Persönlichkeits- und Verhaltensanteile[n] wie Aktivitätsniveau, Grad und Intensität der Energie bei einer Reaktion, Dauer der Aufmerksamkeitsspanne, Stimmungslage, Adaptabilität auf Wechsel und Rhythmisität biologischer Funktionen wie Schlafen und Essen. (2010: 152)

Das Risiko ist besonders dann erhöht, wenn die Bezugspersonen nicht in der Lage sind, mit den sich aus dem auffälligen Temperament ergebenden Schwierigkeiten umzugehen, und sich dadurch eine negative Eltern-Kind-Beziehung entwickelt (vgl. Döpfner et. al. 2002: 24).

Viele Kinder mit späterer ADHS-Diagnose weisen bereits mit drei Jahren ein auffälliges Verhalten auf. Sie sind oft hyperaktiv, können die Aufmerksamkeit nicht aufrechterhalten und sind motorisch unruhig. Oftmals ist es hier mitunter jedoch schwierig, die altersgemäße Überaktivität und den Aufmerksamkeitsgrad von jenen einer ADHS zu unterscheiden. Es konnte dennoch beobachtet werden, dass bei hyperkinetisch auffälligen Kindern vermehrt Rückstände in der motorischen und sprachlichen Entwicklung vorkommen (vgl. Döpfner et. al. 2002: 249).

2.2.2 Vorschulalter

Ab dem Vorschulalter nimmt die Anzahl der ADHS-Diagnosen zu. So können ab diesem Zeitpunkt bereits die →DSM-IV-Kriterien⁴ mit leichten Modifikationen angewandt werden. Wie eingangs erwähnt, wird es hier jedoch mitunter problematisch, die Lebhaftigkeit, die für diese Altersgruppe typisch ist, von einer Lebhaftigkeit, die auf ADHS hindeutet, abzugrenzen. Aus epidemiologischen und klinischen Untersuchungen ging hervor, dass Symptome für ADHS und oppositionellem Trotzverhalten (OTV) in dieser Altersklasse häufig sind (vgl. Steinhausen & Sobanski 2010: 153 f.).

⁴ Vgl. Kapitel 2.3.2

Die typischen Symptome der ADHS mit oppositionellem Trotzverhalten im Vorschulalter werden, nach Steinhausen & Sobanski (2010: 154), in der folgenden Tabelle dargestellt:

• Motorische Unruhe	• Geringer Gehorsam
• Zerstört Objekte	• Energisches und oft destruktives Spiel
• aggressiv	• Fordernd, widersprechend, lärmend
• Unersättliche Neugierde	• Unterbricht andere
• Furchtlos	• Extreme Wutanfälle

Tabelle 1: Symptome von ADHS und OTV

Die Komorbidität von ADHS und OTV kommt bei Vorschulkindern häufig vor. Dennoch betonen Steinhausen & Sobanski, dass im Vorschulalter das reine OTV öfter vorkommt als eine ADHS alleine. Sie merken an, dass, obwohl viele der für ADHS und OTV typischen Symptome häufig in dieser Altersklasse vorkommen, die Diagnose bestimmter Ausprägungen in der Klinik dennoch möglich ist (vgl. 2010: 155).

2.2.3 Mittlere Kindheit

Durch die neuen Anforderungen an die Aufmerksamkeit treten besonders mit dem Schuleintritt die ersten schwerwiegenden Probleme für Kinder mit ADHS auf. Das ist vorrangig auf die Kluft zwischen den erwarteten Leistungen und den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der an ADHS erkrankten Personen zur Erbringung dieser Leistungen zurückzuführen. Aufgrund der oftmals in der Schule parallel zur ADHS auftretenden →Lernstörungen (z.B. →Lese-Rechtschreib-Störung), muss in vielen Fällen professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Die Empfehlung, Fachexpertinnen/Fachexperten aufzusuchen, erfolgt zumeist in der zweiten oder dritten Grundschulklasse (vgl. Steinhausen & Sobanski: 155).

Im Bereich der Klinik werden nun die Kriterien der internationalen Klassifikationssysteme →ICD-10 und DSM-IV⁵ erfüllt (vgl. Steinhausen & Sobanski 2010: 155).

⁵ Vgl. Kapitel 2.3.1 und 2.3.2.

Oftmals haben Schulkinder mit ADHS bereits eine längere Leidensgeschichte in Bezug auf die Symptome hinter sich. In der mittleren Kindheit treten jedoch meist noch weitere Symptome und Probleme auf, die auf das von ADHS betroffene Kind zusätzlich Einfluss ausüben. Durch die Symptome der ADHS selbst und durch die zusätzlich bestehenden komorbiden Störungen⁶ sind die Kinder auf mehreren Ebenen beeinflusst (vgl. Steinhausen & Sobanski 2010: 155).

Typische Folge- und Begleitsymptome der ADHS sind laut Steinhausen & Sobanski:

- Geringes Selbstwertgefühl
- Mangelnde soziale Fertigkeiten
- Lernschwierigkeiten
- →Störung mit oppositionellem Trotzverhalten
- Stimmungsstörungen
- Provokatives Verhalten
- Antisoziales Verhalten
- Schulausschluss
- Substanzmissbrauch
- →Störung des Sozialverhaltens
- Mangelnde Motivation
- Komplexe Lernschwierigkeiten
- Störung des Familienlebens (vgl. 2010: 156).

So kommt es durch die bereits vorhandenen Leitsymptome der ADHS, die erwähnten komorbiden Störungen und Folge- und Begleitsymptome zu einer Beeinträchtigung auf mehreren Ebenen. Neben dem Selbstwertgefühl des Kindes ist auch sein Umfeld, also die Familie und der Freundeskreis, betroffen. In der Zeit von der Grundschule bis zum Jugendalter nehmen die Auseinandersetzungen mit der Familie oder mit Freunden maßgeblich zu. Das von ADHS betroffene Kind erfährt hier, durch die immer wieder auftauchenden Probleme, oftmals soziale Isolation und seine Lebensqualität wird durch die Störung maßgeblich eingeschränkt. Besonders in dieser Zeit wird zunehmend professionelle Hilfe (z.B. therapeutische Interventionen) in Anspruch genommen. Ein Großteil der von ADHS betroffenen Kinder wurde in diesem Alter auch schon medikamentös mit Psychopharmaka behandelt (vgl. Steinhausen & Sobanski 2010: 155 f.).

⁶ Vgl. Kapitel 2.3.4.

Zum Teil kommt es beim Übergang vom Kindes- ins Jugendalter zu einer totalen Remission der ADHS-Symptome, dennoch bleiben bei vielen Jugendlichen die Probleme weiterhin bestehen (vgl. Steinhausen & Sobanski 2010: 156).

2.2.4 Jugendalter

Zu den typischen Symptomen im Jugendalter gehören laut der folgenden Tabelle nach Steinhausen & Sobanski (2010: 157):

• Fortlaufende Unaufmerksamkeit
• Abnehmende Hyperaktivität
• Planungs- und Organisationsdefizite
• Assoziierte Probleme - Dissoziales und delinquentes Verhalten - Emotionale Probleme - Substanzmissbrauch - Unfälle

Tabelle 2: ADHS-Symptome bei Jugendlichen

Die in Tabelle 2 aufgezeigten Symptome, die teils noch aus der Kindheit mit ADHS stammen, verschieben sich oftmals im Jugendalter. So wird aus der vormaligen Hyperaktivität dann bei Jugendlichen ein Gefühl der „inneren Unruhe“ (Steinhausen & Sobanski 2010: 156), auch „Planungs- und Organisationsdefizite“ (2010: 156) vermehren sich in diesem Alter und beeinflussen die von ADHS betroffenen Jugendlichen in der Schule oder im Arbeitsleben. Eltern haben hier besonders mit Problemen auf der Beziehungsebene zu kämpfen. So lösen sich solche Jugendliche oft von ihren Eltern und es kommt bei ihnen vermehrt zu „*Auseinandersetzungen mit Autoritäten*“ oder „*risikoreichen Aktivitäten*“ (Steinhausen & Sobanski 2010: 156 f.).⁷ Derartige risikoreiche Tätigkeiten umfassen beispielsweise ungeschützten Geschlechtsverkehr mit daraus resultierenden ungewollten Schwangerschaften oder Unfälle mit oftmals schweren Folgeschäden. Darüber hinaus bereiten oftmals auch Komorbiditäten wie Dissozialität oder der Missbrauch von Substanzen in dieser Lebensphase Schwierigkeiten (vgl. Steinhausen & Sobanski 2010: 157).

In Bezug auf den Verlauf der ADHS betonen Steinhausen & Sobanski, dass bisherige Studien noch keine Ergebnisse zum langfristigen Verlauf der ADHS im

⁷ Hervorhebungen so im Original.

Jugendalter lieferten. Dennoch legen die bestehenden Erkenntnisse nahe, dass bei einer Mehrzahl der Kinder mit ADHS die Störung auch im Jugendalter bestehen bleibt. Die Zahlen liegen hier zwischen 43 % und 72 %. Oftmals wird das Fortbestehen der ADHS im Jugendalter noch durch Schwierigkeiten in der Schule, einer zusätzlichen Störung des Sozialverhaltens oder anderen Problemen, die mit der Entwicklung der Persönlichkeit in Verbindung stehen, verkompliziert (vgl. 2010: 161-165).

In Verlaufsstudien konnte die Erkenntnis gewonnen werden, dass es bei vielen Kindern und Jugendlichen mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter nicht zu einem Rückgang der Symptome kommt. Die Symptome äußern sich jedoch bei Erwachsenen anders als bei Kindern (vgl. Steinhausen & Sobanski 2010: 158).

Im Folgenden sollen die für die ADHS im Erwachsenenalter typischen Symptome näher dargestellt werden.

2.2.5 Erwachsenenalter

Zahlreiche Studien legen nahe, dass die Störung bei ca. 50 % der von ADHS betroffenen Kinder auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt. ADHS kann jedoch nicht erst im Erwachsenenalter entstehen. Die Kernsymptome bleiben aus der Kindheit bestehen, äußern sich aber, entsprechend der typischerweise an Erwachsene gestellten Anforderungen, auf unterschiedliche Art und Weise. Darüber hinaus können gewisse Symptome verschwinden und andere hinzukommen (vgl. Resnick 2004: 38).

Die folgende Tabelle stellt die ADHS-Symptome im Erwachsenenalter, nach Steinhausen & Sobanski (2010: 158), dar:

• Aufmerksamkeitsdefizit
• Innere Unruhe/feinmotorische Hyperaktivität
• Störung der Impulskontrolle
• Affektive Dysregulation
• Störung der Alltags-/Selbstorganisation
• Assoziierte Probleme - Berufliche Instabilität - Partnerbeziehungsstörungen - Verkehrsunfälle

Tabelle 3: Symptome von ADHS bei Erwachsenen

Wie bereits erläutert, nimmt die Hyperaktivität im Jugendalter zumeist ab und wird dann oft als innere Unruhe empfunden. Eine dennoch fortbestehende Hyperaktivität im Erwachsenenalter äußert sich laut Steinhausen & Sobanski als „Unfähigkeit länger still zu sitzen bzw. als →Dysphorie bei Inaktivität, hohes Bedürfnis nach sportlicher Betätigung, feinmotorische Unruhe und Zappeligkeit und als Vermeidung von Tätigkeiten mit wenig Stimulation“ (2010: 158).

Eine Unruhe in der Grobmotorik bei Erwachsenen mit ADHS ist zwar selten, dennoch fühlen sie sich oft von Tätigkeiten oder Arbeitsstellen, die überwiegend im Sitzen erledigt werden, überfordert. Im Erwachsenenalter verursacht besonders das Symptom der Aufmerksamkeitsstörung Schwierigkeiten. So ist es für erwachsene Personen mit ADHS besser, Berufe zu ergreifen, die ihre Aufmerksamkeit nicht in hohem Maße fordern. Die Unfähigkeit sich zu konzentrieren, äußert sich an den entsprechend ‚schlechteren‘ Leistungen in Beruf und Ausbildung. An ADHS erkrankte Menschen müssen beim Lernen öfter pausieren oder geben bei uninteressanten Aufgaben schnell auf und lassen sich leicht ablenken. Darüber hinaus gibt es auch Schwierigkeiten im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses, so werden oftmals Termine vergessen, Alltagsgegenstände fortlaufend verloren oder verlegt (vgl. Steinhausen & Sobanski 2010: 158 f.).

Auch das Leitsymptom Impulsivität nimmt im Erwachsenenalter oftmals zu. Erwachsene mit ADHS entscheiden oftmals spontan und planen Tätigkeiten nicht. Auch die Störung der Alltags- und Selbstorganisation macht sich sowohl im Privat- als auch im Berufsleben bemerkbar. So werden Arbeiten angenommen, die dann nicht ausgeführt werden, Beziehungen werden meist schnell eingegangen und auch schnell wieder aufgelöst und Entscheidungen, die die Tagesorganisation betreffen, werden nicht ausreichend vorausgeplant und organisiert. Daraus entsteht als Resultat das klinische Symptom der Desorganisation des alltäglichen Lebens, welches bei ADHS im Erwachsenenalter zu den Leitsymptomen zählt. Oftmals sind bei ADHS im Erwachsenenalter auch sekundäre Symptome und psychosoziale Störungen vorherrschend. So weisen solche Erwachsene in vielen Fällen Symptome von affektiver Dysregulation auf, welche sich beispielsweise in spontanen Wutanfällen, chronischer Irritiertheit, Gereiztheit, gereizter bzw. dysphorischer Stimmung, depressiven Phasen und einer geringen Stressresistenz äußern. Darüber hinaus verursachen die aus der

Kindheit stammenden Lernstörungen mitunter noch im Erwachsenenalter Schwierigkeiten beim Rechnen, Schreiben und Lesen. Solche Erwachsene finden aber oftmals Berufe, in denen sie ihre →Teilleistungsstörung nicht beeinträchtigt (vgl. Steinhausen & Sobanski 2010: 158 f.).

Verschiedene Studien haben ergeben, dass Erwachsene mit ADHS im Vergleich zu gleichaltrigen Personen ohne ADHS schlechtere Schulabschlüsse haben, im Beruf weniger leisten können und mehr Probleme in sozialen Beziehungen haben. So liegen bei Erwachsenen mit ADHS die Scheidungsraten und die Raten Alleinerziehender höher als bei nicht von ADHS betroffenen Personen. Darüber hinaus wurde auch festgestellt, dass ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist. So kommt es bei Erwachsenen mit ADHS vier Mal häufiger zu Unfällen und Führerscheinentzügen als bei Erwachsenen, die nicht von der Störung betroffen sind (vgl. Steinhausen & Sobanski 2010: 159 f.).

Nachdem nun die Symptome der ADHS vom Säuglings- bis ins Erwachsenenalter näher dargestellt wurden, soll im folgenden Verlauf näher auf den Bereich der Diagnose eingegangen werden.

2.3 Diagnose

Zu Beginn der Diagnose wird primär angestrebt, das Bestehen einer ADHS und deren Schweregrad mithilfe der diagnostischen Kriterien der internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV zu bestätigen bzw. zu widerlegen. Aus dem Ergebnis dieser werden dann im Folgenden die weitere Vorgehensweise in der Diagnosestellung bzw. die nachfolgenden therapeutischen Interventionen abgeleitet (vgl. Knölker 2001: 22).

Die folgenden Unterkapitel stellen die erwähnten Klassifikationssysteme vor und behandeln darüber hinaus die prinzipiell bei der Diagnose von ADHS zu beachtenden komorbiden Störungen sowie den Bereich der Differentialdiagnose, der in den Klassifikationssystemen nur peripher behandelt wird, aber welchem im Sinne einer vollständigen Diagnosestellung große Bedeutung zukommt.

2.3.1 Diagnostische Kriterien nach ICD-10

International findet vorwiegend das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene, für Krankenversicherer verbindliche, Klassifikationssystem ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision⁸) Anwendung (vgl. Neuhaus 2007: 30).⁹

Im Rahmen der ICD-10 wird für das Störungsbild die Benennung „Hyperkinetische Störung“ verwendet. International gesehen hat sich aber die Benennung „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“, welche im Klassifikationssystem DSM-IV verwendet wird, durchgesetzt (vgl. Steinhausen 2010a: 17).

Die ICD-10 definiert die Hyperkinetische Störung im Code F90 wie folgt:

1. frühe[r] Beginn
2. die Kombination von überaktivem, wenig moduliertem Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen und
3. Unabhängigkeit dieser Verhaltenscharakteristika von spezifischen Situationen sowie Beständigkeit über eine längere Zeit. (Steinhausen 2010a: 17)

Folgende Subtypen werden dabei unterschieden:

- F90.0-Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- F90.1-Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F90.8-Sonstige hyperkinetische Störungen
- F90.9-Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet (vgl. Steinhausen 2010a: 19)

Es herrscht immer noch Uneinigkeit über die genaue Einteilung der hyperkinetischen Störung, da aus Untersuchungen hervorging, dass der Verlauf der HKS bis ins Jugend- und Erwachsenenalter maßgeblich dadurch gekennzeichnet ist, ob aggressive, delinquente oder dissoziale Verhaltensweisen neben der Störung bestehen. So wurden bei der Einteilung der Untergruppen diese begleitenden Merkmale separat gruppiert. Laut ICD -10 soll der Code F90.0 verwendet werden, wenn die „allgemeinen Kriterien für eine Hyperkinetische Störung (F90) erfüllt sind, die Kriterien für F91 (Störung des Sozialverhaltens) jedoch nicht“ (Steinhausen 2010a: 19). Der Code F90.1 ist dann

⁸ Aktuelle englische Version der ICD-10 unter: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Stand: 13.3.2010; sowie aktuelle deutsche modifizierte Version unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm>, Stand: 13.3.2010.

⁹ Siehe hierzu auch: Krowatschek 2009 und Steinhausen 2010a.

anzuwenden, wenn sowohl die Kriterien für F90, als auch für F91 zutreffen. Von der Verwendung der letzten Gruppe F90.9 wird abgeraten. Sie soll nur dann zur Anwendung kommen, wenn es nicht möglich ist, zwischen der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) und der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens zu differenzieren, aber die allgemeinen Kriterien für die Gruppe F90 zutreffen (vgl. Steinhausen 2010a: 19).

Die Leitlinien zur Diagnose werden im Rahmen der ICD-10-Forschungskriterien für die Diagnose der hyperkinetischen Störung noch genauer definiert (vgl. Steinhausen 2010a: 17). Diese Kriterien werden in der folgenden Tabelle nach Steinhausen (2010a: 18) dargestellt:

G1. <i>Unaufmerksamkeit:</i> Mindestens sechs Monate lang mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder: 1. sind unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten 2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten 3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird 4. können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden) 5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren 6. vermeiden ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die häufig geistiges Durchhaltevermögen erfordern 7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z. B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge 8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt 9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.
G2. <i>Überaktivität:</i> Mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder: 1. fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen 2. verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird 3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl) 4. sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen

Freizeitbeschäftigungen
5. zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontakt oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.
G3. <i>Impulsivität</i> : Mindestens sechs Monate lang mindestens eines der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder: 1. platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist 2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen 3. unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein) 4. reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.
G4. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr.
G5. <i>Situationsunabhängigkeit</i> : Die Kriterien sollten in mehr als einer Situation erfüllt sein z.B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zuhause[sic!] als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können z.B. in der Klinik. (Der Nachweis situationsübergreifender Symptome erfordert normalerweise Informationen aus mehr als einer Quelle. Elternberichte über das Verhalten im Klassenraum sind z.B. meist unzureichend.)
G6. Die Symptome von G1.- G3. verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.
G7. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84), eine manische Episode (F30), eine depressive Episode (F32) oder eine Angststörung (F41).

Tabelle 4: Forschungskriterien für hyperkinetische Störungen nach ICD-10

Im Rahmen der angeführten diagnostischen Kriterien muss demnach eine bestimmte Anzahl an Symptomen und festgesetzten anderen Parametern zutreffen, damit eine ADHS-Diagnose in Erwägung gezogen werden kann (vgl. Bundesärztekammer 2005).

Das weitere internationale Klassifikationssystem, DSM-IV, das in der Diagnose der ADHS Anwendung findet, soll im Folgenden näher dargestellt werden.

2.3.2 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

Auch der von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebene Kriterienkatalog DSM-IV¹⁰ (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition¹¹) beinhaltet diagnostische Kriterien zur Feststellung der ADHS (vgl. Neuhaus 2007: 28).

Im DSM-IV werden folgende drei Subtypen der ADHS unterschieden:

- der kombinierte Typus (unaufmerksam, überaktiv, impulsiv)
- der vorwiegend unaufmerksame Typus
- der vorwiegend impulsiv-überaktive Typus (Neuhaus 2007: 28)

Die diagnostischen Kriterien nach DSM-IV, welche ebenfalls diese Subtypen enthalten, stellt Steinhausen (2010a: 20 f.) wie folgt dar:

A.	Entweder Punkt 1 oder Punkt 2 müssen zutreffen 1. Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von <i>Unaufmerksamkeit</i> sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen: a) beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten, b) hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten, c) scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen, d) führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten), e) hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren, f) vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben), g) verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug), h) lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken, i) ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich. 2. Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der <i>Hyperaktivität</i> und <i>Impulsivität</i> sind
----	--

¹⁰ **Anmerkung:** Die momentane Ausgabe des DSM lautet DSM-IV-TR. Die 5. Ausgabe ist für 2013 geplant, nähere Informationen unter: <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV.aspx>, Stand: 15.6.2010.

¹¹ Vollständige Version der DSM-IV unter: <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4tr.htm>, Stand: 15.6.2010.

	während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen: <i>Hyperaktivität</i> a) zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum, b) steht in der Klasse und anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf, c) läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben), d) hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen, e) ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“, f) redet häufig übermäßig viel. <i>Impulsivität</i> g) platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, h) kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist, i) unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).
B.	Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.
C.	Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz oder zu Hause).
D.	Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.
E.	Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. Affektive Störungen ¹² , Angststörungen ¹³ , Dissoziale Störung oder eine Persönlichkeitsstörung).
Codiere je nach Subtypus:	
314.01 (F90.0) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Mischtypus: liegt vor, wenn die Kriterien A1 und A2 während der letzten sechs Monate erfüllt waren.	
314.00 (F98.8) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Vorwiegend Unaufmerksam Typus: liegt vor, wenn Kriterium A1, nicht aber Kriterium A2 während der letzten sechs Monate erfüllt war.	
314.01 (F90.1) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus: liegt vor, wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 während der letzten sechs Monate erfüllt war.	
Codierhinweise: Bei Personen (besonders Jugendlichen und Erwachsenen), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt Symptome zeigen, aber nicht mehr alle Kriterien erfüllen, wird	

¹² → Glossareintrag 1.

¹³ → Glossareintrag 2.

teilremittiert spezifiziert.

Tabelle 5: Diagnostische Kriterien für Aufmerksamkeitsstörungen laut DSM-IV

Neuhaus fügt den Diagnosekriterien jedoch ergänzend hinzu, dass bestimmte Symptome der ADHS auch bereits vor dem siebenten Lebensjahr auftreten können und sich dabei in ein, zwei oder mehreren Bereichen des täglichen Lebens, wie z.B. in der Schule oder bei der Arbeit, zeigen (vgl. 2007: 28).

Auch beim Klassifikationssystem DSM-IV kommt das Problem der Abgrenzung, was denn nun normal sei, auf. Laut Krowatschek (2009: 20 f.) haben bereits die Autoren des DSM-IV angemerkt, dass bei der Diagnose von ADHS mit „Fehldiagnosen von bis zu 30 % zu rechnen ist“ (2009: 20 f.). Dieser Verweis verdeutlicht erneut, dass die Diagnostik von ADHS nach derzeitigem Stand der Forschung noch nicht komplikationslos erfolgen kann (vgl. Krowatschek 2009: 20 f.).

Auch Steinhausen stellt fest, dass sich die erläuterten diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV hauptsächlich auf eine Altersgruppe von 6 bis 12 Jahren beziehen und somit auf Kinder unter 6 Jahren, jugendliche und erwachsene Personen nur eingeschränkt anwendbar sind. Steinhausen betont darüber hinaus, dass Konzepte, die diesen Umstand berücksichtigen, noch in den Kinderschuhen stecken und empfiehlt den Beginn der Störung nicht auf das Alter von 7 Jahren festzulegen, sondern lediglich den Beginn der Störung vor dem Alter von 16 Jahren zu definieren. Dadurch sollen spätere Fehldiagnosen vermieden werden, da sich Erwachsene oftmals nicht mehr an einen genauen Beginn der Störung in der Kindheit erinnern können (vgl. Steinhausen 2010a: 22-25).

Aufgrund dieser eingeschränkten Anwendbarkeit des DSM-IV und der ICD-10 auf Erwachsene, wurden eigene diagnostische Kriterien und Leitlinien für die Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter entwickelt. Diese sollen im Folgenden näher erläutert werden.

2.3.3 Diagnostische Möglichkeiten im Erwachsenenalter

Neben den seit 2003 bestehenden *Leitlinien für die Diagnostik von ADHS bei Erwachsenen*, welche von der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,

Psychotherapie und Nervenheilkunde) und einem Expertengremium veröffentlicht wurden, können von Ärztinnen/Ärzten auch noch die Utah-Kriterien zur Diagnosestellung von ADHS bei Erwachsenen herangezogen werden. Diese beziehen sich ausschließlich auf erwachsene Personen (vgl. Paal 2007: 37 f.).

In der folgenden Tabelle werden die von Paul H. Wender (1995) entwickelten diagnostischen Utah-Kriterien nach Resnick (2004: 87-89) dargestellt:

Utah-Kriterien für ADHS im Erwachsenenalter

Teil 1: Merkmale in der Kindheit

Eine Kindheitsgeschichte in Übereinstimmung mit ADHS in der Kindheit wie durch A oder B definiert.

- A. Eng gefasste Kriterien: Der Betroffene entspricht den DSM-III-R Kriterien für eine ADHS in der Kindheit (8 der 13 Symptome oder Anzeichen)
- B. Weit gefasste Kriterien: Beide Merkmale 1 und 2 und ein Merkmal aus 3-6.
 - 1. Hyperaktivität. Aktiver als andere Kinder, kann nicht still sitzen, ist zappelig unruhig, immer in Bewegung, spricht übermäßig viel.
 - 2. Aufmerksamkeitsdefizite, manchmal beschrieben als »kurze Aufmerksamkeitsspanne«, Ablenkbarkeit, Tagträumerei, Versagen, Aufgaben in der Schule oder Hausaufgaben zu Ende führen, gilt als faul, vergesslich, unter seinen Leistungsmöglichkeiten bleibend. Mangelnde Leistung nicht auf Lernstörungen (wie Dyslexie¹⁴) oder mangelnde Intelligenz zurückzuführen.
 - 3. Verhaltensprobleme in der Schule. Spricht während des Unterrichts, wird häufiger bestraft als Klassenkameraden, wird wegen störendem Verhalten aus der Klasse geschickt, muss nachsitzen. Wird von [Lehrerinnen/]Lehrern und [Direktorin/]Direktor gemäßregelt.
 - 4. Impulsivität. Kann nicht warten, bis er/sie an der Reihe ist, handelt ohne nachzudenken, platzt mit Äußerungen heraus, ist in Unfälle verwickelt, ist rücksichtslos.
 - 5. Übererregbar oder Wutausbrüche, ist häufig in Kämpfe verwickelt.
 - 6. Wutausbrüche.

Teil II: Merkmale im Erwachsenenalter

- A. Vorliegen von (1) motorischer Hyperaktivität und (2) Aufmerksamkeitsdefiziten im Erwachsenenalter, zusammen mit mindestens zwei Merkmalen von 3-7.
 - 1. Anhaltende motorische Hyperaktivität
 - 2. Aufmerksamkeitsdefizite, beeinträchtigte Konzentrationsfähigkeit, Ablenkbarkeit.
 - 3. Affektabilität.
 - 4. Hitziges Temperament: jähzornig, kurzlebige Wutausbrüche, vorübergehende Kontrollverluste, leicht provozierbar oder konstant überreizt, ungeduldig.
 - 5. Desorganisiert und unfähig Aufgaben zu beenden.

¹⁴ →Glossareintrag 11.

6. Stressintoleranz.
7. Impulsivität.
- B. Folgende Symptome liegen nicht vor.
 1. Bipolare oder depressive Stimmungsstörungen.
 2. Schizophrenie, schizoaffektive Störung, schizotypische Persönlichkeitsstörung; verschwommene (vage, umherirrende) Gedanken (Sprache) des schizophrenen Störungsspektrums.
 3. Borderline-Persönlichkeitsstörung:
 - a. Ein Muster unbeständiger und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, gekennzeichnet durch Wechsel zwischen Extremen von Überidealisierung und Abwertung.
 - b. Wiederholte Suiziddrohungen, -vorbereitungen oder -handlungen oder anderes selbstzerstörerisches Verhalten.
 - c. Auffällige Identitätsstörung.
 - d. Durchgängiges und chronisches Gefühl der Leere.
 - e. Krampfhaftes Bemühen, tatsächliches oder eingebildetes Verlassenwerden zu verhindern und Intoleranz gegenüber Alleinsein.
 - f. Antisoziale Persönlichkeitsstörung¹⁵, Alkohol- oder Drogenmissbrauch im letzten Jahr oder irgendein anderer Missbrauch von Stimulanzien in der Vergangenheit.

Tabelle 6: Utah-Kriterien

Weitere diagnostische Kriterien bieten Hallowell & Ratey (1994)¹⁶, welche die Kriterien, basierend auf ihren eigenen Erfahrungen im Bereich der Klinik, entwickelten und auch Begleit- und Folgesymptome im Erwachsenenalter in ihren Kriterienkatalog einbezogen. Die Utah-Kriterien beziehen sich ausschließlich auf die Kernsymptome der ADHS bei Erwachsenen, assoziierte Symptome, wie der Missbrauch von Substanzen, werden hier nicht behandelt (vgl. Resnick 2004: 81).

Wie bereits aus den erläuterten diagnostischen Kriterien hervorgeht, spielen bei ADHS oftmals komorbide Störungen eine wichtige Rolle. Diese sollen im folgenden Kapitel näher dargestellt werden.

¹⁵ →Glossareintrag 3.

¹⁶ Für deutsche Version siehe: Resnick 2004: 85f.

2.3.4 Komorbidität

ADHS kommt selten allein vor. Zusätzliche Störungen treten entweder zusammen mit ADHS in Form von assoziierten Störungen auf oder äußern sich im Laufe der Lerngeschichte als so genannte komorbide Störungen (vgl. Neuhaus 2007: 90).

Dabei liegt es in der Verantwortung der Ärztinnen/Ärzte zu entscheiden und zu bestimmen, ob es sich bei den anderen Störungen um Störungen des Sozialverhaltens, der Entwicklung etc. handelt und ob diese lediglich im Sinne der Differentialdiagnose eine ADHS imitieren, also assoziierte Störungen sind, oder ob es sich um komorbide Störungen handelt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass manche komorbide Störungen vorrangig bei Kindern und andere hauptsächlich bei Erwachsenen auftreten (vgl. Resnick 2004: 90 f.).

Laut Steinhausen sind komorbide Störungen bei ADHS „die Regel“ (2010b: 182) und erfordern besondere Beachtung bei der Diagnosestellung (vgl. 2010b: 182).

Als komorbide Störung im Kindesalter ist vor allem die „Störung des Sozialverhaltens“ (vgl. Steinhausen 2010b: 173), die auch als „Dissozialität“ (Neuhaus 2007: 101) bezeichnet wird, zu nennen. Diese ist auch in der ICD-10 unter „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ definiert (vgl. Steinhausen 2010b: 172 ff.).

Laut ICD-10 handelt es sich hierbei um ein „sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens [...]“ (WHO 2007: F91).¹⁷ Die für die Störung des Sozialverhaltens typischen Verhaltensmuster umfassen laut dem Klassifikationssystem ICD-10:

ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren, erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen oder Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam. (WHO 2007: F91)

Die Störung des Sozialverhaltens kommt hauptsächlich mit dem hyperaktiv-impulsiven und dem kombinierten Typ der ADHS vor (vgl. Steinhausen 2010b: 177).

¹⁷ Siehe hierzu auch: <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f90-f98.htm>, Stand: 17.6.2010.

Weiters bestehen Angststörungen häufig komorbid zur ADHS. Die Komorbidität dieser beiden Störungen wird zwischen 10 % und 40 % geschätzt, demnach leiden in etwa 25 % der Kinder mit ADHS an Angststörungen (vgl. Resnick 2004: 94).

Darüber hinaus liegen bei ca. 70-80 % der von ADHS betroffenen Kinder Lernstörungen vor (vgl. Neuhaus 2007: 97). So besteht komorbid zur ADHS oftmals die Lese- und Rechtschreibstörung, seltener jedoch die →Dyskalkulie (vgl. Steinhausen 2010b: 178). Wobei hier im Allgemeinen Jungen eher Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben haben und Mädchen eher beim Rechnen (vgl. Neuhaus 2007: 97).

Eine Komorbidität von ADHS und bipolaren Störungen ist, laut Steinhausen, aufgrund der bisherigen Publikationen sehr gering (vgl. 2010b: 179).

Auch →Tic-Störungen werden als komorbide Störungen von ADHS in der Literatur genannt. Bei ca. 50 % der Kinder mit ADHS liegen Tic-Störungen vor (vgl. Döpfner & Steinhausen 2010: 255). Als selten werden nach Studien geistige Behinderungen und →Autismus als Komorbiditäten von ADHS eingeschätzt (vgl. Steinhausen 2010b: 174).

Im Erwachsenenalter tritt ADHS ebenfalls zumeist in Verbindung mit komorbiden Störungen auf. In zahlreichen internationalen Studien konnte belegt werden, dass komorbide Störungen zu 90 % auf Lebenszeit bestehen. Am meisten treten hier im Erwachsenenalter „affektive Störungen, Substanzmissbrauchsstörungen und Essstörungen“ (Steinhausen 2010b: 180) auf. Die Störung des Sozialverhaltens setzt sich zumeist bis ins Erwachsenenalter fort und wird hier als antisoziale Persönlichkeitsstörung bezeichnet (vgl. Steinhausen 2010b: 180).

Weitere Studien belegen, dass ADHS im Erwachsenenalter häufig zu Substanzmissbrauch führt. Hierfür ist vorrangig die bereits erwähnte, oft komorbid zu ADHS bestehende, Störung des Sozialverhaltens verantwortlich. Kontrollierte Studien über die komorbide Verbindung zwischen ADHS und Substanzmissbrauch existieren nach derzeitigem Forschungsstand noch nicht. Es konnte jedoch beobachtet werden, dass bei Erwachsenen mit ADHS häufig Alkoholsucht vorkommt und umgekehrt auch bei Suchterkrankungen oftmals eine Komorbidität zu ADHS besteht (vgl. Steinhausen 2010b: 181).

In Bezug auf affektive Störungen überkreuzen sich Teilbereiche des Aufmerksamkeitsdefizits, der Hyperaktivität und der Impulsivität mit jenen der Depression oder Manie. Die Zahlen zu affektiven Störungen und ihrer Komorbidität zu

ADHS liegen zwischen „10 und 78 % für →unipolare Depressionen (major depression) und zwischen 3 und 14 % für →bipolare affektive Störungen“ (Steinhausen 2010b: 181).

Für Kliniker ist die Feststellung komorbid bestehender Störungen eine große Herausforderung. Sie müssen in der Lage sein, die Vielfalt an psychischen Störungen, die mit ADHS einhergehen, zu erfassen und darüber hinaus auch differentialdiagnostische Störungen erkennen können, welche zwar einer ADHS ähneln, aber tatsächlich andere Störungsbilder sind (vgl. Resnick 2004: 109).

Die Diagnose solcher Störungen erfolgt im Rahmen der Differentialdiagnose. Diese soll im folgenden Kapitel näher erläutert werden.

2.3.5 Differentialdiagnose

Wie bereits eingangs erwähnt, ist bei der Diagnose besonders darauf zu achten, eine Unterscheidung zwischen komorbiden Störungen und Störungen, die eine ADHS ‚vortäuschen‘ (d.h. eine Differentialdiagnose darstellen) zu treffen.

Laut Döpfner et. al. 2002 müssen beispielsweise altersgemäße Verhaltensweisen von ADHS unterschieden werden. Insbesondere bei kleinen Kindern erweist es sich nämlich oft als Herausforderung die Verhaltensweisen von aktiven Kleinkindern, von jenen Kindern, die an ADHS leiden, zu unterscheiden.

Überdies müssen hyperkinetische Symptome bei schulischer Unter- oder Überforderung von ADHS abgegrenzt werden, da Kinder, die Schulen besuchen, die nicht ihren intellektuellen Fähigkeiten entsprechen, ebenfalls zu Unaufmerksamkeit neigen. Darüber hinaus können hyperkinetische Symptome auch bei Intelligenzminderung, als Folge chaotischer psychosozialer Bedingungen, im Rahmen von Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten oder Störungen des Sozialverhaltens auftreten (vgl. Döpfner et. al. 2002: 17 f.). All diese Störungen und Verhaltensweisen müssen von einer ADHS unterschieden werden.

Döpfner & Steinhausen nennen weitere Störungsbilder, die eine ADHS „imitieren“. Ein Beispiel hierfür ist die Partialremission. Differentialdiagnostisch gilt es hier zu untersuchen, ob die Symptome für eine ADHS vorliegen. Es ist jedoch zu beachten, dass beim unaufmerksamen oder hyperaktiv-impulsiven Typus nicht alle drei

Leitsymptome erfüllt sein müssen. Wenn also zum Zeitpunkt der Diagnose nicht genügend Symptome vorliegen, um eine ADHS zu diagnostizieren, dies früher aber der Fall war, so kann es sich um ADHS in Partialremission handeln. Im DSM-IV findet sich auch eine solche diagnostische Einheit (vgl. 2010: 252).

Auch medikamenten-/drogeninduzierte Störungen müssen bei der Differentialdiagnose näher untersucht werden. So muss bei Kindern, die mit Medikamenten behandelt werden, geprüft werden, ob die vorliegenden Symptome auf die Einnahme dieser Mittel zurückzuführen sind. Beim Vorliegen einer medikamenteninduzierten Störung ist oftmals ein zeitgleicher Beginn der Einnahme der Medikamente und dem Beginn der Symptome festzustellen. Beim Absetzen dieser kommt es zumeist zu einer Minderung der ADHS-ähnlichen Symptome. Bei Jugendlichen ist darüber hinaus zu prüfen, ob sie Drogen einnehmen. Eine weitere Abgrenzung der drogeninduzierten Störung von ADHS liegt beim späteren Beginn ersterer (vgl. Döpfner & Steinhausen 2010: 252).

Weiters müssen auch organische Primärstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen und Tics von ADHS abgegrenzt werden (vgl. Döpfner & Steinhausen 2010: 253 ff.).

Tics und die motorische Unruhe, wie sie für ADHS charakteristisch ist, lassen sich leicht differenzieren, da motorische Tics immer gleiche Bewegungen beinhalten und die Unruhe bei ADHS variiert und verschiedene Bewegungsabläufe umfasst (vgl. Döpfner & Steinhausen 2010: 254).

Falls im Zuge der Differentialdiagnostik keine klare Abgrenzung erfolgen kann, verschafft oft erst die Verhaltensbeobachtung Klarheit (vgl. Döpfner & Steinhausen 2010: 255).

Wie bereits eingangs erwähnt, ist die Diagnosestellung von ADHS ein sehr umfangreicher Prozess, der neben der Beachtung von komorbiden Störungen und der Differentialdiagnose, auch noch aus zahlreichen anderen diagnostischen Elementen besteht. Diese sollen im Folgenden näher dargestellt werden.

2.4 Der Prozess der Diagnosestellung

Obwohl es sich bei ADHS, nach heutigem Stand der Forschung, um eine international „eigenständige psychiatrische Störung“ (Neuhaus 2007: 23) handelt, ist es für Betroffene und ihre Eltern immer noch schwierig, Anlaufstellen zu finden, bei welchen sie sachliche Informationen, sowie eine exakte und vollständige Diagnose erhalten. ADHS wird oftmals auch nicht erkannt (vgl. Neuhaus 2007: 2).

Da die Vorgehensweise der Diagnosestellung von ADHS sehr komplex ist und spezielle Fachkenntnis erfordert, sind beim Verdacht auf ADHS bei Kindern und Jugendlichen zumeist Kinderärztinnen/Kinderärzte die erste Anlaufstelle. Steinhausen et. al. betonen, dass es besonders im Bereich der ADHS-Diagnose und Behandlung von erwachsenen Patientinnen/Patienten noch wenig ausgebildete Psychiaterinnen/Psychiater gibt und, dass Allgemeinärztinnen/Allgemeinärzte in den meisten Fällen noch in der Diagnosestellung von ADHS geschult werden müssen (vgl. (2010c: 201).

Beim Verlauf der Diagnosestellung steht prinzipiell das Interview mit der Patientin/dem Patienten und ihren/seinen Bezugspersonen im Vordergrund und am Anfang des Diagnoseprozesses. Das Interview wird durch Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung und im Umfeld der/des Betroffenen komplementiert. Fragebögen und Skalen zur Beurteilung bestimmter Komponenten von ADHS und komorbider Störungen werden bereits ergänzend in der Interviewsituation verwendet. Neuropsychologische Tests durch Fachexpertinnen/Fachexperten sowie eine körperliche Untersuchung liefern weitere Informationen für die Diagnosestellung. Schließlich erfolgt besonders bei Kindern und Jugendlichen auch noch eine Befragung von Dritten (vgl. Steinhausen et.al. 2010c: 201).

Im folgenden Kapitel soll nun einzeln auf die Komponenten der Diagnose eingegangen werden.

2.4.1 Interview

Das klinische Interview stellt den wichtigsten Bestandteil in der Abklärung von ADHS dar. Dabei spielen bei der Untersuchung von Jugendlichen und Kindern besonders auch Erwachsene, also Lehrpersonen und Eltern, eine wichtige Rolle. Im Jugendalter treten

die Jugendlichen selbst als wichtigste Informationslieferanten in den Vordergrund und im Erwachsenenalter die Partnerinnen/Partner der untersuchten Personen (vgl. Steinhausen & Rösler 2010: 203).

Im Folgenden soll das Interview als wichtigster Untersuchungsteil im Kindes- und Erwachsenenalter dargestellt werden.

2.4.1.1 Interviews zur Diagnosestellung im Kindes- und Jugendalter

Wie bereits eingangs erwähnt, spielen in der Abklärung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen die Eltern eine wichtige Rolle. So liegt der Fokus im Elterninterview auf den Motiven für die Vorstellung, der Einholung einer detaillierten Anamnese, der Ermittlung der Psychopathologie und komorbider Störungen, der Evaluierung der psychosozialen Stellung des Kindes oder der Jugendlichen/des Jugendlichen sowie auf der Einschätzung verschiedener Komponenten des Familienlebens. Als umfassendes Explorationsschema nennen Steinhausen & Rösler das von Döpfner et. al. (2000) entwickelte *ESHOV (Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen)* (vgl. 2010: 204). Hier werden anhand bestimmter Punkte die bestehenden hyperkinetischen Verhaltensauffälligkeiten auf den verschiedenen Ebenen des Alltags, die klinische Diagnose, die medizinische und Familienanamnese, die Erwartungen, die an die Therapie gestellt werden, bis hin zu Fragebögen, Tests und zur Verlaufskontrolle in den verschiedenen Bereichen, in denen die Patientin/der Patient durch ADHS beeinflusst ist, näher untersucht. Im hierzu verwendeten EF-PF (Elterninterview über die Problemsituation in der Familie) werden die Eltern über 17 Alltagssituationen befragt, welche sich bei Familien mit von ADHS betroffenen Kindern oftmals schwierig gestalten. Das EF-PF ermöglicht, Auffälligkeiten im Verhalten der betroffenen Kinder in bestimmten familiären Situationen festzustellen und die entsprechenden Reaktionen der Eltern zu erfassen. Steinhausen & Rösler bezeichnen das Interview als eine nützliche Basis für weiterführende therapeutische Interventionen. Sie betonten weiters, dass ein Großteil der Interviews, die in diesem Bereich sonst noch Anwendung finden, englischsprachig ist und sich in den meisten Fällen eher am DSM-IV, als an der ICD-10 orientiert (vgl. Steinhausen & Rösler 2010: 205).

2.4.1.2 Interviews zur Diagnosestellung im Erwachsenenalter

Bei der Diagnosestellung von ADHS im Erwachsenenalter kommt vor allem das →*Wender Reimherr Interview* (nach Wender (1995) WRAADS- Wender Reimherr Adult ADHD Symptom Rating Scale) zur Anwendung. Im Rahmen dieses Interviews werden anhand von 28 Merkmalen die Bereiche „Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität/Rastlosigkeit, Temperament, Affektabilität, Emotionale Überreagibilität bei Belastungen, Desorganisation, Impulsivität sowie akzessorische Fragen“ (Steinhausen & Rösler 2010: 205) erfasst. Diese Art des Interviews beinhaltet ebenfalls die bereits erläuterten Utah Kriterien¹⁸ (vgl. Steinhausen & Rösler 2010: 204).

Auch das von Epstein et. al. (2001) entwickelte →*Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*, welches ebenfalls an die diagnostischen Kriterien des DSM-IV angelehnt ist, findet im Bereich der ADHS-Erwachsenendiagnostik Anwendung. Mithilfe eines technischen Handbuchs wird in die zur Untersuchung anzuwendende Technik eingeführt und es werden Hilfestellungen zur Auslegung gegeben. Das Interview dient in erster Linie dazu, zu prüfen, ob die DSM-IV-Kriterien bei der interviewten erwachsenen Person bestehen (vgl. Steinhausen & Rösler 2010: 205).

2.4.2 Verhaltensbeobachtung

Die Methode der Verhaltensbeobachtung kann maßgeblich dazu beitragen, die eventuellen Verzerrungen, die in der Exploration bei Jugendlichen und Erwachsenen aufgrund von Fragebögen und Interviews entstanden sind, welche zumeist vorrangig auf subjektiver Fremdwahrnehmung beruhen, auszugleichen. Es bietet somit die beste Möglichkeit, objektive Informationen über die beobachtete Person zu erhalten. Verhaltensbeobachtungen können in arrangierten oder natürlichen Situationen durchgeführt werden. So werden die Kinder und Jugendlichen bereits bei der klinischen Diagnosestellung, der Exploration, den psychologischen Tests, den körperlichen Untersuchungen, in Spielsituationen mit anderen, sowie bei der Eltern-Kind-Exploration beobachtet. Die in diesem Rahmen gewonnenen Erkenntnisse werden in die klinische Einschätzung mit einbezogen (vgl. Döpfner 2010a: 208 f).

¹⁸ Vgl. Tabelle 6.

Für Beobachtungen in der natürlichen Umgebung gilt oft, dass diese valider sind, als jene in einer analogen Situation, trotz der Tatsache, dass das Verhalten des Kindes durch das Beisein einer Beobachterin/eines Beobachters beeinflusst werden kann. Deshalb wird empfohlen Eltern oder Lehrpersonen als Beobachtende einzusetzen, so können eventuelle Verzerrungen durch das Beisein einer/eines ‚fremden‘ Beobachterin/Beobachters ausgeschlossen werden. Für diese Situationen gilt, je definierter die zu beobachtenden Sachverhalte sind, umso leichter können sie auch erfasst werden. Die Beobachtungen können die Häufigkeit des Auftretens, den Auslöser oder nachfolgende Verhaltensweisen prüfen (vgl. Döpfner 2010a: 212).

Neben zahlreichen englischsprachigen Verfahren zur Verhaltensbeobachtung¹⁹ wurden von Döpfner & Petermann (2008) weitere deutschsprachige Beurteilungsmöglichkeiten entwickelt, nämlich der →*Problembewertungsbogen (PROBO)* und das *Problemtagebuch (PROTA)*. Beim PROBO wird das problematische Verhalten so konkret wie möglich durch Bezugspersonen im Wochentakt beurteilt. Das PROTA kommt vorrangig dann zum Einsatz, wenn neben der Häufigkeit und Intensität, auch die Situationen, die das Problemverhalten hervorrufen, ergründet werden sollen. Es kann entweder von Bezugspersonen geführt oder von Jugendlichen zur Eigenbeobachtung herangezogen werden (vgl. Döpfner 2010a: 212 f).

2.4.3 Fragebögen

Fragebögen nehmen eine wichtige Rolle in der ADHS-Diagnose ein. Sie komplementieren die Informationen, die aus den zuvor erfolgten Interviews gewonnen wurden. Da durch sie verschiedene Perspektiven näher beleuchtet werden können, ermöglichen sie ein umfassendes Bild über das Verhalten der Kinder und Jugendlichen in unterschiedlichen Situationen (vgl. Görtz-Dörten et. al. 2010: 216).

Als Verfahren in diesem Bereich findet, unter anderem, die von Achenbach (1991) entwickelte →*Child Behavior Checklist (CBCL)*²⁰ in der Praxis Anwendung. Im Rahmen dieses Interviews können einerseits Kinder von 1 ½-5 Jahren sowie Kinder und Jugendliche von 4-18 Jahren beurteilt werden. Die Fragebögen bestehen aus einem

¹⁹ Siehe hierzu Döpfner 2010: 212 ff.

²⁰ Die deutsche Bearbeitung der aus den USA von Achenbach (1991) stammenden CBCL erfolgte durch die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. Siehe hierzu: http://kjp.charite.de/forschung/psychometrische_messinstrumente/deutsche_cbcl, Stand: 15.5.2010.

offenen Teil, in welchem beispielsweise Angaben zu den Hobbies des Kindes gemacht werden und einem geschlossenen Teil, in welchem die Ausprägung bestimmter Verhaltensweisen beurteilt wird. Aus diesen Teilen werden dann so genannte Syndromskalen wie Aufmerksamkeitsstörung etc., abgeleitet (vgl. Knölker 2001: 24).

Ein weiterer Fragebogen zur Einschätzung der Symptome von ADHS durch Bezugspersonen ist der von Barkley (1987) entwickelte Fragebogen *Home Situations Questionnaire (HSQ)*²¹. Hier wird der Einfluss der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder in ihrem Zuhause mithilfe der Beurteilung durch die Eltern erfasst (vgl. Knölker 2001: 24 f., Görtz-Dörten 2010: 224).

Der *Elternfragebogen über die Situation in der Familie* ist auf das *Elterninterview über die Problemsituation in der Familie* bezogen und enthält größtenteils dieselben Elemente. Dabei gilt es zu beachten, dass es für die untersuchende Person einfacher ist die Exploration durchzuführen, wenn die Eltern den Fragebogen bereits vor der Exploration abgearbeitet haben (vgl. Görtz-Dörten 2010: 225).²²

2.4.4 Psychologische Tests

Testpsychologische Untersuchungen gelten zwar in den verschiedenen Leitlinien nicht als obligater Bestandteil der Diagnose, werden dennoch als Zusatzteil der Diagnose empfohlen. Somit kann z.B. im Rahmen der Intelligenzprüfung das kognitive Leistungsvermögen der Patientin/des Patienten untersucht werden, um beispielsweise eine Lernstörung auszuschließen. Aus Studien ging hervor, dass der IQ-Wert der von ADHS betroffenen Kinder zumeist sehr breit gefächert ist. Drechsler betont, dass bei solchen Tests darauf geachtet werden muss, dass die Resultate durch intensiv-impulsives Verhalten verfälscht werden können und so die eigentlichen Fähigkeiten der Betroffenen nicht richtig erfasst werden. Die Gültigkeit von Intelligenztests bei der Diagnose von ADHS sind laut Drechsler zwar umstritten (vgl. 2010: 234-237), dennoch werden sie in der Praxis verwendet.

Ein Beispiel für einen solchen Intelligenztest, der in der Praxis Anwendung findet, ist der →*Hamburg-Wechsler-Intelligenztest (HAWIK)*, Petermann & Petermann 2007). Der HAWIK-IV ist für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 Jahren bis 16 Jahren und

²¹ Siehe hierzu: Deutsche Ausgabe →*Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie (EF-IF)* bei Döpfner et. al 2002³.

²² Für weitere standardisierte Fragebögen siehe: Görtz-Dörten et. al. 2010.

11 Monaten bestimmt und strebt die Messung der Intelligenz an. Er besteht aus zwei Teilen, einem in dem die Kinder oder Jugendlichen aktiv handeln müssen und einem verbalen Teil (vgl. Knölker 2001: 25).

Weitere Intelligenztests, die bei der ADHS-Diagnose Anwendung finden, sind der →*Grundintelligenztest Skala 1 (CFT 1)* und der *Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20)*. Der CFT 1 ist für Kinder zwischen 5,3 Jahren und 9,5 Jahren bestimmt, während der CFT 20 bei Kindern und Jugendlichen zwischen 8,7 und 18 Jahren angewandt wird. Auch im Rahmen dieses Testinstruments soll die Grundintelligenz festgestellt werden, jedoch ohne sprechen zu müssen. Diese Tests sind vor allem im Gebiet der Lese-Rechtschreib-Störung verbreitet (vgl. Knölker 2001: 25 f.).

Auch Testbatterien werden bei der testpsychologischen Untersuchung im Rahmen der ADHS-Diagnose verwendet. Beispiele hierfür sind die →*Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)* und die *Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder (KITAP)*. Hierbei handelt es sich um computergestützte Verfahren. Durch diese Batterien werden die verschiedenen Untergruppen der Aufmerksamkeit, nach ihrer Intensität bzw. Selektivität, bewertet. TAP wurde für erwachsene Personen entwickelt. Bei der KITAP handelt es sich um eine für Kinder angepasste Form der TAP, die wie ein PC-Spiel für Kinder zwischen 6-10 Jahren aufbereitet ist. Die Untertests der KITAP testen die Bereiche „Alertness, Go/No Go, Daueraufmerksamkeit, Flexibilität, geteilte Aufmerksamkeit, Ablenkbarkeit, Scanning und Vigilanz“ (Drechsler 2010: 238). Diese Testbatterien bieten ein umfangreiches Leistungsprofil für die verschiedenen Teilbereiche von Aufmerksamkeit und exekutiven Funktionen. Mithilfe der Ausrichtung solcher Testbatterien auf Kinder kann durch die in der Spielsituation entstehende Motivation, der Abbruch solcher Tests vermieden werden (vgl. Drechsler 2010: 237 f.).

Andere Testverfahren, die hier Anwendung finden, sind beispielsweise →Stroop Tests, wie der *Farbe-Wortinterferenztest*. Hierbei sollen die Patientinnen/Patienten beim Lesen von Farbwörtern, das Vorlesen dieser Wörter unterlassen und stattdessen die Farbe, in der diese Wörter abgedruckt sind, anführen. Stroop Tests zielen darauf ab, bei der Bearbeitung der Aufgabe den dominanten Impuls zu antworten, zu unterdrücken und stattdessen den weniger dominanten Antwortimpuls auszusprechen. Bei der erwünschten Interferenz ist jedoch besonders bei kleinen Kindern zu beachten, dass das Lesen oftmals noch nicht in der Form automatisch

passiert, die vonnöten wäre, um eine solche Interferenz zu erreichen (vgl. Drechsler 2010: 239).

Im Allgemeinen zeigt jedoch nur ein kleiner Teil der Kinder mit ADHS Auffälligkeiten bei neuropsychologischen Untersuchungen, daher können Resultate aus diesen alleine nicht zur Diagnosestellung herangezogen werden. Vorrangig wird empfohlen psychologische Tests bei der Untersuchung von klinisch auffälligem Verhalten im alltäglichen Leben durchzuführen (vgl. Drechsler 2010: 242).

2.4.5 Körperliche Untersuchung

Laut den Leitlinien der Deutschen Bundesärztekammer erweisen sich internistische und neurologische Untersuchungen und die Kontaktaufnahme zu Ärztinnen/Ärzten, die die Betroffenen vorher behandelt haben, in der Diagnose von ADHS als dienlich. Es wird aber auch betont, dass es keine für die ADHS charakteristischen körperlichen Merkmale gibt (vgl. 2007: 20).

Eine ganzheitliche Untersuchung in der Kinderpsychiatrie beinhaltet auch die Beobachtung körperlicher Auffälligkeiten des Kindes. Laut Rothenberger (2010: 245) sollen hier im Rahmen der Inspektion vorrangig körperliche Störungen, die auf das zentrale oder periphere Nervensystem zurückgeführt werden können, beachtet werden. Ein besonderes Augenmerk soll hier auch auf „abnorme neurologische Zeichen (z.B. Auffälligkeiten der Hirnnerven), dysmorphe Merkmale, Hautstigmata bei neurokutanen Syndromen, die Motorik (insbesondere Koordination) und die Mimik“ (2010: 245) gelegt werden. Auch die Beachtung von Anzeichen auf Misshandlung sollte in die Untersuchung einfließen. Indem das Kind gemessen und gewogen wird, können zusätzlich durch die Erstellung einer dem Alter der Untersuchten/des Untersuchten entsprechenden Wachstumskarte oder Perzentilenkurve, Erkenntnisse über eventuell vorliegende Wachstumsstörungen erlangt werden. Schließlich soll eine vollständige Inspektion auch die Geschlechtsentwicklung, wie z.B. Hodenstand, beinhalten. Die medizinische Beobachtung sollte jedoch auch schon während der Interviews erfolgen. Hier kann beispielsweise geklärt werden, ob das Kind seine Motorik gut koordiniert, ob die Gangart des Kindes ataktisch ist oder ob plötzlich auftretende Zuckungen bemerkbar sind (vgl. Rothenberger: 245 f.).

Als obligatorische Bestandteile der körperlichen Untersuchung nennt Rothenberger:

- Eine Anamnese mit zerebralen Anfällen, regressivem Verhalten sowie plötzlich aufgetretenen Sprach-, Bewegungs-, Gefühls- sowie Denkproblemen als Hinweis auf eine mögliche organisch bedingte Störung.
- Familienmitglieder mit Herzproblemen, sodass ein Risikofaktor für eine Medikation des Kindes mit Stimulanzien besteht,
- Entwicklungsstörungen oder geistige Behinderung, die einer weiteren Abklärung bedürfen,
- Zeichen eines auffälligen Gangs oder Schmerzsymptomatik als Hinweis auf neurologische oder orthopädische Probleme,
- äußere Merkmale wie dysmorphe Zeichen oder Über- bzw. Unterernährung,
- Hautzeichen neurokutaner Erkrankungen oder
- andere auffällige Merkmale (z.B. Sprach- oder Sprechstörungen). (Rothenberger 2010: 246)²³

Tauchen in diesen Bereichen auffällige Hinweise auf, so sind weitere körperliche Untersuchungen durchzuführen (vgl. Rothenberger 2010: 245 ff.)

Im Bereich der Laboruntersuchungen existieren nach momentanem Stand der Forschung noch keine Befunde darüber, dass eine ADHS-Diagnose durch apparative Untersuchungen erfolgen kann. Dennoch wurde bei den meisten an ADHS leidenden Kindern ein erhöhter Anteil an Theta-Wellen im Standard-EEG nachgewiesen. Eine Untersuchung mit einem Elektroenzephalogramm sollte auch sonst Bestandteil der Diagnostik sein, um den hirnelektrischen Entwicklungsstand bei ADHS nachzuprüfen (vgl. Rothenberger 2010: 248).

Die vorangegangenen Ausführungen über die Diagnose der ADHS zeigen die Komplexität des Diagnoseprozesses. Wie ist aber nun die weitere Vorgehensweise, wenn eine ADHS diagnostiziert wurde? Auf die therapeutischen Interventionen bei einer vorliegenden ADHS-Diagnose soll im Folgenden näher eingegangen werden.

2.5 Therapie

Die Therapie von ADHS ist mit verschiedenen Zielsetzungen verbunden. So sollen die Symptome von ADHS gemildert werden und die oftmals neben der Störung

²³ Rothenberger merkt an, dass die körperliche Untersuchung von kleinen und oftmals unruhigen Kindern, zwar eine Herausforderung für die untersuchende Person darstellt, aber dennoch weitere Komponenten in die Untersuchung einfließen sollten. Siehe hierzu Rothenberger 2010: 245 ff.

bestehenden Komorbiditäten festgestellt werden. Vordergründig soll jedoch die Situation der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen in ihrem sozialen Umfeld verbessert werden. Hierbei müssen die Patientin/der Patient und ihr/sein unmittelbares Umfeld, also Bezugspersonen, in die Behandlung integriert werden. Aufgrund des chronischen Verlaufs von ADHS ist eine vollständige Heilung nicht möglich (vgl. Steinhausen et. al. 2010d: 256).

Das Angebot an Therapien ist breit gefächert, dennoch betonen Steinhausen, et. al. (2010d: 256), dass die Behandlungsmethoden multimodal, also in der Kombination von psychologischen und medikamentösen Interventionen, angewandt werden sollten. Zu Beginn der Therapie sollte aber die →Psychoedukation stehen, aufgrund ihrer Wichtigkeit bei der Aufklärung der Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld (vgl. Steinhausen 2010d: 256).

2.5.1 Psychoedukation

Als Psychoedukation versteht man „die Schulung von Menschen [...], die an einer psychischen Störung leiden“ (Schürmann & Döpfner 2010: 258). Sie bildet den Ausgangspunkt für multimodale Behandlungsmethoden und bezieht sich nicht nur auf die Patientinnen/Patienten selbst, sondern auch auf ihre Bezugspersonen, also Eltern, Lehrpersonen etc. Das Ausmaß, in welchem diese Methode angewandt werden kann, ist jedoch altersabhängig, denn je jünger die Patientin/der Patient ist, umso weniger kann die Psychoedukation eingesetzt werden. Dennoch bestehen auch Möglichkeiten von psychoedukativen Interventionen bei Kindergartenkindern, hierbei muss jedoch auf eine altersgerechte Vermittlung geachtet werden (vgl. Schürmann & Döpfner 2010: 258).

Die Bestrebung der Psychoedukation geht dahin, dass Betroffene ihre Störung besser begreifen, um ihnen den Umgang mit ihrer Krankheit zu erleichtern. Hierzu werden die persönlichen Erfahrungswerte der Betroffenen mit der Krankheit, mit dem vermittelten momentanen Wissen über die Störung, in Verbindung gebracht. Dadurch wird auch angestrebt, dass die Patientin/der Patient sowie die ihr/ihm nahe stehenden Personen Möglichkeiten erlernen, um nicht rückfällig zu werden und so mit ihrer Störung leben lernen. Falls eine starke Beeinträchtigung durch eine ausgeprägte Symptomatik vorliegt und dadurch schwerwiegende Einschränkungen im psychosozialen Bereich einhergehen, kann entsprechend der internationalen Leitlinien

eine Pharmakotherapie durchgeführt werden. Wenn die Symptomatik durch die Kombination der Psychoedukation und der Pharmakotherapie vermindert werden kann, sind weitere Interventionen, wie z.B. Psychotherapie, nicht notwendig, da sich eine multimodale Therapie auf die Verbindung von Psychoedukation und Pharmakotherapie beschränkt (vgl. Schürmann & Döpfner 2010: 258).

Psychoedukation erfolgt zumeist in Form einer allgemeinen Beratung, einer medikamentösen Behandlung oder multimodalen Therapie mit Bezugspersonen. Sie sollte auch immer mit den Eltern angewandt werden. Bei der Psychoedukation von Erzieherinnen/Erziehern sowie Lehrpersonen bedarf es des Einverständnisses der Eltern und ab dem Schulalter auch jenes des Kindes. Zumeist findet diese Maßnahme jedoch im Rahmen von Einzelberatungen Anwendung (vgl. Schürmann & Döpfner 2010: 259 f.).

Die Psychoedukation passiert zumeist direkt nach Beendigung des Diagnoseprozesses und vor weiteren therapeutischen Interventionen. Den Abschluss dieser Maßnahme bildet die Entscheidung der Eltern und der Kinder bzw. Jugendlichen über die weitere Vorgehensweise (vgl. Schürmann & Döpfner 2010: 260).

Die Psychoedukation stellt demnach den Ausgangspunkt für die →multimodale Therapie dar. Diese soll im Folgenden näher erläutert werden.

2.5.2 Multimodale Therapie

Da bei einem überwiegenden Teil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS oft nicht nur die Leitsymptome der Störung vorliegen, sondern auch andere nebenher bestehende Störungen, sind diese Kinder oft auf mehreren Ebenen beeinträchtigt. Somit müssen in der Therapie oftmals mehrere Therapieformen miteinander verbunden werden. Diese Verbindung von „pharmakologischen und psychologischen Interventionen zur Verminderung der ADHS-Symptomatik wird meist als multimodale Therapie bezeichnet“ (Döpfner & Sobanski 2010: 272). Bei der multimodalen Therapie bei Kindern und Jugendlichen werden der „patientenzentrierte“, „elternzentrierte“ und der „kindergarten- und schulzentrierte Therapieansatz“ unterschieden (vgl. 2010: 272).

Der patientenzentrierte Behandlungsansatz besteht aus verschiedenen bewährten Verfahren. Den Ausgangspunkt bildet die Psychoedukation. Die Patientin/der Patient

wird über die Schwierigkeiten, die mit ihrer/seiner Störung einhergehen, sowie die angenommenen Ursachen und potenziellen therapeutischen Interventionen, informiert (vgl. Döpfner & Sobanski 2010: 273).

Eine Form der Intervention im Rahmen des patientenzentrierten Ansatzes ist das Spieltraining (vgl. Döpfner & Sobanski 2010: 273). Es zielt darauf ab die Ausdauer beim Spielen und anderen Beschäftigungen der von ADHS betroffenen Kinder, im Alter von drei bis sechs Jahren, zu erhöhen (vgl. Döpfner et. al. 2002: 42).

Ein weiterer Bestandteil dieses Ansatzes bildet das Selbstinstruktionstraining, welches anstrebt, die Fähigkeit des Kindes, sich selbst zu regulieren, zu fördern und den Kindern dazu verhelfen soll, Probleme leichter zu lösen. Besonders soll das Selbstinstruktionstraining den Kindern aber dabei helfen, sich besser konzentrieren zu können, ihre Impulse in Zaum zu halten und Pläne zum Handeln zu entwickeln, um Aufgabenstellungen einfacher erfüllen zu können. Das Kind orientiert sich hier an den sprachlichen Ausführungen der Therapeutinnen/Therapeuten, welche beschreiben, wie sie bei der Lösung eines Problems vorgehen. Sie verdeutlichen den Ablauf, indem sie zuerst einmal ein Problem erkennen, dann die entsprechenden Lösungsmöglichkeiten abwägen, die gefundene Lösung auf ihre Gültigkeit prüfen und sich abschließend selbst für ihre erfolgreiche Problemlösung bestärken. Die Schritte, die zur Lösung des Problems führen, werden anhand von Signalkarten veranschaulicht (vgl. Döpfner et. al. 2002: 40).

Selbstmanagement-Methoden beim patientenzentrierten Ansatz zielen darauf ab, dass die Kinder und Jugendlichen ihre eigenen Verhaltensauffälligkeiten in ihrem persönlichen Umfeld selbst beobachten. Diese werden dann festgehalten und nach Teilzielsetzungen und der Entwicklung adäquaterer Verhaltensweisen, sollen die Betroffenen schließlich lernen, sich selbst positiv zu bestärken, wenn sie problematische Situationen bewältigt haben (vgl. Döpfner et. al. 2002: 41).

Der patientenzentrierte Ansatz beinhaltet auch das →Neurofeedback als mögliches Verfahren. Im Bereich der ADHS wird hauptsächlich das Frequenztraining eingesetzt, in welchem „ein Feedback der Aktivität in den Frequenzbändern Theta und Beta das Gehirn aktivieren und damit Defizite in der Aufmerksamkeit reduzieren soll“ (Döpfner & Sobanski 2010: 274).

Den letzten Bestandteil dieses Behandlungsansatzes bildet die Pharmakotherapie, bei welcher entweder Psychostimulanzien oder Atomotexin zum Einsatz kommen (vgl. Döpfner & Sobanski 2010: 274). Die Therapie mit Stimulanzien, vorrangig Methylphenidat, hat sich in diesem Bereich als besonders wirksam erwiesen (vgl. Döpfner et. al. 2002: 38).

Beim elternzentrierten Behandlungsansatz kommen hauptsächlich zwei Verfahren zum Einsatz. Zum einen spielt auch hier die Psychoedukation der Eltern eine entscheidende Rolle und bildet die Grundlage jeder weiteren Therapie, und zum anderen kommt hier die Eltern-Kind-Therapie zur Anwendung. Das Ziel dieser auch als Elternteraining bezeichneten Therapieform ist es, Verhaltensweisen, die in der Familie Schwierigkeiten verursachen, zu reduzieren, indem die Umgangsweisen zwischen Kind und Eltern verändert werden (vgl. Döpfner & Sobanski 2010: 274 f.)

Im Rahmen des kindergarten- und schulzentrierten Ansatzes unterscheidet man ebenfalls zwei Verfahren. Erstens, die Psychoedukation der Lehrerinnen/Lehrer bzw. Erzieherinnen/Erzieher, welche den Ausgangspunkt für weiterführende Schritte in Bezug auf Interventionen in der Schule darstellt. Die Psychoedukation der Lehrkräfte bzw. pädagogischen Bezugspersonen entspricht in der Vorgehensweise und Informationsvermittlung über die Störung jener der Eltern (vgl. Döpfner & Sobanski 2010: 275).

Zweitens spielen hier Interventionen direkt im Kindergarten oder der Schule eine wichtige Rolle. Hierbei wird, ähnlich wie bei den Elternterainings, angestrebt, die Probleme verursachenden Verhaltensmuster zu reduzieren, indem die Umgangsweise zwischen den Lehrkräften und den von ADHS betroffenen Kindern verändert wird. (vgl. Döpfner & Sobanski 2010: 275).

Die Entscheidung für eine Therapie bei ADHS bei Erwachsenen ist laut den Leitlinien der DGPPN für *ADHS im Erwachsenenalter* (Ebert et. al. 2003) abhängig „vom Ausprägungsgrad einer ADHS, von den psychischen und den sozialen Beeinträchtigungen sowie von der Relevanz der Symptome im Kontext vorhandener Ressourcen“ (Ebert et. al. 2003: 3). Die Leitlinien besagen weiters, dass

eine Behandlung spätestens dann zu beginnen [sei], wenn in einem Lebensbereich ausgeprägte Störungen oder in mehreren Lebensbereichen leichte Störungen oder krankheitswertige, beeinträchtigende psychische Symptome bestehen und diese eindeutig auf eine ADHS zurückgeführt werden können. (Ebert et. al. 2003: 3)

Als mögliche Behandlungsansätze werden einerseits die Pharmakotherapie und andererseits die Psychotherapie in der Leitlinie empfohlen (vgl. Elbert et. al. 2003: 3).

Aus den vorangegangenen Erläuterungen geht hervor, dass die Pharmakotherapie eine wichtige Rolle in der Therapie von ADHS spielt. Die angewandten Medikamente, ihre Dosierung und Nebenwirkungen sollen im folgenden Kapitel dargestellt werden.

2.5.3 Pharmakotherapie – Stimulanzen

Trotz der Wichtigkeit der Stimulanzen in Bezug auf die Therapie der ADHS lösen diese noch immer zahlreiche Diskussionen aus.²⁴ Durch die Schaffung von Leitlinien wird eine Qualitätssicherung in diesem Bereich angestrebt. Die positive Wirkung der Stimulanzen „Amphetamin“, „Methylphenidat“²⁵ und „Pemolin“ entdeckte man bereits in den 1930er Jahren in der Therapie von ADHS. Zahlreiche Studien belegen mittlerweile, dass Stimulanzen die wirksamste Therapieform bei an ADHS leidenden Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren sind, wenn andere therapeutische Interventionen keine oder eine unbefriedigende Wirkung zeigen (vgl. Banaschewski & Rothenberger 2010: 289).

In der westlichen Welt ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg in den Verordnungen von Methylphenidat, dem meist verschriebenen Medikament in der Therapie von ADHS, zu verzeichnen. Laut Banaschewski & Rothenberger belegen mehr als „160 kontrollierte[] Studien an insgesamt mehr als 5.000 Schulkindern“ (2010: 290) die Wirksamkeit der erwähnten Medikamente in der ADHS-Therapie. Bei 85 % der von ADHS betroffenen Personen erweist sich im Allgemeinen entweder „Dexamphetamin“ oder „Methylphenidat“ als wirksam. So wird empfohlen, falls die Therapie mit einem Stimulans nicht erfolgreich ist, auf ein anderes Stimulans zurückzugreifen. Die erwähnten Substanzen zeigen ihre Effekte besonders im Bereich der Aufmerksamkeit, des impulsiven Verhaltens sowie des sozialen Verhaltens in der Schule. Bei dieser Form der Therapie kommt es bei weniger als 50 % der Kinder und Jugendlichen zu einer totalen Remission der Symptome (vgl. Banaschewski & Rothenberger 2010: 290).

²⁴ Siehe hierzu auch: DeGrandpre 2005.

²⁵ Handelsname: Ritalin® oder Medikinet® (vgl. Döpfner et. al. 2002: 427).

Die Pharmakotherapie wird von ärztlichen Therapeutinnen/Therapeuten vorgenommen. Die Verordnung des den Amphetaminen angehörenden Methylphenidats unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz (vgl. Döpfner et. al. 2002: 429).

Laut Banaschewski & Brandeis sollten der medikamentösen Therapie Eigen- und Familienanamnese, eine umfassende körperliche Untersuchung sowie eine Untersuchung der Leber, bei der beabsichtigten Behandlung mit Pemolin, vorausgehen (vgl. 2010: 299).

Die Dosierung der Medikamente wird dabei an die Patientin/den Patienten angepasst. Die verabreichte Dosis bei Schulkindern beträgt laut Banaschewski & Rothenberger zu Beginn der Behandlung „5 mg Methylphenidat morgens und mittags bzw. 2,5 mg Dexamphetamin morgens und mittags“ (2010: 299).

Nach der oralen Einnahme von Methylphenidat kommt es zu einer schnellen und beinahe totalen Resorption. Durch die zusätzliche Aufnahme von Nahrung wird die Geschwindigkeit der Resorption zwar gesteigert, beeinflusst jedoch nicht die Resorptionsmenge (vgl. Banaschewski & Rothenberger 2010: 293).

Die meisten Nebenwirkungen von Stimulanzien hören nach dem Absetzen der Medikamente, einer Verringerung der Dosis oder der Umstellung auf ein anderes Präparat wieder auf (vgl. Döpfner et. al. 2002: 428; Banaschewski & Rothenberger 2010: 300). Am häufigsten kommen jedoch leichte Schlafstörungen und eine Appetitminderung vor. Einzelne Kinder reagieren auf die Medikamente mit Schmerzen in der Kopf- oder Bauchgegend (vgl. Döpfner et. al. 2002: 428). In seltenen Fällen treten zusätzlich auch Dysphorie oder Tics auf und es kommt zu Gewichtsabnahme. Bei der Verabreichung von Pemolin sollte darauf geachtet werden, dass das Medikament nicht bei verminderter Leberfunktion angewandt wird, da es eine Schädigung der Leber verursacht. Pemolin sollte, laut heutigem Stand der Forschung, erst zum Einsatz kommen, wenn drei andere Medikamente keine Wirkung zeigten. Als weitere Kontraindikationen führen Banaschewski & Rothenberger „Psychosen, schwere Depressionen, Hyperthyreose, Herzrhythmusstörungen, mittelschwere bis schwere Hypertonie, Angina pectoris und Glaukom“ (2010: 196) an.

Besonders die Beratung der Eltern, Kinder und Lehrpersonen ist im Rahmen der Pharmakotherapie sehr bedeutend. Darüber hinaus sollten die klinischen Effekte der

Medikamente, sowie deren Compliance, in regelmäßigen Abständen überprüft werden (vgl. Banaschewski & Rothenberger 2010: 302).

2.5.4 Neurofeedbacktraining

Das EEG von Kindern mit ADHS zeigt im Vergleich zu gesunden Kindern Auffälligkeiten. Erst durch kontrollierte Studien kam dem Neurofeedback bzw. EEG-Biofeedback im Bereich der ADHS-Therapie Beachtung zu (vgl. Heinrich 2010: 355).

Im Rahmen des Biofeedback-Trainings soll durch operante Konditionierung die Selbstkontrolle, welche unbewusst erfolgt, über physiologische Abläufe erfasst werden. Diese Funktionen werden übernommen, in Bilder oder Töne umgewandelt und der Patientin/dem Patienten laufend und in Echtzeit rückübermittelt. Orientierungen in die angestrebte Richtung werden durch eine Verhaltenstherapie im Sinne des „positiven reinforcements“ (Heinrich 2010: 355) intensiviert. Die Anwendung des Neurofeedback-Trainings bei der Behandlung der ADHS zielt darauf ab, die Verhaltenssteuerung im alltäglichen Leben zu verbessern. In einem Neurofeedback werden bestimmte Teile der Aktivität der Hirnelektrizität trainiert. Eine Trainingseinheit dauert im Allgemeinen ca. 45-60 Minuten (vgl. Heinrich 2010: 356).

Durch die im Rahmen des Neurofeedbacks angewandten Trainingsarten konnte in zahlreichen Studien eine Senkung des Aufmerksamkeitsdefizits sowie der hyperaktiven und impulsiven Verhaltensweisen erreicht werden (vgl. Heinrich 2010: 356-358).

2.5.5 Alternative Therapiemöglichkeiten

Im Bereich der ADHS-Therapie existieren zahlreiche alternative Behandlungsmöglichkeiten zur Schulmedizin. Obwohl die Wirksamkeit dieser in Fachkreisen umstritten ist, sollen sie hier, im Sinne der Vollständigkeit, Erwähnung finden.

Eine Alternative zu den Medikamenten, die in der medikamentösen Therapie der ADHS Anwendung finden, bildet beispielsweise die Nährstofftherapie. Ein vorliegender Nährstoffmangel kann zu psychischen und physischen Störungen führen. In Studien konnte festgestellt werden, dass an von ADHS betroffene Personen oftmals an einem Defizit von Spurenelementen und Gehirnfettsäuren leiden. Durch die Verabreichung dieser Nährstoffe im Rahmen einer Nährstofftherapie, konnte eine

positive Wirkung auf die Symptome der Störung festgestellt werden (vgl. Paal 2007: 72).

Eine weitere Alternative bilden Diäten, die darauf abzielen, bestimmte Nahrungsmittel, die, wie in zahlreichen Studien nachgewiesen werden konnte, für auffälliges Verhalten verantwortlich sein können, festzustellen und aus dem Ernährungsplan zu streichen. Aus Studienergebnissen ging, laut Paal, hervor, dass sich „Nahrungsmittel auf die motorische Unruhe, Impulsivität, Aufmerksamkeit, Gedächtnisleistung und Schlafqualität auswirken können“ (2007: 73). So entstand das Konzept der oligoantigenen Diät. Diese hat zum Ziel Nahrungsmittel, die Allergien auslösen, zu bestimmen und diese fortan nicht mehr zu konsumieren (vgl. Paal 2007: 73).

Paal nennt darüber hinaus auch noch die Homöopathie als Alternative zur medikamentösen ADHS-Therapie. Auch in diesem Bereich gibt es eine große Anzahl an Kritikern. Die Homöopathie beruht auf dem Grundsatz Ähnliches mit Ähnlichem zu heilen und zielt darauf ab, dem Körper dabei zu helfen, sich selbst zu heilen. Der durch das homöopathische Mittel erzeugte Stimulus löst eine Reaktion aus. Eine solche Reaktion kann jedoch nur erfolgen, wenn der Körper über ausreichend Lebensenergie verfügt. Bei Krankheiten ist diese Energie oft nur mehr in geringem Maße vorhanden. Die Homöopathie bezweckt diese Energie, und dadurch die Balance im Körper, zurück zu gewinnen. Die Lebensenergie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS befindet sich in einer Disharmonie. Die Homöopathie soll den Kindern dabei helfen, ihr Gleichgewicht wieder zu erlangen und selbst zu neutralisieren (vgl. Paal 2007: 144).

Auch wenn die Wirksamkeit, wie bereits erwähnt, umstritten ist, existieren Studien aus der Schweiz, in der die homöopathische Behandlung von 62 Kindern mit ADHS untersucht wurde. Der homöopathischen Behandlung wurde dabei eine Behandlung mit einem Placebo gegenübergestellt. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Homöopathie wirksamer war, als das Placebo. Paal betont jedoch, dass bei ausgeprägten ADHS-Symptomen die medikamentöse Behandlung parallel zur homöopathischen Behandlung durchaus Sinn macht, wenn sie in einem adäquaten Zeitraum Anwendung findet. Wenn die Symptome mithilfe der Medikamente gemildert wurden, kann im weiteren Verlauf der therapeutischen Intervention auch nur mehr die homöopathische Therapie eingesetzt werden kann (vgl. Paal 2007: 144-148).

„Unterstützende“ Therapieformen sind unter anderem Entspannungsübungen im Rahmen von autogenem Training, Qigong oder Yoga. Alle diese Entspannungsmethoden dienen dazu, Körper und Seele in Einklang zu bringen und ein Bewusstsein für Entspannung in Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS zu schaffen (vgl. Paal 2007: 75 f.).

Nachdem nun das Gebiet der ADHS detailliert dargestellt wurde, soll im folgenden Kapitel näher auf die Unterschiede in der Diagnose und Therapie der ADHS im englisch- und deutschsprachigen Raum eingegangen werden. Diese Kenntnisse sind Grundvoraussetzungen für die im Anschluss folgende terminologiewissenschaftliche Analyse.

2.6 Therapie & Diagnose – Einfluss des englischen auf den deutschen Sprachraum

In Bezug auf die Bereiche Therapie und Diagnose im Bereich ADHS gestaltet sich eine terminologische Unterscheidung zwischen dem englisch- und deutschsprachigen Raum als schwierig. Das ist mitunter darauf zurückzuführen, dass ein Großteil dieser Bereiche zuerst im englischsprachigen Raum definiert wurde und in der Folge im deutschsprachigen Raum übernommen wurde.

Diese Entwicklung ist bereits bei den internationalen Klassifikationssystemen ICD- 10 und DSM-IV zu erkennen, die im Original beide in englischer Sprache verfasst wurden. Durch die unterschiedlichen Definitionen der ADHS im Rahmen der ICD-10 und im Rahmen des DSM-IV kommt es beispielsweise bei Diagnosen anhand des DSM-IV, in welchem ADHS eingeschränkter definiert ist, zu niedrigeren Prävalenzraten, als bei der vorrangig in Amerika gebräuchlichen ICD-10, die die ADHS als Krankheitsbild weiter fasst (vgl. Rothenberger & Neumärker 2010: 13 f.). Auf die genauen Unterschiede soll aber anschließend im Terminologieteil näher eingegangen werden.

Der deutliche Einfluss der vorrangig amerikanischen Forschung auf den deutschsprachigen Raum zeigt sich auch im Bereich der Therapie der ADHS. So stammt die bereits erläuterte multimodale Therapie ebenfalls aus dem englischsprachigen Raum. Diese Form der kombinierten Therapie (verhaltenstherapeutische Ansätze und medikamentöse Therapie) wurde in einer der

größten Studien dieser Art, der so genannten *Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA)*²⁶ vom US-amerikanischen National Institute of Mental Health (NIMH), durchgeführt.

Im Rahmen dieser Therapiestudie wurden 579 Kinder, 20 % davon waren Mädchen, im Alter zwischen 7 und 9,9 Jahren mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung des kombinierten Subtypus nach DSM-IV, als Stichprobe herangezogen. Die Therapie dauerte insgesamt 14 Monate. Die teilnehmenden Kinder wurden zu Beginn der Studie nach dem Zufallsprinzip den folgenden vier Bereichen zugeordnet:

- 1) Pharmakotherapie mit Beratung – Behandlung mit Methylphenidat, zusätzlich einmal im Monat Beratung durch Arzt.
- 2) Verhaltenstherapie – eltern- (Elterntraining), schul- (Beratungssitzungen mit Lehrkräften) und kindzentrierte Interventionen (Freizeitpädagogik, Token-Systeme, Problemlösetrainings, Sporttrainings etc.)
- 3) kombinierte Therapie - Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie
- 4) Routinebehandlung (Community Care) – nach Erhalt der Diagnose, sollten Eltern die Behandlung aufnehmen; in 67 % der Fälle war dies die medikamentöse Therapie (vgl. Döpfner & Sobanski 2010: 277).

Döpfner & Sobanski stellen anhand der Ergebnisse der MTA-Studie fest, dass „sowohl die Verhaltenstherapie als auch die Pharmakotherapie mit Beratung effektive Behandlungsstrategien darstellen und sich in ihrer Wirksamkeit [...] nicht sehr stark voneinander unterscheiden“ (2010: 278 f.). Weiters halten sie fest, dass insgesamt gesehen, die kombinierte Therapie besser abschnitt als die Einzeltherapien (vgl. 2010: 279). Diese Art der Therapie wird auch im deutschsprachigen Raum angewandt (vgl. Döpfner & Sobanski 2010).

Der starke Einfluss der englischen Fachsprache auf die deutsche Fachsprache zeigt sich ebenfalls im Bereich der Diagnose. So mangelt es, laut Steinhausen & Rösler, vor allem im Bereich der Interviews für die ADHS-Diagnose an deutschen Übersetzungen, wodurch die Verwendung dieser eingeschränkt ist (vgl. Steinhausen & Rösler 2010:

²⁶ Siehe hierzu Originalartikel: MTA Cooperative Group 1999.

205). Ein Beispiel hierfür ist das englischsprachige Interview *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview*, für welches es bisher keine deutsche Übersetzung gibt.

Aus den vorangegangenen Ausführungen ist klar ersichtlich, dass sich die Bereiche Therapie und Diagnose im Bereich der ADHS im englischen und deutschen Sprachraum nur geringfügig unterscheiden. Dies verdeutlicht erneut den starken Einfluss der, in diesem Fall, amerikanischen Forschungen auf den deutschsprachigen Raum.

3 Terminologiewissenschaftliche Analyse

Nach der eingehenden Erläuterung des Sachgebietes, soll nun im Folgenden näher auf die Terminologie der ADHS eingegangen werden. Ausgehend von der Darstellung der wichtigsten theoretischen Grundlagen, soll hier ein besonderes Augenmerk auf aus terminologischer Sicht interessante Themenbereiche, Entwicklungen und Benennungen gelegt werden.

3.1 Theoretische Grundlagen zur Fachsprache

3.1.1 Terminologie und Fachsprache unter besonderer Berücksichtigung der Fachsprache der Medizin

Vor der eingehenden Beschäftigung mit den terminologischen Besonderheiten im Bereich der ADHS, sollen nun einführend die wichtigsten theoretischen Grundlagen erläutert werden, da die Kenntnis dieser Grundbegriffe Voraussetzung für das Verständnis der nachfolgenden terminologischen Untersuchungen ist. Im Folgenden sollen Terminologie und Fachsprache, unter besonderer Berücksichtigung der medizinischen Fachsprache, näher dargestellt werden.

In der DIN Norm 2342 wird Terminologie als der „Gesamtbestand der Begriffe und ihrer Benennungen in einem Fachgebiet“ (1992: 3 zit. in Arntz et. al. 2009: 10) definiert.

Arntz et. al. erläutern weiters, dass die Terminologie somit auch Teil einer Fachsprache ist. Diese wird in der DIN Norm 2342 wie folgt definiert: „Fachsprache: der Bereich der Sprache, der auf eindeutige und widerspruchsfreie Kommunikation im jeweiligen Fachgebiet gerichtet ist und dessen Funktionieren durch eine festgelegte Terminologie entscheidend unterstützt wird.“ (1992: 1 zit. in. Arntz et. al. 2009: 10)

Hierbei ist jedoch zu beachten, dass es nicht nur eine Fachsprache gibt, sondern, entsprechend der verschiedenen Fachgebiete, mit denen sie in Verbindung stehen, auch eine Vielzahl von Fachsprachen existiert (vgl. Arntz et. al. 2010: 10). Dieser Sachverhalt zeigt sich auch deutlich im Bereich der ADHS, da hier mehrere Disziplinen (z.B.: Medizin, Pädagogik, Psychologie, Pharmazie, Neurologie etc.) und dementsprechend auch Fachgebiete und Fachsprachen zusammenkommen.

Zwischen Fach- und Gemeinsprache besteht eine enge Verbindung. Während die Gemeinsprache, laut Hohnhold, „selbständig textkonstituierend und verständigungswirksam“ (1990: 39) ist, kann ein fachsprachlicher Text, diese Voraussetzungen nur erfüllen, da er aus „der für Verständigung auf Fachgebietsebene notwendigen Menge terminologischer Bausteine und Baugruppen [...] u n d²⁷ dem diese verbindenden und erläuternden gemeinsprachlichen Gerüst“ (1990: 40) besteht.

Die Gemeinsprache, an welcher alle Beteiligten einer Sprachgemeinschaft teilnehmen, kann also für sich selbst bestehen, während die Fachsprache ohne Gemeinsprache nicht funktionieren kann (vgl. Arntz et. al. 2009: 21).

Da ADHS ein Gebiet mit interdisziplinärer Ausrichtung ist, in welchem, wie bereits eingangs erwähnt, neben Psychologie, Pädagogik, Neurologie und Pharmazie, besonders die Medizin und die dazugehörige Fachsprache eine zentrale Position einnehmen, soll letztere im Folgenden näher erläutert werden.

Die Fachsprache der Medizin geht auf eine sehr alte Tradition zurück. Ihre ältesten Termini stammen aus der griechischen Antike (vgl. Holubar & Schmidt 2000: 19). Im 17. und 18. Jahrhundert begann das Lateinische als Gelehrtensprache an den Universitäten zusehends, durch die entstehenden Nationalstaaten in Europa, mit der englischen, französischen oder auch der deutschen Sprache zu konkurrieren. Dennoch wurden weiterhin zahlreiche Benennungen noch durch eine Kombination aus lateinischen und griechischen Wörtern gebildet. Das Deutsche hatte jedoch nur sehr geringen Einfluss auf die medizinische Fachsprache. Seit Beginn der 1950er-Jahre machte sich der immer stärker werdende Einfluss des Englischen auf die medizinische Fachsprache bemerkbar. Dieser äußerte sich, ab der Nachkriegszeit, besonders im Bereich der Diagnose. Darüber hinaus wurden seither neue medizinische Geräte mit englischen Benennungen versehen (vgl. Murken 1994: 22-25). Heutzutage ist Englisch die lingua franca der Wissenschaft und damit auch die der Medizin. Diese Vorherrschaft des Englischen führen Holubar & Schmidt auf die „leichte Erlernbarkeit und Handhabung“ (2000: 50) dieser Sprache zurück und die dadurch vereinfachte Anwendbarkeit auf breite Bereiche. Die vermehrte Verwendung der englischen Sprache in der Fachsprache der Medizin birgt jedoch laut Holubar & Schmidt nicht nur Vorteile,

²⁷ Hervorhebung so im Original.

denn zumeist muss neben der englischen Benennung, auch noch die Benennung in der Nationalsprache erlernt werden. Darüber hinaus verkümmern so die eigentlichen lateinischen bzw. griechischen Benennungen (vgl. 2000: 50).

Dennoch ist die medizinische Terminologie noch immer stark von lateinischen oder latinisierten-griechischen Benennungen geprägt. Diese werden, laut Murken, nach wie vor in der alltäglichen medizinischen Fachsprache verwendet. Die Vorteile des Lateinischen liegen in der Logik der Sprache und darin, dass ihre Begriffe durch die Definiertheit der Sprache keinem Wandel unterworfen sind (vgl. 1994: 25).

Im Bereich der medizinischen Fachsprache betont Caspar zwar die Verwendung der entsprechenden festgelegten Termini²⁸, dennoch merkt er an, dass im Sinne der erleichterten Kommunikation zwischen Fachexperten und Laien oftmals „nicht genormte, vereinfachte hybride (gemischte) lateinisch-griechisch-deutsche Bezeichnungen“ (2000: 2) Anwendung finden. Dadurch bestehen oftmals parallel zu diesen noch synonym die eigentlichen deutschen Benennungen (vgl. Caspar 2000: 2).

Beispiele hierfür wären im Bereich der ADHS die lateinische Benennung „Dysfunktion“ und die deutsche Form „Fehlfunktion“, die lateinische Benennung „Dysphorie“ und die deutsche synonyme Entsprechung „Stimmungsstörung“ (vgl. Pschyrembel 2007: 470). Dasselbe gilt auch für den englischen Sprachraum. Ein Beispiel hierfür wäre die Benennung „affective disorders“ und die parallel dazu bestehende englische Form „mood disorders“.

Caspar hebt jedoch hervor, dass die deutschen Benennungen vorrangig bei der Aufklärung von Patientinnen/Patienten Anwendung finden, die festgelegten Termini werden hingegen in der Fachkommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten, Forscherinnen/Forschern oder zwischen medizinischem Personal verwendet (vgl. Caspar 2000: 2).

Holubar & Schmidt betonen überdies, dass, obwohl sich die medizinische Fachsprache durch immer neue Erkenntnisse laufend ändert, dennoch ein bestimmtes Basisvokabular bestehen bleiben wird, da sich beispielsweise anatomische Strukturen nicht ändern (vgl. 2000: 51).

²⁸ Da die Zahl der medizinischen Fächer, die über eine so genannte Nomenklatur (d.h. Termini, die eine große Anzahl konkreter Erscheinungen beschreiben und in geordneter Form vorliegen) verfügen, laut Caspar (2000: 1), vergleichsweise gering ist, werden diese hier nicht näher behandelt. Als Beispiel seien hier lediglich die Bereiche Anatomie oder Histologie genannt (vgl. Caspar 2000: 1).

Die Unterschiede zwischen Fach- und Gemeinsprache sowie die Besonderheiten der medizinischen Fachsprache wurden nun näher erläutert. Oftmals kommt es jedoch zu Überschneidungen zwischen Fach- und Gemeinsprache. Auf diesen Umstand soll im folgenden Kapitel näher eingegangen werden.

3.1.2 Gemeinsprache versus Fachsprache – ADHS vs. Zappelphilipp-Syndrom, ADS vs. ADHS

Auch im Bereich der ADHS konkurrieren im Alltagsgebrauch der Sprache fach- und gemeinsprachliche Benennungen. Ein Beispiel hierfür sind die Benennungen „ADHS“ und „Zappelphilipp-Syndrom“.

Bei der Benennung „Zappelphilipp-Syndrom“ kann die enge Verbindung der Fach- und Gemeinsprache besonders gut festgestellt werden. Hierbei wird eine gemeinsprachliche mit einer fachsprachlichen Benennung kombiniert und so in der Gemeinsprache verwendet.

Bei diesen beiden Benennungen fällt vor allem die unterschiedliche Beschreibung des Krankheitsbildes auf. So werden die Symptome im Rahmen der ADHS als „Störung“ bezeichnet, in der gemeinsprachlichen Benennung hingegen als „Syndrom“.

Laut Steinhausen stellen die drei Kernsymptome (Hyperaktivität, Aufmerksamkeit und Impulsivität) der ADHS zwar keine Einheit als Krankheit dar. Er betont jedoch, dass sie aufgrund der nosologischen Sichtweise der Medizin durch ihre Verbindung zueinander als psychiatrisches Syndrom angesehen werden können. So wurde in der ICD-9 das Störungsbild lange Zeit als „Hyperkinetisches Syndrom“ bezeichnet, erst durch die ICD-10 wurde diese Bezeichnung mit „Hyperkinetische Störung“ ersetzt (vgl. 2010: 17).

Ein Syndrom wird hingegen wie folgt definiert: „Symptomenkomplex; Gruppe von gleichzeitig zusammen auftretenden Krankheitszeichen.“ (Pschyrembel 1977: 1184) Da jedoch nicht alle drei Symptome der ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität und Impulsivität) in gleichem Maße zutreffen müssen, wurde das Krankheitsbild, wie bereits eingangs erläutert, von „Syndrom“ in „Störung“ unbenannt (vgl. Steinhausen 2010:17).

Demnach ist die gemeinsprachliche Benennung „Zappelphilipp-Syndrom“²⁹ aus fachsprachlicher Sicht nicht zutreffend.

Eine weitere Diskrepanz zwischen Fach- und Gemeinsprache zeigt sich bei den Benennungen „ADHS“ und „ADS“, welche in der Gemeinsprache oftmals synonym verwendet werden, obwohl es sich hierbei um unterschiedliche Begriffe handelt. Steinhausen führt hierzu aus, dass der Benennung „ADD“ bzw. „Aufmerksamkeitsstörung“, die ursprünglich im Rahmen der DSM-III geschaffen wurde, nicht in die ICD-10 aufgenommen wurde (vgl. Steinhausen 2010a: 20f.). Im DSM-IV gibt es einen „überwiegend unaufmerksamen Subtypus“, welcher dem ADS entspricht und auf „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typus“ lautet. Laut Steinhausen bestehen bei einem isolierten Aufmerksamkeitsdefizit (ADS) eher „Probleme der fokussierten und selektiven Aufmerksamkeit [...], während Probleme der Enthemmung fehlen“ (2010a: 21). Bei der ADHS des kombinierten Typus bestehen dabei die Schwierigkeiten zu einem größeren Anteil in „der persistenten Anstrengung und Ablenkbarkeit“ (2010a: 21). Die Probleme mit der Enthemmung sind hierbei jedoch im Fokus und persistieren auch nach Rückgang der Hyperaktivität (vgl. Steinhausen 2010a: 21).

Hieraus kann also gefolgert werden, dass eine synonyme Verwendung dieser Benennungen aus fachsprachlicher Sicht auszuschließen ist.

Mit dem Wissen über die Bedeutung der Fachsprache, insbesondere auch der medizinischen Fachsprache, sollen nun im Folgenden die für die Terminologearbeit³⁰ unerlässlichen Elemente „Begriff“ und „Benennung“, näher erläutert werden.

3.2 Terminus – Begriff und Benennung

Der Terminus besteht aus einem Begriff und seiner entsprechenden Benennung (vgl. Arntz et. al. 2009: 37). Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Elementen spielt in der Terminologearbeit eine entscheidende Rolle.

²⁹ Näheres zu einer äquivalenten englischsprachigen Benennung unter Kapitel 3.7.

³⁰ Terminologearbeit bezieht sich auf „die Erarbeitung, Bearbeitung oder Verarbeitung von Terminologie“ (Arntz et. al. 2009: 3). Oberste Priorität hat in diesem Bereich, das Vorgehen nach einheitlichen Regeln (vgl. 2009: 3).

Der Begriff wird in der DIN-Norm 2342 folgendermaßen definiert: „Denkeinheit, die aus einer Menge von Gegenständen unter der Ermittlung der diesen Gegenständen gemeinsamen Eigenschaften mittels Abstraktion gebildet wird.“ (1992: 1 zit. in Arntz et. al. 2009: 37)

In derselben DIN-Norm (1992: 2) wird die Benennung als „aus einem oder mehreren Wörtern bestehende Bezeichnung“ beschrieben (zit. in Arntz et. al. 2009: 37).

Laut Hohnhold, kann jemand, der keine Vorstellung, also keinen Begriff von einer Sache hat, eine sprachliche Bezeichnung, d.h. die entsprechende Benennung, nicht verstehen. Die Benennung definiert Hohnhold also als die sprachliche Bezeichnung eines Gegenstands, wohingegen er den Begriff, als die entsprechende Vorstellung dieses Gegenstands im Kopf beschreibt (vgl. 1990: 43).

Durch das gedankliche Zusammenfassen von Eigenschaften, die gewisse Gegenstände gemeinsam aufweisen, werden in den Köpfen der Menschen Begriffe gebildet (vgl. Arntz et. al. 2009: 38).

Diese Beziehung zwischen Begriff und Benennung wird oftmals durch das so genannte „Semiotische Dreieck“ von Ogden & Richards (nach Arntz et. al. 2009: 38) visuell wie folgt dargestellt:

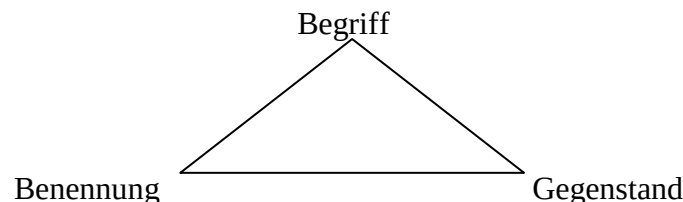


Abbildung 1: Das Semiotische Dreieck

Begriffe sind überdies nicht von einzelnen Sprachen abhängig, aber können dennoch durch bestimmte kulturelle Hintergründe einer Sprachgemeinschaft beeinflusst werden (vgl. Arntz et. al. 2009: 43).

Jene Eigenschaften, die durch Abstraktion an einem Gegenstand gemeinsam festgestellt werden können, werden in der DIN Norm 2342 (1992: 1) als „Begriffsmerkmale“ definiert. Diese sind von essenzieller Wichtigkeit für die Abgrenzung und Bestimmung von Begriffen. Als Begriffsinhalt wird „die Gesamtheit der Merkmale eines Begriffs“ (DIN Norm 2342 1993: 1 zit. in Arntz et. al. 2009: 47) bezeichnet. Die Zahl der Merkmale, die einem Begriff zugeordnet sind, können nicht

verändert werden, ohne gleichzeitig auch den Begriff selbst zu verändern.³¹ Somit wird es mit den gesamten Merkmalen eines Begriffs möglich, diesen von ähnlichen Begriffen, also von Begriffsinhalten, die größer, kleiner oder abweichend sind, abzugrenzen (vgl. Arntz et. al. 2009: 47 f.).

Die Kenntnis der Begriffsmerkmale nimmt im Rahmen der Terminologiearbeit eine wichtige Rolle ein. So dient die Feststellung des Begriffsinhalts mitunter dazu, das vorhandene Wissen über diesen Begriff zu sammeln. Darüber hinaus stellt der Begriffsinhalt die Basis für die Bildung von Benennungen dar und ist von besonderer Wichtigkeit bei der Bestimmung der Äquivalenz³² von Begriffen. Sind also die Merkmale von Begriffen bzw. Benennungen ident, so handelt es sich in einer Sprache um „synonyme Termini“. Werden jedoch zwei unterschiedliche Sprachen behandelt, ist von „äquivalenten Termini“ die Rede (vgl. Arntz et. al. 2009: 53 f.).

Ob es sich um äquivalente Merkmale handelt, lässt sich daran feststellen, ob zwei oder mehrere Merkmale gegeneinander ausgetauscht werden können. Dies ist laut DIN-Norm 2330 möglich, wenn „bei der Herstellung einer spezifischen Relation des betreffenden Begriffs zu einem anderen Begriff, diese Relation bei Ersatz der äquivalenten Merkmale unverändert bleibt“ (1979: 7 zit. in Arntz et. al. 2009: 58).

In Bezug auf die im Bereich der ADHS vorherrschende Terminologie kann die Äquivalenz, beispielsweise, anhand der drei Kernsymptome (Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizit und Impulsivität) überprüft werden. Dabei müssen die deutschen und englischen Definitionen einander gegenübergestellt werden, um zu überprüfen, ob es sich um äquivalente Termini handelt.³³ Auf die verschiedenen Definitionsmöglichkeiten und die Definition, die im Glossar der vorliegenden Arbeit verwendet wird, soll im Folgenden näher eingegangen werden.

3.2.1 Definition

Laut Hohnhold tragen festgelegte Begriffe maßgeblich zu einer gesicherten Kommunikation bei. Bei der Kommunikation über bestimmte Sachverhalte oder Gegenstände ist besonders auf Einheitlichkeit und beliebig häufige Wiederholbarkeit zu

³¹ Siehe hierzu Kapitel 3.6. Durch die Veränderung des Begriffsmerkmals „Syndrom“ in „Störung“ entstanden ein neuer Begriff und somit auch eine neue Benennung.

³² Siehe hierzu: Kapitel 3.7.

³³ Dies wird durch die erwähnten Klassifikationssysteme vereinfacht.

achten. Dazu müssen Begriffe eindeutig, in sprachlicher Form, also anhand von Definitionen, beschrieben werden (vgl. 1990: 48).

Besonders im Bereich der ADHS sind einheitliche Benennungen von äußerster Wichtigkeit. Der Wissensstand in diesem Gebiet erweitert sich fortlaufend durch neue Erkenntnisse. Dadurch ändern sich die Begriffsmerkmale und die entsprechenden Begriffe müssen sodann mit neuen Benennungen versehen werden.

In der DIN-Norm 2342 wird die Definition als „Begriffsbestimmung mit sprachlichen Mitteln“ (1992: 2 zit. in Arntz et. al. 2009: 59) beschrieben. Die Definition dient mitunter dazu, entweder Begriffe von anderen Begriffen abzugrenzen, oder aber dazu Beziehungen zwischen ihnen herzustellen (vgl. Arntz et. al. 2009: 60).

Arntz et. al. vergleichen die Definition mit einer

‘Gleichung’ bei der auf der linken Seite der durch eine Benennung ausgedrückte Begriff, das Definiendum, und auf der rechten Seite die Inhaltsbeschreibung des Begriffs, das Definiens, steht. Zwischen beiden steht der ‘Definitor’, in der Regel ein Doppelpunkt oder ein Gleichheitszeichen. (2009: 60)

Sie betonen überdies, dass es zwar eine Vielzahl von Definitionsarten gibt, dass in der Terminologearbeit jedoch vorrangig die „Inhaltsdefinition“, „Umfangsdefinition“ und „Bestandsdefinition“ Anwendung finden (vgl. 2009: 60).

Bei der Inhaltsdefinition werden anknüpfend an einen bereits bekannten Oberbegriff, die einschränkenden Merkmale genannt, die für diesen Begriff charakteristisch sind und ihn von anderen Begriffen der gleichen Reihe unterscheiden. Hierbei ist es jedoch nicht wichtig, alle einschränkenden Merkmale anzugeben, sondern es sollen jene Merkmale aufgenommen werden, die dem Zweck der angestrebten Definition dienen, wobei deren Anzahl ebenfalls möglichst knapp gehalten werden soll (vgl. Arntz et. al. 2009: 62).

Die Inhaltsdefinition wurde auch für die Erstellung des im Rahmen dieser Arbeit verfassten Glossars verwendet. Da, wie bereits eingangs erwähnt, bei dieser Art der Definition, durch die prinzipielle Anknüpfung an bereits bekannte Elemente, die Verständlichkeit der Definition eine entscheidende Rolle spielt und eben jene durch das im Anschluss folgende Glossar angestrebt werden soll.

Bezogen auf den Bereich der ADHS würde eine Inhaltsdefinition des Fachbereichs wie folgt lauten:

[ADHS ist eine] psych[iatrische] Störung mit den Leitsymptomen Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe) u[nd] Impulsivität, die in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt, vor dem 6. [Lebensjahr] beginnt u[nd] in mind. 2 Lebensbereichen od[er] Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) konstant auftritt. [...] (Pschyrembel 2007: 24).

Im Rahmen dieser Definition werden die wichtigsten Merkmale, in diesem Falle die drei Leitsymptome der ADHS, der gewöhnliche Krankheitsbeginn und das Vorliegen in mehreren Situationen knapp angegeben. Die verwendeten Merkmale bringen keine unbekannten oder erklärungsbedürftigen Elemente in die Definition mit ein und entsprechen somit dem Zweck der angestrebten Inhaltsdefinition.

Bei der Umfangsdefinition werden alle Unterbegriffe auf derselben Unterteilungsebene angegeben (vgl. Arntz et. al. 2009: 63).

Ein Beispiel für eine Umfangsdefinition wäre folgende Definition der Hyperkinetischen Störung (HKS):

Die Hyperkinetische Störung umfasst folgende Subtypen:
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, sonstige hyperkinetische Störungen und Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet (vgl. Steinhausen 2010a: 19 & DSM-IV).

Im Rahmen der Bestandsdefinition werden hingegen die einzelnen Gegenstände aufgezählt (vgl. Arntz et. al. 2009: 63). Ein Beispiel hierfür ist folgende Definition:

Die Symptome für ADHS sind Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität (vgl. Pschyrembel 2007: 24).

Wie aus den oben aufgezeigten Ausführungen deutlich hervorgeht, erweisen sich weder die Umfangs- noch die Bestandsdefinition für das im Rahmen dieser Arbeit verfasste Glossar als zielführend. Das ist besonders darauf zurückzuführen, dass in diesen beiden Definitionsarten die erklärende Komponente nur eine marginale Rolle spielt, welche hingegen bei der Inhaltsdefinition eine Grundvoraussetzung ist. So werden beispielsweise bei der Umfangsdefinition die Untergruppen der Hyperkinetischen Störung zwar angegeben, aber nicht näher erläutert.

Somit wird, entsprechend der Empfehlung der terminologischen Grundsatznormen (vgl. Arntz et. al. 2009: 64), in dieser Arbeit die Inhaltsdefinition verwendet.

Es sei hier auch noch auf die Kontextdefinition verwiesen, von welcher Arntz et. al. in der Terminologiarbeit abraten. Bei dieser Art der Definition wird der Inhalt bzw. der Umfang des Begriffs durch den Sinneszusammenhang gefolgert (vgl. 2009: 65).

Ein Beispiel für eine Kontextdefinition im Bereich der ADHS wäre:

„Das Neurofeedback-Training sollte von einer Person geleitet werden, die verhaltenstherapeutisch geschult ist und über Grundlagenkenntnisse über das EEG (inkl. technischer Aspekte) verfügt.“ (Heinrich 2009: 358)

Bei dieser Definition müsste die Bedeutung von „Neurofeedback“, demnach aus dem Kontext dieses Satzes erschlossen werden. Für Personen, die jedoch nicht wissen, worum es sich bei dieser Benennung handelt, ist diese bloße Kontextdefinition somit nicht adäquat. Daher empfehlen Arntz et. al. in der Terminologiarbeit zwischen Definition und Kontext zu unterscheiden, da bei letzterem lediglich der sprachliche Gebrauch der jeweiligen Benennung dokumentiert wird, während die Definition die Bedeutung des Terminus wiedergibt (vgl. 2009: 66).

In Bezug auf die Anforderungen an Definitionen sei hier noch abschließend auf Arntz et. al. verwiesen, die betonen dass die Verwendung von Benennungen in Definitionen einheitlich sein soll und die Auswahl der Benennungen dem jeweiligen Fachgebiet entsprechen soll, um somit eine Einordnung in das entsprechende Begriffssystem zu ermöglichen (vgl. Arntz et. al. 2009: 68 f.).

3.2.2 Erschwerte Zuordnung von Begriff und Benennung

Wie bereits eingangs erläutert, werden Begriff und Benennung mithilfe der Definition, mit Bezug auf deren Begriffsmerkmale, einander zugeordnet. In manchen Fällen ist diese Zuordnung jedoch problematisch. Solche Zuordnungsschwierigkeiten sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

Besonders zu erwähnen ist hier die Synonymie³⁴, bei welcher eine oder mehrere Benennungen einem Begriff zugeordnet werden können und diese somit nach Belieben

³⁴ Andere erschwerende Faktoren sind Polysemie und Homonymie, die jedoch im Bereich der bei ADHS verwendeten Terminologie nur eine sehr marginale Rolle spielen und aus diesem Grund nicht näher erläutert werden. Nähere Informationen hierzu: Arntz et. al. 2009: 129 ff.

austauschbar sind (vgl. Arntz et. al. 2009: 126), wie das beispielsweise bei den Benennungen „Überaktivität“ und „Hyperaktivität“ oder den englischen Benennungen „bipolar affective disorder“ und „manic-depressive disorder“ der Fall ist.

Einen Sonderfall stellt hier, laut Arntz et. al., jedoch die „Quasisynonymie“³⁵ dar. Hier ist der entsprechende Begriffsinhalt größtenteils derselbe, aber nicht vollkommen gleich. Somit sind Quasisynonyme nur in speziellen Fällen austauschbar. Dabei muss jedoch auf Allgemeingültigkeit geachtet werden, das heißt, wenn die Beziehung zwischen Begriffen nur in einem Dokument festgestellt werden kann, ist von einem Zufall auszugehen. Laut Arntz et. al. kommen Synonyme vor allem in Fachgebieten vermehrt vor, welche großen Entwicklungen unterworfen sind (vgl. 2009: 126).

Dies lässt sich ebenfalls auf die medizinische Fachsprache und auf die im Rahmen der ADHS verwendeten Terminologie übertragen. Denn, wie bereits erwähnt, handelt es sich hierbei um einen Bereich, der sich ständig durch neue Erkenntnisse weiterentwickelt und der bestehende Wortschatz somit auch laufend mit neuen Begriffen und dadurch auch Benennungen vermehrt und bereichert wird.

Für die adäquate Zuordnung von Begriff und Benennung ist somit vor allem die Begriffsklärung wichtig. Als hilfreiche Elemente bei der Klärung des Begriffs nennen Arntz et. al. „Fachgebietsangabe, Definition, Kontext und Quellenangabe.“ (2009: 132). Somit muss der Begriffsinhalt eines Wortes zuerst in der einen Sprache geklärt werden, bevor Vergleiche mit einem Terminus in einer anderen Sprache gezogen werden können (vgl. 2009: 132). Diese Ausführungen sind besonders in der mehrsprachigen Terminologearbeit, wie sie im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wird, unerlässlich.

Beziehungen zwischen Begriffen werden in so genannten Begriffssystemen bzw. Begriffsfeldern hergestellt. Diese Bereiche sollen im Folgenden näher erläutert werden.

3.3 Beziehungen zwischen Begriff und Benennung

3.3.1 Begriffssystem

Begriffe werden zueinander in so genannten „Begriffssystemen“ in Verbindung gesetzt. Hohnhold betont hierbei, dass ein Begriff in einer bestimmten Gebrauchssituation erst

³⁵ Näheres unter Kapitel 3.4.

Stellenwert erlangt, wenn eine Relation zu seinem entsprechenden Begriffsumfeld hergestellt wurde (vgl. 2000: 46 f.).

In der DIN-Norm 2331 wird das Begriffssystem als „die Menge von Begriffen, zwischen denen Beziehungen bestehen oder hergestellt worden sind und die derart ein zusammenhängendes Ganzes darstellen“ (1980: 2) definiert (zit. in Arntz et. al. 2009: 72).

Die Erstellung von Begriffssystemen ist sowohl in der ein- als auch in der mehrsprachigen Terminologiarbeit äußerst wichtig, da Begriffe nicht isoliert betrachtet werden können, sondern, um sie adäquat beschreiben zu können, immer von benachbarten Begriffen abgegrenzt werden müssen. Bei der mehrsprachigen Terminologiarbeit müssen jedoch zwei eigenständige Systeme erstellt werden, um später Vergleiche zwischen ihnen ziehen zu können (vgl. Arntz et. al. 2009: 73).

Arntz et. al. (2009: 73) beschreiben Begriffe als die „Bausteine eines Systems“ und die Beziehungen zwischen ihnen als „Bindemittel“, die das System zusammenhalten. Die Gestaltung eines solchen Systems, das Arntz et. al. als „Bauzeichnung“ (2009: 73) benennen, ist abhängig von seinem Zweck bzw. seinem Zielpublikum, dem Gegenstand, der definiert wird und den Punkten, nach welchen die Unterteilung des Systems vorgenommen werden soll.

Der Erstellung von Begriffssystemen geht zunächst einmal die Definition der Begriffe und die Herstellung von Beziehungen zwischen diesen voraus (vgl. Arntz et. al. 2009: 73).

Es gibt jedoch Bereiche in denen die Herstellung von grafischen Begriffssystemen nicht möglich ist, da die Begriffe beispielweise aus unterschiedlichen Fachgebieten stammen (vgl. Arntz et. al. 2009: 107). Dies ist auch bei der vorliegenden Arbeit der Fall. Wie bereits erwähnt, umfasst die Diagnose und Therapie der ADHS viele Bereiche (z.B. Pädagogik, Psychologie, Medizin, Pharmazie), wodurch eine Darstellung in einem Begriffssystem, nur schwer möglich ist. In einem solchen Fall ist die Erstellung von „Begriffsfeldern“ empfehlenswert (vgl. Arntz et. al. 2009: 107). Diese sollen im folgenden Kapitel näher erläutert werden.

3.3.2 Begriffsfeld

Arntz et. al. betonen, dass sich in Teilgebieten, in denen die Begriffe sehr vielschichtig sind und bei welchen die komplizierten Beziehungen zwischen ihnen mit einem grafischen Begriffssystem nicht dargestellt werden können, die Erstellung von so genannten „Begriffsfeldern“ anbietet. In der DIN-Norm 2342 wird das Begriffsfeld, laut Arntz et. al. (2009: 107) sehr „weit gefasst“ definiert und zwar als „Menge von Begriffen, die zueinander in Beziehung stehen“ (1992: 2 zit. in Arntz et. al. 2009: 107). Laut Hohnhold lassen sich Begriffsfelder jedoch als Ausschnitte von Begriffssystemen auffassen (vgl. 2000: 47). Begriffsfelder können auch „die endgültige Form der Systematisierung“ (Arntz et. al. 2009: 107) sein.

Verglichen mit dem Begriffssystem verfügen Begriffsfelder über eine lockereren Aufbau. Als eine Möglichkeit für die Systematisierung von Begriffen nach Begriffsfeldern nennen Arntz et. al. deren „Struktur in einem gegebenen Dokument“ (2009: 110).

Diese Form der Systematisierung soll im Folgenden näher dargestellt werden. Hierzu werden exemplarisch zwei Begriffsfelder (internationale Klassifikationssysteme und ADHS Komorbiditäten) aus dem Gebiet der ADHS herausgegriffen und in einer jeweils deutschen und englischen Version dargestellt.

Internationale Klassifikationssysteme	
ICD-10	DSM-IV
Hyperkinetische Störungen	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
▪ Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ▪ Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens ▪ Sonstige Hyperkinetische Störungen ▪ Hyperkinetische Störung nicht näher bezeichnet³⁶	▪ Mischtypus ▪ vorwiegend unaufmerksamer Typus ▪ vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus ▪ ADHS nicht näher bezeichnet³⁷

Abbildung 2: Begriffsfeld - Internationale Klassifikationssysteme (Deutsch)

³⁶ Quelle: DIMDI. 2010. *ICD-10-GM*. Codes F90.-, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>, Stand: 24.11.2010.

³⁷ Quelle: vgl. Resnick 2004: 21.

International classifications	
ICD-10	DSM-IV
Hyperkinetic disorders	Attention deficit hyperactivity disorder
▪ Disturbance of activity and attention ▪ Hyperkinetic conduct disorder ▪ Other hyperkinetic disorders ▪ Hyperkinetic disorder, unspecified³⁸	▪ Combined type ▪ Predominantly inattentive type ▪ Predominantly hyperactive-impulsive type ▪ ADHD not otherwise specified³⁹

Abbildung 3: Begriffsfeld - Internationale Klassifikationssysteme (Englisch)

Das weitere Begriffsfeld, das im Folgenden exemplarisch herausgegriffen wird, bezieht sich auf die Komorbiditäten von ADHS. Dabei werden Komorbiditäten im Kindes- und Erwachsenenalter unterschieden.⁴⁰

ADHS und komorbide Erkrankungen	
Komorbiditäten im Kindesalter	Komorbiditäten im Erwachsenenalter
▪ Störung des Sozialverhaltens ▪ Störung mit oppositionellem Trotzverhalten ▪ Angststörungen ▪ Lernstörungen ▪ Bipolare Störungen ▪ Tic-Störungen ▪ Autismus	▪ Substanzmissbrauchsstörungen ▪ Essstörungen ▪ Antisoziale Persönlichkeitsstörung ▪ Affektive Störungen ○ Unipolare Depression ○ Bipolare affektive Störungen

Abbildung 4: Begriffsfeld - ADHS-Komorbiditäten (Deutsch)

ADHD comorbidities	
Comorbidities in children	Comorbidities in adults
▪ Conduct disorders ▪ Oppositional defiant disorder ▪ Anxiety disorders ▪ Learning disorders ▪ Bipolar disorders ▪ Tic disorders ▪ Autism	▪ Substance use disorders ▪ Eating disorders ▪ Antisocial personality disorder ▪ Affective disorders ○ Unipolar depression ○ Bipolar affective disorders

Abbildung 5: Begriffsfeld - ADHS-Komorbiditäten (Englisch)

³⁸ Quelle: WHO. 2007. *ICD-10*. Codes F90.-, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9. URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Stand: 24.11.2010.

³⁹ Quelle: vgl. Everett & Everett 1999: 15.

⁴⁰ Quelle: siehe Kapitel 2.3.4.

In diesen Begriffsfeldern liegt eine so genannte „pragmatische Beziehung“ vor, welche zumeist in Begriffsfeldern vorkommt. Hierbei handelt es sich laut DIN-Norm 2342 (1992: 2) um „eine Begriffsbeziehung, die auf thematischen Zusammenhängen zwischen Begriffen beruht, jedoch weder der hierarchischen noch der sequentiellen Begriffsbeziehung zugeordnet werden kann“ (zit. in Arntz et. al. 2009: 77).

Solche pragmatischen Begriffsbeziehungen spielen besonders bei den medizinischen Klassifikationssystemen, wie in Abbildung 2 skizziert, eine große Rolle. Auf diese soll, aufgrund deren Wichtigkeit im behandelten Gebiet, im folgenden Kapitel näher eingegangen werden.

3.3.3 Klassifikation unter besonderer Berücksichtigung der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV

Klassifikationen entstehen laut Arntz et. al. durch die wiederholte Unterteilung von Klasseneinteilungen (vgl. 2009: 263). Eine Klassifikation beinhaltet dementsprechend mehrere Klassen⁴¹, zwischen welchen zumeist hierarchische Beziehungen bestehen (vgl. Arntz et. al. 2009: 49).

In einer Klassifikation werden jene Begriffe zusammen erfasst, zwischen welchen beim Auswerten der Dokumentation⁴² keine Unterscheidung geschehen soll. Die Klassen werden dabei durch die so genannten „klassenbildenden Merkmale“, unterschieden. Ein „klassenbildendes Merkmal“ legt die Angehörigkeit von Begriffen zu Klassen in Klassifikationen fest. Dabei ist es für ein Klassifikationssystem wichtig, dass die Klassen das behandelte Gebiet völlig abdecken und sich einzelne Inhalte zwischen den Klassen nicht überschneiden (vgl. Leiner et. al. 2006: 191).

Bei Dokumentationen werden die Klassen von Klassifikationen oftmals durch Notationen oder Codes dargestellt (vgl. Leiner et. al. 2006: 191).

Im Rahmen der ICD-10 sind die Notationen, beispielsweise, alphanumerischer Natur und werden durch drei- bis fünfstellige Codes repräsentiert. Dabei ist die erste

⁴¹ Eine Klasse wird in der DIN-Norm 2342 wie folgt definiert: „Im Sinne der Terminologearbeit Gesamtheit der Gegenstände, die unter einen Begriff fallen.“ (1992: 2 zit. in Arntz et. al. 2009: 49)

⁴² Die Dokumentation unterscheidet sich von der Terminologie dadurch, dass sie ein eigenes Fachgebiet darstellt, Terminologie anwendet und terminologische Information dokumentiert (vgl. Arntz. et. al. 2009: 257).

Stelle der Notation ein Buchstabe, welchem an den Stellen 2-5 Ziffern folgen. Bei der 4. und 5. Stelle wird durch Punkte eine Abgrenzung zu den ersten drei Stellen hergestellt (vgl. Leiner et. al. 2006: 44).

So lautet der Code für „Hyperkinetischen Störungen“ in der ICD-10 beispielsweise F90. Dieser gliedert sich wiederum in Untergruppen (vgl. WHO 2007, DIMDI 2010).

Im DSM-IV werden die Subtypen der „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ ebenfalls durch Codes repräsentiert. So trägt beispielsweise die „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung Mischtypus“ den Code 314.01, während der „vorwiegend unaufmerksame Typus“ durch den Code 314.00 repräsentiert wird (vgl. DSM-IV-TR 2000).

Nachdem nun die wichtigsten theoretischen Grundlagen in Bezug auf die Zuordnung von Begriff und Benennung sowie die Beziehungen zwischen Begriffen näher dargestellt wurden, soll im Folgenden auf Quasisynonyme im Bereich der ADHS eingegangen werden.

3.4 Quasisynonymie – ADHS & HKS, ADHS & POS

Der Fall, dass Benennungen einen ähnlichen, nicht aber identen Begriffsinhalt aufweisen (vgl. Arntz et. al. 2009: 126), liegt bei den deutschen und englischen Benennungen von „ADHS bzw. ADHD“ und „HKS bzw. HKD“ (Hyperkinetic Disorder) vor. Diese werden oftmals in der Gemeinsprache und zum Teil auch in der Ratgeberliteratur synonym verwendet, obwohl ihre Begriffsinhalte nicht vollkommen übereinstimmen.⁴³

Die hier vorliegende Quasisynonymie ist demnach auf die nicht deckungsgleichen Begriffsmerkmale dieser Termini zurückzuführen.

Diese Unterschiedlichkeit führen Rothenberger & Neumärker darauf zurück, dass sich die Definitionen von ADHS und HKS im Laufe der 1960er-Jahre in unterschiedliche Richtungen entwickelten. Während man die ADHS in Nordamerika als „ein häufiges Phänomen“ ansah, „das in den meisten Fällen nicht notwendigerweise mit sichtbaren Zeichen einer Hirnschädigung einhergehe [...]“. (2010: 13 f.), definierten

⁴³ Beispiele hierfür bei: Krowatschek 2009.

Kliniker in Europa die HKS als „ein eher seltenes Syndrom mit exzessiver motorischer Aktivität, das üblicherweise in Verbindung mit einigen indirekten Zeichen einer Hirnschädigung stehe“ (2010: 14). Diese Unterschiede wurden auch in die internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV aufgenommen. Dies äußert sich laut Rothenberger & Neumärker (2010: 13) mitunter in unterschiedlichen Prävalenzraten für HKS und ADHS.

Demnach führen die unterschiedlichen Begriffsmerkmale der beiden tatsächlich nicht synonymen Benennungen zu den erwähnten geringeren Prävalenzraten bei HKS im Vergleich zur ADHS (vgl. 2010: 13).

Banaschewski & Rohde (2010: 6) listen die Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssystemen und dadurch jene zwischen den beiden Benennungen detailliert in folgender Tabelle auf:

Table 2.3 Differences between DSM-IV and ICD-10 criteria of ADHD and HKD		
	DSM-IV ADHD	ICD-10 HKD
Symptoms	Either or both of following: • At least 6 of 9 inattentive symptoms • At least 6 of 9 hyperactive or impulsive symptoms	All of following: • At least 6 of 8 inattentive symptoms • At least 3 of 5 hyperactive symptoms • At least 1 of 4 impulsive symptoms
Cross–Situational Pervasiveness	Some impairment from symptoms is present in more than one setting such as home and school	Criteria are met for more than one setting such as home and school
Age of onset	Some symptoms that cause impairment are present before age 7 years	Symptoms should be present before age 6 years
Comorbid Diagnoses	Comorbid diagnosis with conduct, anxiety, and mood disorders recommended if inclusion criteria of multiple disorders are met	Diagnosis of HKD if there are anxiety and mood disorders is not recommended
Diagnostic Subtypes	Combined and partial subtypes based on symptomatology Combined: 6 or more from the IN domain and 6 or more from the HI domain Inattentive: 6 or more from the IN domain and less than 6 from the	Subtypes based on comorbid disorder diagnosis Disturbance of activity and attention (without conduct disorder) Hyperkinetic conduct disorder (with conduct disorder)

	hyperactive/impulsive domain Hyperactive/Impulsive: 6 or more from HI domain and less than 6 from the IN domain	
--	--	--

Tabelle 7: Unterschiede zwischen ADHS (DSM-IV) und HKS (ICD-10)

Aus Tabelle 7 geht die engere Definition der HKS in der ICD-10 deutlich hervor. So müssen beispielsweise im Bereich der Symptome bei der Diagnose von HKS, im Gegensatz zu den Symptomen der ADHS im Rahmen des DSM-IV, alle der aufgelisteten Symptome zutreffen (vgl. Banaschewski & Rohde 2010: 5).

Bei der Diagnose von ADHS muss hingegen entweder bei beiden oder zumindest bei einem der beiden Symptomenkomplexe, die geforderte Symptomenanzahl zutreffen. Des Weiteren wird eine Diagnose der Hyperkinetischen Störung durch das Vorliegen von Manie, Depressionen und/oder Angststörungen im Rahmen der ICD-10 ausgeschlossen, wohingegen das DSM-IV diese als komorbide Störungen klassifiziert (vgl. Banaschewski & Rohde 2010: 5).

Diese Ausführungen verdeutlichen die unterschiedlichen Begriffsmerkmale von ADHS und HKS. Daraus kann gefolgert werden, dass in diesen Fällen eine Quasisynonymie vorliegt. Dennoch soll hier, im Sinne der Vollständigkeit, erwähnt werden, dass sich die Begriffsinhalte hier nur in der ursprünglichen Definition des Störungsbildes unterscheiden und die Verwendung dieser Benennungen eben von dem jeweils angewandten Klassifikationssystem abhängig ist.

Ein weiteres Beispiel für Quasisynonymie ist die Benennung „Psychoorganisches Syndrom (POS)“, welches ebenfalls, jedoch ausschließlich in der Schweiz, synonym mit ADHS verwendet wird.

Laut Rossi handelt es sich bei der Benennung „POS“ nicht um eine medizinisch fachsprachliche Bezeichnung, sondern um eine Benennung, welche in den Bereich des Versicherungswesens bzw. zur juristischen Fachsprache gehört und ausschließlich in der Schweiz verwendet wird (vgl. 2008: o.S.).

Das POS wird in der schweizerischen Geburtsgebrechensverordnung (GgV) in der Ziffer 404 wie folgt definiert:

Kongenitale Hirnstörungen mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz (kongenitales infantiles Psychosyndrom, kongenitales

hirndiffuses psychoorganisches Syndrom, kongenitales hirnlokales Psychosyndrom), sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor Vollendung des 9. Altersjahres behandelt worden sind. (Verordnung über Geburtsgebrechen GgV: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/831.232.21.de.pdf>)

Die Anerkennung eines POS als Geburtsgebrechen hat zur Folge, dass die Invalidenversicherung für medizinische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen bezahlt (vgl. Holzen Beusch et. al. 2005: 3).

Dabei werden für das Zutreffen des POS als Geburtsgebrechen und die Kostenübernahme der Invalidenversicherung, laut Holzen Beusch et. al., das Vorliegen folgender Symptome vorausgesetzt:

- Es muss eine kinderärztliche oder kinderpsychiatrische Untersuchung stattfinden.
- Eine geistige Behinderung muss sicher ausgeschlossen werden können.
- Es darf nicht als Folge aus einer anderweitigen Beeinträchtigung resultieren (z.B. Trauma, Infekt, reaktives psychisches Leiden, Verwahrlosung).

Zudem müssen folgende Kriterien gesamthaft (kumulativ), aber nicht gleichzeitig vorhanden sein:

- Verhaltensstörungen mit sozialen Auswirkungen
- Störungen des Antriebs
- Störungen des Erfassens und Erkennens (Kognition oder Wahrnehmung)
- Störungen der Konzentrationsfähigkeit (Aufmerksamkeit)
- Störungen des Gedächtnisses (Merkfähigkeit).
- Die IV fordert eine Diagnosestellung und eine bereits begonnene Behandlung vor dem 9. Geburtstag. (2005: 3)

Eine Abgrenzung zwischen ADS und POS ist in vielen Fällen schwierig, da sich die Symptome dieser beiden Störungsbilder überschneiden, wie beispielsweise bei den Störungen der Aufmerksamkeit. Beim POS müssen jedoch zusätzlich zu den Symptomen der ADHS, Gedächtnis- und Wahrnehmungsschwierigkeiten vorliegen (vgl. <http://www.sgvt-sstcc.ch/de/ratgeber-fuer-patientinnen/psychische-stoerungenbr-des-kindes-und-jugendalters/adhspos/index.html>).

Aus diesen Erläuterungen kann also geschlossen werden, dass es sich bei POS und ADHS nicht um Synonyme handelt, da der Begriffsinhalt, durch die zusätzlichen Symptome und dadurch Begriffsmerkmale, bei POS größer ist als jener der ADHS.

3.5 Benennungsbildung

Da das Gebiet der ADHS noch immer nicht gänzlich erforscht ist und laufend neue Forschungserkenntnisse erlangt werden, für welche auch neue Benennungen geprägt werden müssen, spielen die im Folgenden erläuterten Verfahren zur Benennungsbildung in diesem Bereich eine maßgebliche Rolle.

Laut Arntz et. al. greifen die Fachsprachen bei der Kreation neuer Benennungen in unterschiedlichem Ausmaß auf gemeinsprachliche Elemente zurück. Hierzu stehen ihnen die folgenden Verfahren zur Verfügung:

1. Terminologisierung
2. Wortzusammensetzung bzw. Mehrwortbenennung
3. Wortableitung
4. Konversion
5. Entlehnung
6. Kürzung (2009: 115)

Im Folgenden sollen nun jene Verfahren herausgegriffen werden, die bei der im Bereich der ADHS gebräuchlichen Terminologie Anwendung finden.

Ein häufig angewandtes Verfahren in diesem Bereich ist die Wortzusammensetzung bzw. Mehrwortbenennung, bei welcher mehrere Wörter oder auch Wortarten zusammengesetzt werden, um eine neue Benennung zu bilden (vgl. Arntz et. al. 2009: 117).

Bei diesem Verfahren dient schon der Name des hier behandelten Themas selbst als Beispiel. So ist die Benennung ADHS eine Zusammensetzung aus vier Substantiven:

Aufmerksamkeit+Defizit+Hyperaktivität+Störung = Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Die Benennung Teilleistungsstörung setzt sich beispielsweise aus drei Substantiven zusammen, nämlich:

Teil+Leistung+Störung= Teilleistungsstörung.
--

Weitere Beispiele sind die Benennung „Überaktivität“, welche sich aus der Präposition ‚über‘ und dem Substantiv ‚Aktivität‘ zusammensetzt oder die Mehrwortbenennung „Lese-Rechtschreib-Störung“, welche sich aus zwei Verben und einem Substantiv zusammensetzt.

Das Verfahren der Wortzusammensetzung zur Bildung neuer Benennungen ist vor allem im deutschen Sprachraum vorherrschend, wohingegen in der englischen Fachsprache Mehrwortbenennungen, insbesondere das Aneinanderreihen zweier oder mehrerer Wörter, um ein Vielfaches gebräuchlicher sind (vgl. Arntz et. al. 2009: 117).

In der englischen Terminologie der ADHS gibt es hierfür zahlreiche Beispiele, wie „hyperkinetic disorder“, „minimal cerebral dysfunction“, „multimodal treatment“, „attention deficit hyperactivity disorder“, „oppositional defiant disorder“, „conduct disorder“ oder „Child Behavior Checklist“.

Beim Verfahren der Wortableitung wird ein Stammwort mit zumindest einem Suffix oder Präfix verbunden (vgl. Arntz et. al. 2009: 118). Dieses Verfahren ist besonders für die medizinische Fachsprache charakteristisch, wo oftmals latinisierte Wörter in Form von Ableitungen vorkommen (vgl. Kuss & Mutz 2000: 1).

Ein Beispiel für ein solches lateinisches Präfix ist „dys-“ mit seiner deutschen Bedeutung „un-, fehl-, übel-“ (vgl. Kuss & Mutz 2000: 84), wie es beispielsweise in der Benennung „Minimale Cerebrale **Dys**funktion“ vorkommt. Andere Beispiele für eine Wortableitung mit diesem Suffix sind „Dyskalkulie (engl. *dyscalculia*)“, „Dyslexie (engl. *dyslexia*)“ oder „Dysphorie (engl. *dysphoria*)“. Weitere lateinische Ableitungselemente, die in der Terminologie der ADHS Anwendung finden, sind die Präfixe „Neur-“ (Nerven) und „Psych-“ (Seele) (vgl. Caspar 2000: 121 f.), wie sie in den Benennungen „**Neuro**feedback“ oder „**Psycho**edukation“ vorkommen.

In den Normen DIN und ISO wird jedoch, im Sinne der Einheitlichkeit, die Verwendung international gebräuchlicher Ableitungselemente empfohlen, wie beispielsweise die Verwendung des lateinischen Präfixes „hyper-“ statt des deutschen Präfixes „über-“ (vgl. Arntz et. al. 2000: 119).

In Bezug auf die Terminologie der ADHS ist demnach die Verwendung von „Hyperaktivität“ der deutschen Benennung „Überaktivität“ vorzuziehen.

Ein weiteres wichtiges Verfahren bildet hier auch die Entlehnung bzw. Lehnübersetzung. Bei der Entlehnung wird ein Wort unverändert bzw. größtenteils unverändert aus einer Sprache in eine andere übernommen (vgl. Arntz et. al. 2009: 119). Arntz et. al. beziehen sich hier auch besonders auf die Entlehnung aus den alten Sprachen, wie z.B. auf Entlehnungen aus dem Lateinischen (vgl. 2009: 119), wie das

bei den bereits erwähnten Benennungen „Dyslexie“, „Dysphorie“ oder „Dyskalkulie“ der Fall ist.

Besonders die Übernahme englischer Benennungen ist im hier behandelten Bereich vorherrschend. So werden beispielsweise im Bereich der Diagnose von ADHS, Benennungen von zumeist aus dem englischsprachigen Raum stammender Testverfahren, wie Interviews, Fragebögen, Intelligenztests, oftmals unverändert ins Deutsche entlehnt, z.B. „Child Behavior Checklist“, „Conners‘ Adult ADHD Diagnostic Interview“ etc.

Im Rahmen der Lehnübersetzung erfolgt die Übernahme der ausgangssprachlichen Benennung durch die Übertragung der einzelnen Elemente in die Zielsprache, wobei deren ursprüngliche Struktur bestehen bleibt (vgl. Arntz et. al. 2009: 120). Als Beispiel sei hier die Lehnübersetzung „multimodale Therapie“ der englischen Benennung „multimodal treatment“ genannt.

Als weiteres produktives Verfahren zur Benennungsbildung, das im Bereich der ADHS und auch besonders in der eng damit in Verbindung stehenden medizinischen Fachsprache Anwendung findet, ist die Wortkürzung.

Bei diesem Verfahren werden die Abkürzung (die Elemente des Wortes werden nicht vollständig ausgeschrieben) und Akronyme unterschieden. Bei Akronymen wird der jeweils erste Buchstabe der verschiedenen Benennungselemente in die Kurzform übernommen (vgl. Arntz et. al. 2009: 120 f.). Diese Form der Wortkürzung kommt, aufgrund der oftmals komplizierten Strukturen, auch vermehrt in der medizinischen Fachsprache vor (vgl. Holubar & Schmidt 2000: 50). Bei der Benennung des hier behandelten Gebietes handelt es sich ebenfalls um ein Akronym. Die „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ ist sogar oftmals unter ihrem Akronym „ADHS“ bekannter als unter seiner eigentlichen Langform. Dasselbe ist für die englische Benennung der Fall, so lautet die Kurzform für „attention deficit hyperactivity disorder“ hier „ADHD“.

Da der Bereich der Kurzformen in der Terminologie der ADHS eine entscheidende Rolle spielt, wird diesem Bereich im Folgenden ein eigenes Kapitel gewidmet. Dabei soll aufgezeigt werden, in welcher Form Akronyme im Deutschen verwendet werden und inwiefern sich die deutsche und englische Fachsprache dabei im hier behandelten Gebiet beeinflussen.

3.6 Kurzformen – unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses der englischen auf die deutsche Fachsprache

Wie bereits aufgezeigt wurde, spielen Kurzformen besonders in der medizinischen Fachsprache und dadurch auch in der Terminologie der ADHS eine zentrale Rolle. Die folgende Tabelle stellt überblicksmäßig die wichtigsten Kurzformen in der Diagnose und Therapie der ADHS in ihrer englischen und deutschen Form dar und soll den starken Einfluss der englischen auf die deutsche Fachsprache verdeutlichen.

Die Auflistung der Kurzformen in der Tabelle entspricht der Reihenfolge ihrer Erwähnung in der Arbeit. Kurzformen, die bereits genannt wurden, werden mit der entsprechenden Seitenzahl auf der sie in der vorliegenden Arbeit zu finden sind, versehen. Jene Tabelleneinträge, die im Verlauf der Arbeit noch keine Erwähnung fanden, werden hingegen mit einer eigenen Quellenangabe versehen. Bei fehlenden Kurzformen in der jeweiligen Sprache wird die entsprechende Tabellenzelle mit dem Symbol „–“ gekennzeichnet.

In der Spalte „Anmerkungen“ wird die Art der Übertragung der Kurzformen in die entsprechende Sprache kommentiert.

Hier werden folgende Abkürzungen verwendet:

KÜRZEL	BEDEUTUNG
EN =DE	Englische Kurzform entspricht der deutschen Kurzform
LüsEN	Lehnübersetzung der Kurzform aus dem Englischen
LüsDE	Lehnübersetzung aus dem Deutschen
EIEN	Entlehnung der Kurzform aus dem Englischen
EN ≠ DE	Unterschiedliche Kurzformen im Englischen und im Deutschen
Ø EN	Keine entsprechende Kurzform im Englischen
Ø DE	Keine entsprechende Kurzform im Deutschen

Tabelle 8: Abkürzungsschlüssel für Tabelle Kurzformen

ENGLISCH			DEUTSCH				
Kurzform	Langform	Quelle/Seite	Kurzform	Langform	Quelle/Seite	Anmerkung zur deutschen Kurzform	
ADHD	attention deficit hyperactivity disorder	Banaschewski 2010: ix	ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	S 2 ff	LüsEN	
MCD	minimal cerebral dysfunction	Clayton 1993: 1224	MCD	Minimale Cerebrale Dysfunktion	S 9	EN = DE, LüsEN	
HKD	hyperkinetic disorder	Banaschewski 2010: ix	HKS	Hyperkinetische Störung	S 9	EN ≠ DE, LüsEN	
FAS	fetal alcohol syndrome	http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/?qg80.htm+q860	FAS	Fetales Alkoholsyndrom	S 12	EN = DE	
ODD	Oppositional Defiant Disorder	Banaschewski 2010: ix	—	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellen, aufsässigem Verhalten	http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f90-f98.htm	Ø DE	
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision	S 22	ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten	http://www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm	EN = DE, E1EN	
—	—	—	ESHOV	Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen	S 36	Ø EN	
HSQ	Home Situations Questionnaire	Bundesärzte-kammer 2005: 68	EF-PF	Elternfragebogen über die Problemsituation in der Familie	S 36	EN ≠ DE	
WRAADS	Wender Reimherr Adult ADHD Symptom Rating Scale	S 37	WRI	Wender-Reimherr Interview zur Erfassung von ADHS bei Erwachsenen (WRI)	Bundesärzte-kammer 2006: 68	EN ≠ DE	

ENGLISCH			DEUTSCH			
Kurzform	Langform	Quelle/Seite	Kurzform	Langform	Quelle/Seite	Anmerkung zur deutschen Kurzform
CAADID	Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV	S 37	CAADID	Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV	S 37	EN = DE, E EN
—	—	—	PROBO	Problembogen	S 38	Ø EN
—	—	—	PROTA	Problemtagebuch	S 38	Ø EN
CBCL	Child Behavior Checklist	S 39	CBCL	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	http://www.zentrales-adhs-netz.de/i/material/erfassung_komorbider_stoerungen5.php , [26.7.2010]	EN = DE, E EN
WISC	Wechsler Intelligence Scale for children	Banaschewski 2010: ix	HAWIK	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder	S 40	EN ≠ DE
CFT 1	Culture Fair Intelligence Test Scale 1	www.wpic.pitt.edu/~Verney%20JP%20Special%20Issue.pdf	CFT 1	Grundintelligenztest Skala 1	S 40	EN = DE, E EN
CFT 20	Culture Fair Intelligence Test Scale 2	www.wpic.pitt.edu/~Verney%20JP%20Special%20Issue.pdf	CFT 20	Grundintelligenztest Skala 20	S 40	EN = DE, E EN
TAP	test battery of attentional performance	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18833503	TAP	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung	S 40	EN = DE, LüsDE
KITAP	test battery of attentional performance for children	Drechsler & Steinhausen 2002-2006	KITAP	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder	S 40	EN = DE, LüsDE
MTA study	Multimodal Treatment Study of ADHD	Banaschewski 2010: ix	MTA-Studie	Multimodal Treatment Study of ADHD	Döpfner & Sobanski 2010: 277	EN = DE, E EN

Tabelle 9: Kurzformen Einfluss des Englischen auf das Deutsche

Tabelle 9 verdeutlicht den starken Einfluss der englischen auf die deutsche Fachsprache in der im Gebiet der ADHS verwendeten Terminologie.

Kurzformen, wie „CBCL“, „CAADID“ oder auch die Kurzformen der Klassifikationssysteme „ICD-10“ und „DSM-IV“ werden ins Deutsche entlehnt, während andere Benennungen durch Lehnübersetzungen ins Deutsche übernommen werden, wie „ADHS“ und „HKS“. Auffällig ist hier, dass sich die Kurzformen, trotz der Lehnübersetzung aus dem Englischen, im Deutschen zum Teil nicht verändern. Hierbei zeigen sich zum einen die Ähnlichkeit der deutschen und englischen Sprache und zum anderen die Allgemeingültigkeit der lateinischen Termini, die sowohl im Englischen, als auch im Deutschen verwendet werden. Ein Beispiel hierfür wäre die Kurzform „FAS“; sowohl ‚fetal‘ als auch ‚Syndrom‘ sind lateinische Benennungen. Somit kommt es bei den lateinischen Benennungselementen zu keiner Änderung der Kurzform. Ähnlich verhält es sich bei der Kurzform „HKS“. Das Benennungselement ‚hyperkinetic‘ stammt ebenfalls aus dem Lateinischen. Somit führt lediglich die Lehnübersetzung des Benennungselements ‚disorder‘ mit dem deutschen Wort ‚Störung‘ zu einer Änderung der Kurzform im Deutschen.

Bei den angeführten Kurzformen für deutschsprachige Diagnoseinstrumente, wie beispielsweise „PROBO“, existieren nach derzeitigem Forschungsstand, keine englischen Kurzformen.

Die Kurzformen „TAP“ und „KITAP“ stammen ebenfalls aus dem deutschsprachigen Raum und wurden mithilfe einer Lehnübersetzung ins Englische übertragen.

Abschließend kann somit festgehalten werden, dass der Entlehnung bzw. Lehnübersetzung aus dem Deutschen ins Englische nur eine sehr marginale Rolle bei der im Bereich der ADHS angewandten Terminologie zukommt. Der geringe Einfluss der deutschen Wissenschaftssprache auf die internationale bzw. englische Wissenschaftssprache ist demnach deutlich zu erkennen.

3.7 Mehrsprachige Terminologiearbeit – Äquivalenz in Gemein- und Fachsprache

Um einen Begriff aus der einen Sprache mit einem Begriff aus einer anderen Sprache zusammenführen zu können, müssen diese begrifflich übereinstimmen, also äquivalent

sein (vgl. Arntz et. al. 2009: 152). Hierbei können jedoch Unterschiede in den Begriffsinhalten vorliegen. Das gilt sowohl für die Fach- als auch für die Gemeinsprache.

Zwei Termini sind dann als äquivalent zu bezeichnen, wenn ihre Begriffsmerkmale ident sind (vgl. Arntz et. al. 2009: 152).

Dabei unterscheiden Arntz et. al. unterschiedliche „Äquivalenzgrade“. So liegt, wenn die beiden verglichenen Termini in ihren Begriffsmerkmalen vollständig übereinstimmen, „vollständige begriffliche Äquivalenz“ (2009: 154) vor.

Ein Beispiel hierfür wären die Definitionen von „ADHS“ und „ADHD“. Die Prüfung der Begriffsmerkmale wird dabei besonders durch die internationalen Klassifikationssysteme erleichtert, da es sich hier um genormte Benennungen handelt und man somit auf eine vollständige begriffliche Äquivalenz schließen kann.

Die Herstellung von Äquivalenz ist jedoch nicht immer unproblematisch. So kommt es mitunter vor, dass es keinen äquivalenten Begriff in der Zielsprache gibt, wie dies bei dem deutschen Fragebogen „Problembeurteilungsbogen (PROBO)“ der Fall ist. Laut Arntz et. al. stehen in einem solchen Fall die folgenden drei Verfahren zur Auswahl:

1. die bereits erläuterte Möglichkeit der Lehnübersetzung bzw. Entlehnung,
2. die Schaffung einer neuen Benennung in der Zielsprache und
3. die Möglichkeit einer äquivalenten Erklärung der Benennung in der Zielsprache (vgl. 2009: 156).

Da aus der erwähnten deutschen Benennungen der Zweck des Fragebogens deutlich hervorgeht, würde sich hier eine Lehnübersetzung empfehlen. Aus der im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Literatur geht dieses Verfahren als üblich für die Übertragung von Benennungen für Fragebögen und dergleichen, aus der einen Sprache in eine andere, hervor.⁴⁴ Somit wäre eine Möglichkeit die Benennung „Problembeurteilungsbogen“ als „Problems Evaluation Questionnaire“ aus dem Deutschen mittels Lehnübersetzung ins Englische zu übertragen, um somit eine äquivalente Benennung zu schaffen.

Ein weiteres Beispiel für eine problematische Zuordnung eines Terminus aus der einen Sprache zu einem Terminus in einer anderen Sprache, wäre die Suche nach einer

⁴⁴ Siehe hierzu Tabelle 9.

äquivalenten englischen Benennung für „Zappelphilipp-Syndrom“. Diese Benennung wird in der deutschen Gemeinsprache, oder teilweise auch in der Ratgeberliteratur, oftmals synonym mit ADHS verwendet.⁴⁵ Hierbei bereitet besonders das Benennungselement „Zappelphilipp“ Schwierigkeiten.

Nach der englischen Übersetzung des bereits erwähnten Kinderbuches *Der Struwwelpeter* durch Mark Twain (1848) würde „Zappelphilipp“ im Englischen mit „Fidgety Philip“⁴⁶ wiedergegeben werden. Demnach würde die Lehnübersetzung der Benennung, also „Fidgety Philip Syndrome“ lauten. Besonders auf deutschsprachigen Webseiten von Selbsthilfegruppen für ADHS ist die Übersetzung „Fidgety Phil“ bzw. „Fidgety Philip“ häufig zu lesen.⁴⁷

Hierbei stellt sich jedoch aus zielkultureller und zielgruppenspezifischer Sicht die Frage, ob die oben erwähnte mögliche Lehnübersetzung bei einem speziell aus den USA stammenden Zielpublikum, dieselben Konnotationen hervorruft, wie das eben bei deutschsprachigen Personen der Fall ist, welchen *Der Struwwelpeter* zumeist von Kindesbeinen an bekannt ist.

Auch Arntz. et. al. betonen die Schwierigkeit der Äquivalenz in der Gemeinsprache. Sie merken an, dass selbst der Vergleich auf der Wortebene oftmals noch nicht zur gewünschten Lösung führt. Dabei betonen sie die besondere Problematik von Konnotationen, also Gefühlen, die Menschen mit einem „Wort“ verbinden, diese lässt sich laut Arntz et. al. kaum auf objektive Art und Weise eruieren (vgl. 2009: 151).

Im Zuge der Internetrecherche fand sich jedoch auf einigen fachspezifischen ADHD-Webseiten die Benennung „Fidgety Philip“. Hierbei wurde jedoch zumeist der Ursprung dieser Benennung näher erläutert, was darauf hindeutet, dass diese Benennung alleine, ohne eine entsprechende Erklärung, für ein US-amerikanisches Publikum nicht adäquat ist. So heißt es beispielsweise in einer ADHD-Broschüre des New York Office of Mental Health, nachdem Heinrich Hoffmann und sein Kinderbuch *Der Struwwelpeter* näher vorgestellt wurden „ ‘The Story of Fidgety Philip’ was an accurate description of a little boy who had attention deficit hyperactivity disorder”

⁴⁵ Siehe hierzu beispielsweise Hüther 2002.

⁴⁶ Näheres hierzu unter http://www.gutenberg.org/files/12116/12116-h/12116-h.htm#The_Story_of_Fidgety_Philip, Stand: 11.11.2010.

⁴⁷ Siehe hierzu beispielsweise: http://www.dr-gumpert.de/html/adhs_symptome.html, Stand: 29.10.2010.

(<http://www.omh.state.ny.us/omhweb/booklets/pdf/adhd.pdf>, Stand: 3.11.2010). Eine Lehnübersetzung dieser Benennung ist somit auszuschließen.

Ein englischer Begriff der sich jedoch in seinen Begriffsmerkmalen mit jenen des „Zappelphilipps“ deckt, ist „fidget“. Bei diesem Substantiv handelt es sich laut *Oxford Advanced Learner's Dictionary* um „a person who is always fidgeting“ (2005: 569), das Verb „to fidget“ wird definiert als „to keep moving your body, your hands or your feet because you are nervous, bored, excited, etc.“ (2005: 569). Da sich hier die Begriffsmerkmale mit jenen der Definition eines Zappelphilipps als „unruhiges, zappeliges und hyperaktives Kind“ (Resnick 2004: 15) decken, kann somit „fidget“ als äquivalent zu „Zappelphilipp“ klassifiziert werden.

Aus den dargelegten Ausführungen gehen die Schwierigkeit der Herstellung von Äquivalenz und die damit in Verbindung stehende Wichtigkeit der Begriffsklärung deutlich hervor.

Im Rahmen der terminologiewissenschaftlichen Analyse wurden nun die Terminologearbeit näher vorgestellt und Gebiete, die in Bezug auf das formulierte Forschungsvorhaben von Interesse waren, näher untersucht. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen nun im folgenden Glossar präsentiert werden.

4 Glossar

Laut Schmitz handelt es sich bei einem Glossar um eine Auflistung von Begriffen mit entsprechenden Erläuterungen bzw. Definitionen, welche sich zumeist auf einen Text beziehen. Dabei beschränken sich die gelieferten Informationen auf die angeführten Begriffe. Schmitz betont weiters, dass in einem Glossar besonders auf die Eindeutigkeit und Knappheit der Begriffserklärungen geachtet werden muss, wobei auch Querverweise eingesetzt werden können. Eine bloße Liste mit Wörtern in zwei Sprachen kann somit, seines Erachtens, nicht als Glossar bezeichnet werden (vgl. 2005: o.S.).⁴⁸

Ein terminologischer Eintrag soll dabei der/dem jeweiligen Benutzerin/Benutzer entsprechend gestaltet werden (vgl. KÜDES 2002: 27). Darüber hinaus ist ein Glossar üblicherweise alphabetisch geordnet (vgl. Brockhaus 2010).

Die Einträge des nachfolgenden Glossars sind demnach alphabetisch, den deutschen Benennungen nach, geordnet. Die Benennungen werden dabei bei ihrer ersten Erwähnung in der Arbeit mit dem Symbol „→“ gekennzeichnet und die entsprechende Seite in der letzten Zeile des Glossareintrags angeführt. Bei Erwähnungen in Tabellen wird die Nummer des Glossareintrags in der Fußnote angegeben.

Die Eingrenzung der Termini erfolgte, wie bereits eingangs erwähnt, anhand der Forschungsfragen, der Zielgruppe und der im Rahmen der terminologiewissenschaftlichen Analyse behandelten terminologischen Besonderheiten. Das Glossar beinhaltet ausschließlich Benennungen, die in der entsprechenden Fachsprache des behandelten Gebietes verwendet werden und erklärt, entsprechend der Zielgruppe, medizinische Allgemeinbenennungen nicht mehr näher.

Kurzformen und alternative Schreibweisen werden in den Glossareinträgen als Synonyme angegeben. Bei Veränderungen der Definitionen, werden diese mit der Bezeichnung „vgl.“ versehen und zusätzlich eingefügte Elemente mit den Symbolen „[]“ markiert. Bei fehlenden Benennungen oder Definitionen in einer Sprache, werden Übersetzungsvorschläge mit dem Kürzel „Übsvo. v. KF“ versehen bzw. selbst verfasste Definitionen mit dem Kürzel „Def. v. KF“ in der Tabellenzeile Quelle bzw. source versehen.

⁴⁸ Siehe hierzu: http://www.tekom.de/index_neu.jsp?url=/vollanzeige_modul.jsp, Stand: 28.10.2010.

Anmerkungen bezüglich Quasisynonymie, regionalen Verwendungsvarianten, veralteten Benennungen oder Querverweise zu anderen Glossareinträgen werden dabei, im Sinne eines besseren Leseflusses, in Form von Fußnoten angegeben. Bei deutschen Benennungen werden diese mit der Angabe „Anmerkung“ und bei englischen Benennungen mit der Angabe „Comment“ versehen.

Folgende Abkürzungen werden im Glossar verwendet.

DE	Deutsch	EN	English
GR	Grammatikalische Angaben	GR	grammar
SYN	Synonym	SYN	synonym
QUE	Quelle	SOU	source
KON	Kontext	CON	context

DE	affektive Störungen
SYN	Affektstörungen
GR	Pl., f.
DEF	Affektive Störungen zeichnen sich durch eine Veränderung der Stimmungslage aus. Neben der Stimmung sind jedoch in der Regel auch Motivation, Antrieb, Denken, Wahrnehmung und Verhalten betroffen. Es werden verschiedene Gruppen von affektiven Störungen unterschieden. Sie lassen sich vor allem durch folgende Merkmale voneinander abgrenzen: Störungsdauer, Intensität der erlebten Symptome sowie die Tatsache, ob lediglich eine niedergedrückte Stimmung (Depression) oder aber ein Wechsel zwischen niedergeschlagener und euphorischer Stimmung vorliegt (Bipolare Störungen) ⁴⁹ .
QUE	http://www.uni-trier.de/index.php?id=30012 , Stand: 10.10.2010.
KON	Symptome von ADHS und uni- sowie bipolaren affektiven Störungen überschneiden sich in den Bereichen des Aufmerksamkeitsdefizits mit Symptomen der Depression und bei Hyperaktivität und Impulsivität mit Symptomen der Manie.
QUE	Steinhausen 2010b: 181
EN	affective disorders
SYN	mood disorders
GR	Pl.
DEF	[Affective disorders are disorders] in which the fundamental disturbance is a change in affect or mood to depression (with or without associated anxiety) or to elation. The mood change is usually accompanied by a change in the overall level of activity; most of the other symptoms are either secondary to, or easily understood in the context of, the change in mood and activity. Most of these disorders tend to be recurrent and the onset of individual episodes can often be related to stressful events or situations.
SOU	ICD-10. Code F30-F39. URL: http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/ , Stand: 10.10.2010.
CON	A specific relationship between the co-occurrence of ADHD and mood disorders remains unclear, though studies have reported a high incidence of affective symptoms among ADHD children.
SOU	Everett & Everett 1999: 26
→	26

⁴⁹ Siehe hierzu Glossareintrag 6.

2

DE	Angststörungen
GR	Pl., f.
DEF	[Angststörungen sind] psych[iatrische] Störung[en] mit im Vordergrund stehenden Sympt[omen] der Angst [unangenehm, empfundener, eine Bedrohung od[er]Gefahr signalisierender Gefühlszustand (2007: 90)]. [Treten] häufig zus[ammen] mit Vermeidungsverhalten [...] u[nd] körperl[ichen] Sympt[omen] einschließl[ich] ihrer katastrophisierenden Fehlinterpretationen [auf.]
QUE	Pschyrembel 2007: 90-91
KON	In der Literatur wird die Häufigkeit für eine Überschneidung von ADHS mit Angststörungen auf 10 bis 40 % geschätzt [...].
QUE	Resnick 2004: 94
EN	anxiety disorders
GR	Sg.
DEF	[Anxiety disorders are a] group of psychiatric disorders characterized principally by anxiety [A feeling of apprehension, worry, uneasiness, or dread esp[ecially] (1993: 128)] of the future.
SOU	Taber's cyclopedic medical dictionary 1993: 128-129
CON	There is also a significant comorbidity with anxiety disorders (up to 25 %; median odds ratio 3.0) and depression (15-20 %; median odds ratio of 5.5).
SOU	Banaschewski & Rohde 2010: 10
→	26

3

DE	antisoziale Persönlichkeitsstörung
SYN	dissoziale Persönlichkeitsstörung, Dissozialität
GR	Sg., f.
DEF	[Die antisoziale Persönlichkeitsstörung ist eine] spezif[ische] Persönlichkeitsstörung mit deutl[icher] Diskrepanz zwischen dem gezeigten Verhalten u[nd] den geltenden sozialen Normen [...].
QUE	Pschyrembel 2007: 1473
KON	Antisoziales Verhalten, das auf einer ADHS beruht, unterscheidet sich deutlich von einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Menschen mit ADHS kennen zwar die Regeln, es fehlt allerdings eine angemessene Verhaltenssicherheit, diese auch zu befolgen. Menschen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung kennen die Regeln zwar auch, beschließen aber, ihnen nicht zu folgen.

QUE	Resnick 2004: 97
EN	antisocial personality disorder
GR	dissocial personality disorder
DEF	[Antisocial personality disorder is a] [p]ersonality disorder, usually coming to attention because of a gross disparity between behaviour and the prevailing social norms[.] ⁵⁰
SOU	http://www.mentalhealth.com/icd/p22-pe04.html , 3.11.2010.
CON	It is essential to identify childhood predictors of adult antisocial personality disorder (APD) to target early prevention. It has variously been hypothesized that APD is predicted by childhood conduct disorder (CD), attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), or both disorders.
SOU	Lahey et. al. 2005: 389
→	29

4

DE	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
SYN	ADHS; Hyperkinetische Störung (HKS) ⁵¹ ; Psychoorganisches Syndrom (POS) ⁵²
GR	Sg., f.
DEF	[ADHS ist eine] psych[iatrische] Störung mit den Leitsymptomen Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe) u[nd] Impulsivität, die in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt, vor dem 6. [Lebensjahr] beginnt u[nd] in mind. 2 Lebensbereichen od[er] Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) konstant auftritt. [...]
QUE	Pschyrembel 2007: 24

⁵⁰ This definition was taken from a British English source.

⁵¹ **Anmerkung:** Diese beiden Benennungen werden zumeist synonym verwendet, dennoch sollte dabei beachtet werden, dass es sich bei der Hyperkinetischen Störung um ein Quasisynonym der ADHS handelt. In den Definitionen dieser beiden Benennungen gibt es Abweichungen in den Begriffsinhalten. So wird die ADHS im Rahmen der DSM-IV als „ein häufiges Phänomen“ angesehen, „das in den meisten Fällen nicht notwendigerweise mit sichtbaren Zeichen einer Hirnschädigung einhergeh[t]“. (Rothenberger & Neumärker 2010: 13f.), während Kliniker in Europa die HKS im Rahmen der ICD-10 als „ein eher seltenes Syndrom mit exzessiver motorischer Aktivität, das üblicherweise in Verbindung mit einigen indirekten Zeichen einer Hirnschädigung steh[t]“ (2010: 14) definieren. Die HKS wird dabei eher in Europa diagnostiziert und die ADHS in den USA (vgl. 2010:14).

⁵² **Anmerkung:** Die synonyme Verwendung von „ADHS“ und „POS“ ist ausschließlich in der Schweiz gebräuchlich (vgl. Kapitel 3.4).

KON	Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS haben offensichtlich einen ganz spezifischen »Wahrnehmungs- und Reaktionsstil«. Sie scheinen ihre neuronalen Netzwerke »anders« zu nutzen. Im Zusammenspiel mit der eingeschränkten Selbstregulierungsfähigkeit entsteht dann das impulsive, unaufmerksame, hyperaktive Verhalten, was unter anderem früher oder später zu Problemen im Zusammenleben mit den Bezugspersonen führt.
QUE	Neuhaus 2007: 34 f.
EN	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
SYN	ADHD; Hyperkinetic Disorder (HKD) ⁵³
GR	Sg.
DEF	ADHD is defined as a psychiatric disorder characterized by a developmentally inappropriate, pervasive (across different situations such as home and school) and persistent pattern of severe inattention, hyperactivity and/or impulsivity with an onset in early childhood that is associated with substantial impairment in social/academic and/or occupational functioning.
SOU	Banaschewski & Rohde 2010: 3
CON	Children and adolescents with ADHD may face problems in many different domains including school problems and academic underachievement, low self-esteem difficulties in parent-child interactions, sibling interactions and peer relationships, and poorer psychosocial adjustment.
SOU	Banaschewski & Rohde 2010: 13
→	8

5

DE	Autismus
GR	Sg., m.
DEF	Autismus ist eine Kontaktstörung mit qualitativen Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion, der Kommunikation u[nd] Sprache sowie repetitiven, restriktiven u[nd] stereotypen Verhaltensmustern[.]
QUE	Pschyrembel 2007: 183
KON	Tatsächlich sind die differentialdiagnostischen Unterschiede zwischen Autismus

⁵³ **Comment:** ADHD and HKD are often used synonymously. Actually, there are differences in the connotation of these terms. ADHD, as defined in the international classification ICD-10, refers to a frequent phenomenon which needs not necessarily be associated with signs of a brain lesion whereas HKD is defined as a comparatively seldom syndrome which usually is associated with indirect signs of a brain lesion in the international classification DSM-IV. The classification system ICD-10 is commonly used in Europe whereas DSM-IV is used in the USA, especially North America (vgl. Rothenberger & Neumärker 2010: 13f., übers. v. KF.).

	und ADHS im Bereich der sozialen Interaktion geringer als beispielsweise hinsichtlich der stereotypen oder kommunikativen Auffälligkeiten, die diagnosebestimmend für Autismus sind.
QUE	Steinhausen 2010b: 180
EN	autism
SYN	Sg.
DEF	"Autism" means a developmental disability significantly affecting verbal and non-verbal communication and social interaction, generally evident before age three that adversely affects educational performance. Other characteristics often associated with autism are engagement in repetitive activities and stereotyped movements, resistance to environmental change or change in daily routines, and unusual responses to sensory experiences.
SOU	http://www.medicine.uiowa.edu/autismservices/autism_definition.htm , Stand: 22.11.2010.
CON	While ICD-10 and DSM-IV preclude the diagnosis of ADHD, if problems are better explained by autism or other pervasive developmental disorders, ADHD and symptoms of autistic spectrum disorders can often co-exist.
SOU	Banaschewski & Rohde 2010: 11
→	31

6

DE	bipolare affektive Störung
SYN	manisch-depressive Erkrankung, bipolare Störung
GR	Sg. f.
DEF	[Die bipolare affektive Störung ist eine] Form der affektiven Störung ⁵⁴ mit wiederholten (mind. 2) Episoden in denen Stimmungs-, Antriebs- u. Aktivitätsniveau des Betreffenden durch das Auftreten von Symptomen einer Depression oder Manie [...] deutlich verändert sind.
QUE	Pschyrembel 2007: 1837
KON	Eine bipolare affektive Störung wurde bei 10 % der Frauen und 14 % der Männer mit ADHS gefunden, während diese bei den Kontrollen nur zu 3 % bei den Frauen und zu 4 % bei den Männern auftrat.
QUE	Scherk 2007: 126
EN	bipolar affective disorder
SYN	manic-depressive disorder, bipolar disorder

⁵⁴ Siehe hierzu Glossareintrag 1.

GR	Sg.
DEF	[Bipolar affective disorder is a] disorder characterized by two or more episodes in which the patient's mood and activity levels are significantly disturbed, this disturbance consisting on some occasions of an elevation of mood and increased energy and activity (hypomania or mania) and on others of a lowering of mood and decreased energy and activity (depression). Repeated episodes of hypomania or mania only are classified as bipolar.
SOU	WHO. 2007.ICD-10. Code F31. URL: http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/ , Stand: 28.10.2010.
CON	Popper (1988), a child psychopharmacologist, has indicated that these two disorders, ADHD and bipolar disorder, are very hard to differentiate in children and adolescents because of their many similar characteristics [...].
SOU	Everett & Everett 1999: 42
→	32

7

DE	Child Behavior Checklist⁵⁵
SYN	CBCL 4-18, CBCL 1 ½-5, Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen
GR	Sg. f.
DEF	[Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), CBCL (1 ½-5)] sind Fragebogeninstrumente, die in einer Version das Verhalten von Kleinkindern, in einer anderen Version das Verhalten von 4-18jährigen Kindern/Jugendlichen aus Elternsicht erfassen. Sie sind jeweils in einen eher offenen Teil [...] und einen Teil zur Beurteilung der Ausprägung verschiedener Verhaltensmerkmale gegliedert. Daraus werden verschiedene Syndromskalen gebildet (Aufmerksamkeitsstörung, sozialer Rückzug etc.).
QUE	Knölker 2001: 24
KON	Etliche Untersuchungen des CBCL zeigten durch signifikante Ergebnisse die Möglichkeit der Differenzierung von Komorbiditätsfaktoren von ADHS [...].
QUE	Brandau 2004: 195
EN	Child Behavior Checklist ages 4-18, ages 1.5-5
SYN	CBCL 4-18, CBCL 1 1/5-5

⁵⁵ Die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist erfolgte durch die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (vgl. http://kjp.charite.de/forschung/psychometrische_messinstrumente/deutsche_cbcl/, Stand. 27.7.2010).

GR	Sg.
DEF	[The Child Behavior Checklist (CBCL)] is designed to assess in a standardized format the behavioral problems and social competencies of children as reported by parents. [...]
SOU	http://www.cps.nova.edu/~cpphelp/CBCL.html , Stand: 10.10.2010.
CON ⁵⁶	Whilst the CBCL does not specifically measure ADHD, there is a focus on activities at home and in school, externalising problems and a total behaviour problem scale.
SOU	Ryan & McDougall 2009: 44
→	38

8

DE	Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview
SYN	CAADID
GR	Sg., n.
DEF	[Das Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview] ist ein [...] Interview für die ADHS-Diagnose bei Erwachsenen [...]. Ein technisches Manual führt in die Untersuchungstechnik ein und gibt Hilfen für die Interpretation.
QUE	Steinhausen & Rösler 2010: 206
KON	AI [Barkley and Murphy Adult Interview] und CAADID [Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview] erlauben auch Behinderungen der Patienten bei Alltagsaufgaben zu beschreiben.
QUE	Rösler et. al. 2008: 356
EN	Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview
SYN	CAADID
GR	Sg.
DEF	The CAADID is a structured interview that assists in the process of diagnosing adult ADHD. This assessment is appropriate for those 18 and older. [...] The use of the CAADID [...] is illustrated by case studies in the CAADID Technical Manual.
SOU	http://www.mhs.com/product.aspx?gr=cli&prod=caadid&id=overview#description , Stand: 28.10.2010.
CON	The cornerstone of the employed diagnostic protocol was the semi-structured Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID). Several standardized self-report and collateral informant rating scales designed to

⁵⁶ This context was taken from a British English source.

	quantify ADHD symptoms both currently and retrospectively were also employed.
SOU	King et. al. 2007. URL: http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/3/1/42 , Stand: 29.10.2010
→	36

9

DE	DSM⁵⁷
SYN	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
GR	Sg., n.
DEF	Das "Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen" (DSM) ist ein weltweit angewandtes Klassifikationssystem der psychischen Störungen, das durch die Angabe korrespondierender ICD-10-F-Codierungen ⁵⁸ in einem breiten klinischen Gebiet Anwendung finden kann. Es enthält für jede psychische Störung genaue operationale diagnostische Kriterien, durch deren Anwendung die Zuverlässigkeit und Validität psychiatrischer Diagnosen erhöht werden kann.
QUE	http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib_id=alle&colors=&ocolors=&titel_id=4460 , Stand: 3.11.2010.
KON	In Nordamerika wurde unter dem Einfluss der Diagnostic and Statistical Manuals (DSM), dem Klassifikationssystem der American Psychiatry Association (APA), seit den 1980er Jahren der Begriff der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) etabliert.
QUE	Steinhausen 2010a: 17
EN	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders⁵⁹
SYN	DSM
GR	Sg.
DEF	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is the standard classification of mental disorders used by mental health professionals in the United States. [...] It can be used by a wide range of health and mental health professionals, including psychiatrists and other physicians, psychologists, social workers, nurses, occupational and rehabilitation therapists, and counselors. It is also a necessary tool for collecting and communicating accurate

⁵⁷ **Anmerkung:** Aktuelle Ausgabe: DSM-IV-TR. URL: <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4tr.htm>, Stand: 11.11.2010.

⁵⁸ Siehe hierzu Glossareintrag 18.

⁵⁹ **Comment:** Current version: DSM-IV-TR. URL: see above.

	public health statistics.
SOU	APA. http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV.aspx , Stand: 11.11.2010.
CON	DSM-IV lists 18 symptoms covering 2 dimensions: inattention and hyperactivity/impulsivity. It distinguishes 3 clinical subtypes of ADHD: a predominantly inattentive subtype, which displays at least 6 (or more) symptoms of inattention and less than 6 of hyperactivity/impulsivity, a predominantly hyperactive/impulsive subtype suffering from 6 (or more) symptoms of hyperactivity-impulsivity and less than 6 of inattention, and a combined subtype, which meets both sets of criteria [...].
SOU	Banaschewski & Rohde 2010: 3
→	15

10

DE	Dyskalkulie
SYN	Entwicklungsdyskalkulie
GR	Sg. f.
DEF	[Dyskalkulie ist eine] [...] Störung beim Umgang mit Zahlen bei normaler Gesamtintelligenz.
QUE	Pschyrembel 2007: 466
KON	Unabhängig davon, ob bei den Kindern eine Dyskalkulie diagnostiziert worden war, zeigte sich bei den Verwandten von Kindern mit ADHS eine erhöhte Inzidenz für diese Störung.
QUE	Freitag & Retz 2007: 35
EN	dyscalculia
SYN	developmental dyscalculia
GR	Sg.
DEF	[D]yscalculia is a specific learning disability affecting the acquisition of arithmetic skills in an otherwise-normal child.
SOU	PubMed U.S. National Library of Medicine. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11516606 , Stand: 10.10.2010.
CON	[A] recent study of a clinic-referred sample [...] of children (ages 7-12) with a confirmed diagnosis of ADHD found that 4 % met criteria for comorbid developmental dyscalculia [...].
SOU	Brown 2009: 203
→	31

11

DE	Dyslexie
GR	Sg. f.
DEF	[Dyslexie] ist [eine] Störung der Lesefähigkeit nach weitgehend abgeschlossenem Schriftspracherwerb [...], wobei Wörter [...] od[er] Einzelbuchstaben [...] nicht erkannt werden.
QUE	Pschyrembel 2007: 469
KON	Bei Erwachsenen mit ADHS tritt eine klinische Manifestation von Dyslexie häufig auf [...].
QUE	Resnick 2004: 103
EN	dyslexia
SYN	reading disorder
GR	Sg.
DEF	[Dyslexia is] a condition in which an individual with normal vision is unable to interpret written language.
SOU	Taber's cyclopedic medical dictionary 1993: 487
CON	[D]yslexia may serve as a model for understanding comorbidity between learning disability and ADHD in general.
SOU	Brown 2009: 236
→	28

12

DE	Dysphorie
SYN	Stimmungsstörung
GR	Sg., f.
DEF	[Dysphorie ist eine Störung] der Affektivität mit mislauniger gereizter Stimmung.
QUE	Pschyrembel 2007: 470
KON	Menschen mit ADHS wählen als Drogen Alkohol, Opiate und Kokain [...]. Im Rahmen von Selbstheilungsversuchen kommt es auch zu erheblichen Koffeinkonsum. Diese Drogen mindern das durch Dysphorie, Langeweile [und] [...] wiederholtes Versagen verursachte Leid.
QUE	Resnick 2004: 101
EN	dysphoria
GR	Sg.
DEF	[Dysphoria is] [...] a mood of general dissatisfaction, unpleasantness,

	restlessness, anxiety, discomfort, unhappiness.
SOU	Taber's cyclopedic medical dictionary 1993: 593
CON	ADHD children, unlike ADHD children, display more dysphoria and irritability and greater fluctuations in appetite and body weight.
SOU	Everett & Everett 1999: 42
→	20

13

DE	Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie
SYN	HSQ-D, EI-PF
GR	Sg., m.
DEF	Beim [Elternfragebogen über die Problemsituation in der Familie] handelt es sich um ein störungsspezifisches Instrument, das die Belastung einzelner häuslicher/familiärer Situationen durch die Auffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen im Elternurteil erfasst (z.B. Hausaufgaben, Besuchssituationen, Zubettgehen).
QUE	Knölker 2001: 25
KON	Der Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie erlaubt eine Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten in konkreten familiären Situationen. Es bietet damit eine gute Grundlage für eine weitergehende Beratung und Verhaltenstherapie.
QUE	Görtz-Dörten et. al. 2010: 216
EN	Home Situations Questionnaire
SYN	HSQ
GR	Sg.
DEF	[The Home Situations Questionnaire is] used with children and adolescents ages 4-11[...]. It contains 16 items and takes 5 minutes to complete. The HSQ lists a number of common circumstances at home in which behavior problems are most likely to arise. Parents can indicate the severity of behavior problems for each situation.
SOU	http://www2.massgeneral.org/schoolpsychiatry/checklists_info.asp#HSQ , Stand: 28.10.2010.
CON	Parent and teacher rating scales yield valuable information efficiently. The most commonly used are the parent-completed Child Behavior Checklist, the Teacher Report Form (TRF) of the Child Behavior Checklist, the Conner's Parent and Teacher Rating Scales, the ADD-H: Comprehensive Teacher Rating Scale

	(Caters), and the Barkley Home Situations Questionnaire and School Situations Questionnaire.
SOU	http://www.aacap.org/cs/root/member_information/practice_information/practice_parameters/summaries/summary_of_the_practice_parameters_for_the_assessment_and_treatment_of_children_adolescents_and_adults_with_attentiondeficit/hyperactivity_disorder , Stand: 29.10.2010.
→	38

14

DE	Fetales Alkoholsyndrom
SYN	FAS, Alkohol-Embryopathie
GR	Sg. f.
DEF	[Das Fetale Alkoholsyndrom ist eine] [d]urch Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft hervorgerufene pränatale Erkrankung des Fetus [Pschyrembel 2007: 48]. Es kommt dann zu einem niedrigen Geburtsgewicht, intellektuellen Beeinträchtigungen und körperlichen Defekten [Resnick 2004: 28].
QUE	Pschyrembel 2007: 48, Resnick 2004: 28
KON	Kinder mit FAS zeigen die gleichen Verhaltensweisen wie Kinder mit ADHS (d.h. Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität). FAS kann auch zur Entwicklung einer ADHS beitragen.
QUE	Resnick 2004: 29
EN	fetal alcohol syndrome
SYN	FAS, alcohol-embryopathy
GR	Sg.
DEF	[The fetal alcohol syndrome refers to] [b]irth defects in infants born to mothers whose chronic alcoholism persisted during the gestation period. Shortly after birth these infants may exhibit signs of alcohol withdrawal. In addition, some of the infants will have physical abnormalities, e.g. deficiency in growth and mental deficiency.
SOU	Taber's cyclopedic medical dictionary 1993: 721
CON	A recent large review of charts from a referral center found 41 % of FAS children to have ADHD [...].
SOU	Hoffmann 2006. URL: http://cme.medscape.com/viewarticle/546475 , Stand: 10.10.2010.
→	12

15

DE	Grundintelligenztest Skala 1, Skala 20
SYN	CFT 1, CFT 20
GR	Sg., m.
DEF	[Bei Grundintelligenztest Skala 1 und Grundintelligenztest Skala 20 handelt es sich um] [ö]konomische, für Kinder und Jugendliche zwischen 5;3 und 9;5 Jahren (CFT 1) bzw. zwischen 8;7 bis 18 Jahren (CFT 20) einsetzbare Instrumente zur Bestimmung der Grundintelligenz auf sprachfreie Weise.
QUE	Knölker 2001: 25
EN	Culture Fair Intelligence Test, Scale 1, Scale 20
SYN	CFT 1 CFT 20
GR	Sg.
DEF	The test instruments Culture Fair Intelligence Tests Scale 1 and Scale 20 are non-verbal tests for children and adolescents between 5;3 and 9;5 years (CFT-1) respectively between 8;7 and 18 years (CFT 20) with which intelligence can be assessed.
SOU	Def. v. KF, vgl. Knölker 2001: 25
→	39

16

DE	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder
SYN	HAWIK
GR	Sg., f.
DEF	[Mit dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest können] Kinder und Jugendliche zwischen 6;0 und 16;11 Jahren [...] im Sinne des Wechsler-Konzeptes der Intelligenz untersucht werden, dabei wird zwischen einem Verbal- und Handlungsteil unterschieden. Bei einigen Untertests des Sprachteils ist dabei von einer deutlichen Bildungs- bzw. Förderabhängigkeit auszugehen, während der Handlungsteil weitgehend bildungsunabhängig ist.
QUE	Knölker 2001: 25
KON	Eine umfassende Intelligenzdiagnostik bildet die Grundlage der testpsychologischen Abklärung bei ADHS z.B. mit dem HAWIK-IV (Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder-IV, Petermann & Petermann 2008) oder mit anderen standardisierten Verfahren zu Intelligenzmessung.
QUE	Drechsler 2010: 237
EN	Wechsler Intelligence Scale for Children

SYN	WISC
GR	Sg.
DEF	[The Wechsler Intelligence Scale for Children] is an appropriate instrument for practitioners and clinical researchers in assessing children's intelligence and general cognitive functioning. When used with other assessment tools, it can be useful in identifying giftedness, mental retardation, and cognitive strengths and weaknesses. The test results can be useful in treatment planning, in placement and provision of clinical or educational services, and can add important information to a neuropsychological evaluation.
SOU	http://www.cps.nova.edu/~cpphelp/WISC-4.html , Stand: 4.11.2010.
CON	The WISC-IV Technical Manual provides some preliminary evidence of clinical validity based on test-criterion relationships for groups of exceptional children, including those with ADHD and with Learning Disorder and ADHD [...].
SOU	Schwean & Saklofske 2005: 245
→	39

17

DE	hyperkinetische Störungen
SYN	HKS, ADHS ⁶⁰
GR	Sg., f.
DEF	[Hyperkinetische Störungen sind] charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.
QUE	DIMDI. 2010. <i>ICD-10-GM 2010. Code F90.-</i> . URL: http://www.dimdi.de/static/

⁶⁰ **Anmerkung:** Für Unterschiede zwischen „ADHS“ und „HKS“ siehe Glossareintrag 4.

	de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f90-f98.htm, Stand: 5.11.2010.
KON	Viele Kinder mit hyperkinetischen Störungen zeigen auch im Jugendalter die Kernsymptome Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen und Impulsivität, wobei sich die motorische Unruhe meist deutlich vermindert, während Aufmerksamkeitsstörungen eher persistieren.
QUE	Döpfner 2002 ³ : 25
EN	hyperkinetic disorders
SYN	HKD, ADHD ⁶¹
GR	Sg.
DEF	[Hyperkinetic disorders are] [a] group of disorders characterized by an early onset (usually in the first five years of life), lack of persistence in activities that require cognitive involvement, and a tendency to move from one activity to another without completing any one, together with disorganized, ill-regulated, and excessive activity. Several other abnormalities may be associated. Hyperkinetic children are often reckless and impulsive, prone to accidents, and find themselves in disciplinary trouble because of unthinking breaches of rules rather than deliberate defiance. Their relationships with adults are often socially disinhibited, with a lack of normal caution and reserve. They are unpopular with other children and may become isolated. Impairment of cognitive functions is common, and specific delays in motor and language development are disproportionately frequent. Secondary complications include dissocial behavior and low self-esteem.
SOU	WHO. 2007. <i>ICD-10. Code F90</i> . URL: http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online , Stand: 5.11.2010.
CON	In the US medication is usually considered the first line treatment for all ADHD irrespective of severity. European clinicians have traditionally been more conservative and have reserved medication for those meeting the much more restrictive ICD-10 criteria for hyperkinetic disorder.
SOU	Coghill & Danckaerts 2010: 93
→	9

18

DE	ICD
SYN	Internationale Klassifikation der Krankheiten
GR	Sg., f.

⁶¹ **Comment:** For differences between “ADHD” and “HKD” cf. glossary entry 4.

DEF	Die Internationale Klassifikation der Krankheiten [...] der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen und ist Basis für die international vergleichbare Todesursachenstatistik.
QUE	http://www.dimdi.de/static/de/klassi/basisinfo-klassi.pdf , Stand: 3.11.2010.
KON	Im Rahmen der <i>diagnostischen Leitlinien</i> ⁶² der ICD-10 werden die beeinträchtigte Aufmerksamkeit und die Überaktivität als die für die Diagnose notwendigen Kardinalsymptome herausgestellt [.]
QUE	Steinhausen 2010a: 17
EN	ICD
SYN	International Classification of Diseases
GR	Sg.
DEF	The ICD is the international standard diagnostic classification for all general epidemiological, many health management purposes and clinical use. [...] It is used to classify diseases and other health problems recorded on many types of health and vital records including death certificates and health records.
SOU	WHO. 2010. URL: http://www.who.int/classifications/icd/en/ , Stand: 3.11.2010.
CON	The prevalence of the more restrictive ICD-10 hyperkinetic disorder diagnosis has been estimated to be around 15 % in school-age children.
SOU	Banaschewski & Rohde 2010: 3
→	17

19

DE	Lernstörungen
GR	Sg. f.
DEF	Lernstörungen umfassen eine große Bandbreite von Störungen, die ein Individuum beim Erwerb und der Ausübung des Zuhörens, Sprechens, Lesens, Schreibens, schlussfolgernden Denkens und Rechnens beeinträchtigen.
QUE	Resnick 2000: 103
KON	Nunmehr führt die Diskrepanz von Leistungserwartungen der Schule und Leistungsvermögen im Sinne gestörter Leistungsvoraussetzungen des Schulkindes sowie problemverstärkende spezifische <i>Lernstörungen</i> ⁶³ (speziell Lese- und Rechtschreibstörung) bei vielen Kindern mit ADHS zur

⁶² Hervorhebung so im Original.

⁶³ Hervorhebung so im Original.

	Inanspruchnahme professioneller Hilfen.
QUE	Steinhausen 2010b: 155
EN	learning disorders
SYN	specific learning disability
GR	Sg.
DEF	[A] learning disorder is defined in terms of measured deficits in one or more basic psychological processes [...]. The category of learning disorders is applied to children who have an unexpected failure to develop specific skills or abilities by the appropriate age despite an apparent normal capacity for learning.
SOU	Tannock & Brown 2009: 191
CON	[T]he incidence of other learning disorders coexisting with AD[H]D ranges from 10 percent to 80 percent.
SOU	Hallowell & Ratey 1994: 163
→	16

20

DE	Lese-Rechtschreibstörung⁶⁴
SYN	Lese- und Rechtschreibstörung, Entwicklungsdyslexie
GR	Sg. f.
DEF	[Die Lese-Rechtschreibstörung ist eine] Störung von Lesen u[nd] Rechtschreibung bei normaler Gesamtintelligenz [...] infolge eingeschränkter Fähigkeit, Wörter aus Buchstaben zusammenzusetzen oder in Buchstaben zu zerlegen; Manifestation meist im 2. Schuljahr.
QUE	Pschyrembel 2007: 1091
KON	Unter den spezifischen Lernstörungen bzw. Entwicklungsstörungen ist vor allem die Lese-Rechtschreibstörung [...] bei ADHS zu beobachten.
QUE	Steinhausen 2010b: 178
EN	specific reading disorder
GR	Sg. n.
DEF	The main feature [of a specific reading disorder] is a specific and significant impairment in the development of reading skills that is not solely accounted for by mental age, visual acuity problems, or inadequate schooling. Reading comprehension skill, reading word recognition, oral reading skill, and performance of tasks requiring reading may all be affected. Spelling difficulties

⁶⁴ **Anmerkung:** Laut Pschyrembel (2007: 1091) ist die Benennung „Legasthenie“ für diesen Begriff veraltet.

	are frequently associated with specific reading disorder and often remain into adolescence even after some progress in reading has been made.
SOU	WHO. 2007. <i>ICD-10. Code F81.1</i> . URL: http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/ , Stand. 10.10.2010.
→	16

21

DE	minimale zerebrale Dysfunktion
SYN	MCD
GR	Sg. f.
DEF	[Minimale zerebrale Dysfunktion ist die] [v]eraltete Bez[eichnung] für geringfügige Funktionsstörungen des Nervensystems im Kleinkindes- u[nd] Kindesalter aufgrund einer partiellen Störung od[er] Schwäche im Hirnreifungsprozess[.]
QUE	Pschyrembel 2007: 465
KON	Es wurde überlegt, ob eine minimale Hirnschädigung vorliege, woraus sich dann der Begriff der minimalen zerebralen Dysfunktion ⁶⁵ entwickelte. Damit wurden in den 1950er- und 1960er-Jahren durchschnittlich begabte bis hochintelligente Kinder mit Lern- und Verhaltensstörungen beschrieben, bei denen Beeinträchtigungen in unterschiedlicher Ausprägungsform und Kombination der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, zum Teil der Sprache, der Kontrolle von Aufmerksamkeit, Impulsivität und der Motorik beobachtet werden konnten.
QUE	Neuhaus 2007: 13
EN	minimal brain dysfunction ⁶⁶
SYN	MBD, minimal cerebral dysfunction (MCD)
GR	Sg.
DEF ⁶⁷	The term minimal brain dysfunction syndrome refers to children near average, or above average general intelligence with certain learning or behavioural disabilities ranging from mild to severe, which are associated with deviations of function of the central nervous system.
SOU	Ross & Ross 1982: 21 zit. in. Brandau 2004: 9

⁶⁵ Hervorhebung so im Original.

⁶⁶**Comment:** The term MCD is outdated (cf. Brandau 2004).

⁶⁷This definition was taken from a British English source.

CON ⁶⁸	The term “MBD” would eventually be replaced by more specific labels applying to somewhat more heterogeneous cognitive, learning and behavioural disorders, such as “dyslexia”, “language disorders”, “learning disabilities”, and “hyperactivity”.
SOU	Barkley 2006: 8
→	9

22

DE	multimodale Therapie
GR	Sg., f.
DEF	[Als multimodale Therapie wird] [d]ie Kombination von pharmakologischen und psychologischen Interventionen bezeichnet die, die Symptomatik der ADHS vermindern sollen. Bei Kindern und Jugendlichen werden der „patientenzentrierte“, „elternzentrierte“ und der „kindergarten- und schulzentrierte Therapieansatz“ unterschieden.
QUE	vgl. Döpfner & Sobanski 2010: 272
KON	Die multimodale Therapie bei Kindern im Kindergartenalter unterscheidet sich von den Interventionen im Schulalter erstens in der Indikation für Pharmakotherapie. Die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry empfiehlt in ihren Behandlungsrichtlinien für Kinder mit hyperkinetischen Störungen, dass bei Kindergartenkindern in erster Linie Elterntraining sowie flankierende Maßnahmen und Platzierungen in speziellen Vorschuleinrichtungen durchzuführen sind. Eine medikamentöse Therapie sollte erst dann erwogen werden, wenn diese Interventionen nicht ausreichen.
QUE	Döpfner 2002 ³ : 65
EN	multimodal treatment
GR	Sg.
DEF	Multimodal treatment [...] includes multiple elements which work best together and support each other. These various interventions [...] reinforce each other and produce the best outcomes for children and adolescents with AD/HD. The elements of the multimodal treatment approach include parent and child education about diagnosis and treatment, specific behavior management techniques, stimulant medication, and appropriate educational program and supports.
SOU	http://www.help4adhd.org/en/treatment/treatmentoverview , Stand: 28.10.2010.

⁶⁸This context was taken from a British English source.

CON	In the Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA, MTA Study Group 1999), the “behavioural treatment” package included a course of behavioural parent training along with school intervention, and a summer programme over the course of a 14-month intervention.
SOU	Döpfner 2010b: 85
→	43

23

DE	Neurofeedback
SYN	EEG-Biofeedback
GR	Sg. n.
DEF	Als Neurofeedback [...] wird ein Training bezeichnet, bei dem die Modulation bestimmter Anteile der hirnelektrischen Aktivität trainiert wird. Ein Neurofeedback-Training umfasst üblicherweise 25-50 Einheiten von 45-60 Minuten.
QUE	Heinrich 2010: 356
KON	Neurofeedback wurde von der wissenschaftlichen Gemeinschaft lange Zeit ignoriert oder bestenfalls kritisiert, da keine kontrollierten Studien vorlagen. In der Zwischenzeit hat sich die Datenlage wesentlich verbessert und Neurofeedback gewinnt in der Behandlung von ADHS zunehmend an Bedeutung.
QUE	Heinrich 2010: 355
EN	neurofeedback
SYN	EEG-neurofeedback
GR	Sg.
DEF	Neurofeedback [...] is an operant conditioning procedure that attempts to enhance self-regulation of brain-activity. Over about 20-25 sessions brain electrical activity by an electroencephalogram (EEG) and immediately fed back to the patient using visual or acoustic signals.
SOU	Döpfner 2010b: 86
CON	EEG Neurofeedback was originally pioneered for neurological conditions such as epilepsy and stroke, is now used to treat ADHD, autism, dyspraxia, learning difficulties and health problems.
SOU	http://www.eegneurofeedback.com/ , Stand: 12.10.2010.
→	44

DE	Problembeurteilungsbogen
SYN	PROBO
GR	Sg., m.
DEF	Der <i>Problembeurteilungsbogen</i> ⁶⁹ (PROBO) dient der wöchentlichen Beurteilung von umschriebenem Problemverhalten durch Bezugspersonen (Eltern, Lehrer, Erzieher).
QUE	Döpfner 2010a: 213
EN	(Übsvo v. KF) Problems Evaluation Questionnaire
GR	Sg.
DEF	The Problems Evaluation Questionnaire is designed for parents and teachers to evaluate patterns of problem behavior on a weekly basis.
SOU	Def. v. KF, vgl. Döpfner 2010a: 213
→	37

DE	Psychoedukation
GR	Sg., f.
DEF	Psychoedukation ist die Schulung von Menschen [...], die an einer psychischen Störung leiden. [...] Bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter umfasst die Psychoedukation nicht nur die Schulung der Patienten, sondern vor allem die der Bezugspersonen, in erster Linie der Eltern, aber auch der Lehrer und anderer Bezugspersonen. Ziel der Psychoedukation ist es, die Störung besser zu verstehen, um besser mit ihr umgehen zu können, indem die persönlichen Erfahrungen mit der Störung mit dem gegenwärtigen Wissen über die Störung verbunden werden.
QUE	Schürmann & Döpfner 2010: 258
KON	Sowohl bei TS [Tic-Störungen] als auch ADHS wird eine fachliche Information im Sinne von Psychoedukation, Beratung und Schulung des Patienten, seiner Familie und eventueller weiterer wichtiger Bezugspersonen (z.B. Lehrer) über den Verlauf der Erkrankung und die damit verbundenen Probleme und Hilfsmöglichkeiten als Bestandteil jeder Therapie gefordert.
QUE	Roessner et. al. 2007: 68
EN	psychoeducation
GR	Sg.

⁶⁹ Hervorhebung so im Original.

DEF	Psychoeducation is the basis of every treatment. The main aims of psychoeducation are [the] development of a therapeutic relationship with the patient and parents, collection of information about their individual health beliefs and attributions, based on these health beliefs the information of the patient , the parents (and teachers) [and the] definition of treatment goals as well as the development of a conjoint treatment plan.
SOU	Döpfner 2010b: 78
CON	Following diagnosis all children with ADHD will require some form of intervention and most will require treatment over a relatively prolonged period of time. Psychoeducation forms the cornerstone of treatment and should be offered to all of those receiving a diagnosis and their families.
SOU	Coghill & Danckaerts 2010: 91
→	42

26

DE	Störung mit oppositionellem Trotzverhalten⁷⁰
GR	Sg. f.
DEF	Die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten beinhaltet Symptome des Ungehorsams, Wutausbrüche, ungezogenes Verhalten [...]. Da alle Kinder mal mehr oder weniger Zeichen von Trotzverhalten zeigen, erfordert die Diagnosestellung, dass das Kind ein solches Verhalten für eine dauerhafte Periode von mindestens 6 Monaten oder mehr und einer deutlich stärkeren Ausprägung als gleichaltrige Freunde aufweist.
QUE	http://www.adhs.ch/adhs/diagnostik/difdighallowell.htm , Stand: 10.10.2010.
KON	Komorbide Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten [...] sind assoziiert mit erhöhtem Risiko für Delinquenz, Substanzmissbrauch und antisozialen Persönlichkeitsstörungen.
QUE	Hepertz et.al. 2001 zit. in Jacob & Lesch 2007 : 17
EN	oppositional defiant disorder
SYN	ODD
GR	Sg.
DEF	[The oppositional defiant disorder is a] conduct disorder, usually occurring in younger children, primarily characterized by markedly defiant, disobedient,

⁷⁰ **Anmerkung:** Diese Benennung beruht auf dem Code 313.81 (vgl. DSM-IV <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/odd.htm>). Im Rahmen der ICD-10 wird diese Störung im Code F.91.3 als Störung mit oppositionellem Trotzverhalten bezeichnet (vgl. ICD-10 <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf90.htm>).

	disruptive behaviour that does not include delinquent acts or the more extreme forms of aggressive or dissocial behaviour.
SOU	WHO. 2007. <i>ICD-10. Code F91.3</i> . URL: http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/ , Stand: 10.10.2010.
CON	The oppositional defiant disorder is somewhat less severe than conduct disorder and involves problematic attitudes rather than destructive behaviours. These children display noncompliance, hostility, and stubbornness toward parents, teachers, and others in authority.
SOU	Everett & Everett 1999: 25
→	17

27

DE	Störungen des Sozialverhaltens
SYN	Dissozialität, antisoziales Verhalten
GR	Pl.
DEF	Bestimmend für Störungen des Sozialverhaltens gemäß ICD-10 ⁷¹ ist ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens, das in seinen extremen Auswirkungen größte Verletzungen sozialer Erwartungen beinhaltet. Dabei muss jeweils das Entwicklungsniveau des Kindes bzw. des Jugendlichen berücksichtigt werden. Es wird empfohlen, die Diagnose erst bei einer Mindestdauer der Störungen von sechs Monaten zu stellen.
QUE	Steinhausen 2006: 280
KON	Unter dem Aspekt der Komorbidität zeigen Verlaufsstudien, dass begleitende <i>Störungen des Sozialverhaltens</i> ⁷² die Prognose der ADHS erheblich verschlechtern.
QUE	Steinhausen 2010b: 182
EN	conduct disorders
GR	Pl.
DEF	[Conduct disorders are] characterized by a repetitive and persistent pattern of dissocial, aggressive, or defiant conduct. Such behaviour should amount to major violations of age-appropriate social expectations; it should therefore be more severe than ordinary childish mischief or adolescent rebelliousness and

⁷¹ Siehe hierzu Glossareintrag 18.

⁷² Hervorhebung so im Original.

	should imply an enduring pattern of behaviour (six months or longer).
SOU	WHO. 2007. <i>ICD-10. Code F91</i> . URL: http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/ , Stand: 28.10.2010.
CON	Barkley (1990a) reported that between 20 % and 30 % of preadolescent ADHD children and between 40 % and 60 % of ADHD adolescents meet the diagnostic criteria for conduct disorder.
SOU	Everett & Everett 1999: 25
→	17

28

DE	Stroop Test
GR	Pl., m.
DEF	[In einem Stroop Test] werden Reize dargeboten, die einander widersprechende Antwortimpulse auslösen. Bei der Bearbeitung der Aufgabe soll der dominante Antwortimpuls zugunsten des weniger dominanten unterdrückt (inhibiert) werden. Dadurch entsteht ein Konflikt.
QUE	Drechsler 2010: 239
KON	Mit etlichen Testverfahren wurde nun versucht, das Konstrukt Impulsivität zu operationalisieren, z.B. in der Anzahl schneller, aber ungenauer Reaktionen im „matching familiar figures test“ (Kagan 1966), dem Stroop Test (Stroop 1935) und [...] in den „Commissionfehlern“ des CPT und TOVA.
QUE	Brandau 2004: 17
EN	Stroop test
SYN	Stroop Test
GR	Pl.
DEF	The Stroop [t]est provides insight into cognitive effects that are experienced as a result of attentional fatigue. [...] The test emphasizes the interference that automatic processing of words has on the more mentally "effortful" task of naming the colors. [...] The cognitive mechanism involved in this task is called inhibition; [one has] to inhibit or stop one response and say or do something else.
SOU	http://patientsafetyed.duhs.duke.edu/module_e/stroop_test.html , Stand: 3.11.2010.
CON	The performance on the Stroop Color-Word Interference Test of 36 boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) was compared with performances of a matched control sample. The control group outperformed

	their counterparts on the control and interference conditions of the Stroop test, suggesting ADHD-specific executive and reading deficits.
SOU	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14521215 , Stand: 3.11.2010.
→	39

29

DE	Teilleistungsstörung
SYN	Teilleistungsschwäche
GR	Sg. f.
DEF	[Teilleistungsstörungen sind] Störungen, bei denen die normalen Muster des Fertigkeitserwerbs von frühen Entwicklungsstadien [sic !] an gestört sind. Dies ist nicht einfach Folge eines Mangels an Gelegenheit zu lernen; es ist auch nicht allein als Folge einer Intelligenzminderung oder irgendeiner erworbenen Hirnschädigung oder -krankheit aufzufassen.
QUE	DIMDI 2010. <i>ICD-10-GM. Code F81.</i> , http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f80-f89.htm , Stand: 13.10.2010.
KON	Sekundäre Lernstörungen, die durch die Symptome der ADHS bedingt sind, bessern sich durch Medikation mit Stimulanzien; auf echte komorbide Teilleistungsstörungen hat die medikamentöse Therapie dagegen keinen wesentlichen direkten Einfluss.
QUE	Krause & Krause 2009: 169
EN	learning disability
SYN	LD
GR	Sg.
DEF	Learning disabilities [...] are a subset of learning disorders ⁷³ . [...] A learning disability impairs specific abilities: math disability, language disability, spelling disability.
SOU	Hallowell & Ratey 1994: 163
CON	Many ADHD children, but certainly not all, have diagnosable LD [learning disability] problems. Similarly, only a proportion of LD children display ADHD symptoms. Barkley (1990a) estimated that as many as 40 % of ADHD children may display LD symptoms.
SOU	Everett & Everett 1999: 28
→	21

⁷³ Cf. glossary entry 19.

DE	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung
SYN	TAP
GR	Sg. f.
DEF	Die Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung [ist eine] computergestützte Testbatterie [...]. Unterschieden wird zwischen einem Intensitätsaspekt der Aufmerksamkeit (mit dem Subkomponenten Aufmerksamkeitsaktivierung oder Alertness, Daueraufmerksamkeit und Vigilanz) und einem Selektivitätsaspekt der Aufmerksamkeit (mit den Subkomponenten selektive Aufmerksamkeit, Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus und geteilte Aufmerksamkeit). Die einzelnen Subtests der Batterie sollen diese verschiedenen Subkomponenten der Aufmerksamkeit selektiv erfassen.
QUE	Drechsler 2010: 238
KON	Im deutschen Sprachraum konnten Földenyi und Mitarbeiter [...] unter Anwendung von Subtests aus der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung TAP ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne ADHS nachweisen und eine Klassifikationsgenauigkeit von 90 % erreichen, die für eine klinische Diagnostik nicht ausreichend ist.
QUE	Bundesärztekammer Deutschland 2005: 19
EN	test battery of attentional performance
SYN	TAP
GR	Sg.
DEF	[The test battery of attentional performance] is a computerised procedure. There are norms for 13 procedures from healthy persons. For th[ese] procedures, the results are sorted automatically with the norms of the corresponding group of age and educational level. The procedures included in the test battery are [a]lertness, [c]overt shift of attention, [c]rossmodal integration, [d]ivided attention (6 variants), [e]ye movement, [f]lexibility (6 variants), [g]o/no-go (2 variants), [i]ncompatibility sustained attention (2 variants), [v]igilance (3 variants), [v]isual field examination / [n]eglect (5 variants), [v]isual scanning [and] [w]orking memory (at 3 levels of difficulty)[.]
SOU	http://www.psytest.net/OldSite/TAP1.7_uk.html , Stand: 28.9.2010.
CON	The present study evaluated the discriminative and predictive validity of a game-like computerized battery of attentional performance tests for children (KITAP) in the diagnosis of ADHD. 50 children with ADHD and 50 healthy controls aged 7-10 years performed the six subtests of the battery measuring alertness,

	flexibility, go/nogo, sustained attention, divided attention, and distractibility.
SOU	http://www.zora.uzh.ch/20118/ , Stand: 28.9.2010.
→	39

31

DE	Tic-Störungen
SYN	TS
GR	Pl., f.
DEF	[Tic-Störungen sind] Syndrome, bei denen das vorwiegende Symptom ein Tic ist. Ein Tic ist eine unwillkürliche, rasche, wiederholte, nichtrhythmische Bewegung meist umschriebener Muskelgruppen oder eine Lautproduktion, die plötzlich einsetzt und keinem erkennbaren Zweck dient. Normalerweise werden Tics als nicht willkürlich beeinflussbar erlebt, sie können jedoch meist für unterschiedlich lange Zeiträume unterdrückt werden. Belastungen können sie verstärken, während des Schlafens verschwinden sie.
QUE	DIMDI. 2010. <i>ICD-10-GM F95</i> . URL: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/_block-f90-f98.htm , Stand: 22.11.2010.
KON	Generell stellen Tic-Störungen bei ADHS keine Kontraindikation für den Einsatz von Stimulanzien dar.
QUE	Steinhausen 2010b: 179
EN	tic disorders
GR	Sg.
DEF	[Tic disorders are] [s]yndromes in which the predominant manifestation is some form of tic. A tic is an involuntary, rapid, recurrent, nonrhythmic motor movement (usually involving circumscribed muscle groups) or vocal production that is of sudden onset and that serves no apparent purpose. Tics tend to be experienced as irresistible but usually they can be suppressed for varying periods of time, are exacerbated by stress, and disappear during sleep.
SOU	WHO. 2007. <i>ICD-10. Code F95</i> . URL: http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/ , Stand: 22.11.2010.
CON	Children with ADHD have an increased risk to develop comorbid tic disorders during their early school years.
SOU	Banaschewski & Rohde 2010: 11
→	31

DE	unipolare Depression
GR	Sg., f.
DEF	[Die unipolare Depression ist eine] Depression ohne Episoden von Manie.
QUE	Pschyrembel 2007: 409
KON	Die Angaben zur Komorbidität mit affektiven Störungen bei ADHS schwanken mit 10-78 % für unipolare Depression (major depression) und 3-14 % für bipolare affektive Störung beträchtlich. Umgekehrt tritt bei unipolaren Depressionen in 7,6 % eine ADHS auf.
QUE	Steinhausen 2010b: 181
EN	unipolar depression
SYN	major depression
GR	Sg.
DEF	[Unipolar depression is a] mental depression characterized by mind shifts from a normal baseline to a depressed state.
SOU	Taber's cyclopedic medical dictionary 1993: 520
→	32

DE	Wender Reimherr Interview
SYN	WRI
GR	Sg., n.
DEF	Das Wender Reimherr Interview [...] erfasst mit 28 Merkmalen die psychopathologischen Bereiche: Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität/ Rastlosigkeit, Temperament, Affektabilität, [e]motionale Überreagibilität bei Belastungen, Desorganisation, Impulsivität und akzessorische Fragen.
QUE	Steinhausen & Rösler 2010: 205
KON	Das WRI kann in der klinischen Diagnostik von ADHS im Erwachsenenalter eingesetzt werden. Gegenwärtig ist es das einzige strukturierte Interview für diesen Altersbereich, das zusätzlich noch den spezifischen, entwicklungsabhängigen Manifestationen der ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter Rechnung trägt.
QUE	http://www.zentrales-adhs-netz.de/i/material/erw/klinische_beurteilung3.php , Stand: 3.11.2010.
EN	Wender-Reimherr Adult ADD Scale
SYN	WRAADDs, WRAADS

GR	Sg.
DEF	The Wender-Reimherr Adult ADD Scale (WRAADS) is intended to measure the severity of the target symptoms of adults with ADHD using criteria from the Wender Utah Rating Scale. [...] It measures symptoms in seven categories: attention difficulties, hyperactivity/restlessness, temper, affective lability, emotional over-reactivity, disorganization, and impulsivity. [...] The WRAADS may be particularly useful if the clinician wishes to assess possible mood lability symptoms of ADHD.
SOU	Spencer & Lenard 2004. URL: http://www.primarypsychiatry.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=772 , Stand: 12.11.2010.
CON	Subjects who experienced moderate or marked improvement on methylphenidate would be allowed to enter a long-term, open-label trial. ADHD symptom severity was measured monthly by a structured interview, the Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale (WRAADDs), Clinical Global Impression - Improvement (CGI-I) and Global Assessment of Functioning (GAF).
SOU	http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00693212 , Stand: 12.11.2010.
→	36

34

DE	Zappelphilipp
SYN	ADHS
GR	Sg., m.
DEF	Der Zappelphilipp ist ein unruhiges, zappeliges und hyperaktives Kind, welches durch den Arzt Heinrich Hoffmann 1865 in seinem Kinderbuch <i>Der Struwwelpeter</i> beschrieben wurde.
QUE	Vgl. Resnick 2004: 15
KON	Die Grenzen zwischen normaler Hibbeligkeit und bedenklicher Unruhe sind fließend: Es gibt keinen festgelegten Wert, ab dem ein Kind als hyperaktiv zu gelten hat. Manch ein Zappelphilipp benimmt sich so daneben, dass seine Mitmenschen ihn kaum ertragen können, ein anderer hat nur in bestimmten Situationen Probleme und kommt ansonsten ganz gut mit anderen Menschen zurecht.
QUE	http://www.stern.de/kinderkrankheiten/erkrankungen/adhs-und-ads-wenn-kinder-nicht-zur-ruhe-kommen-632738.html , Stand: 24.11.2010.
EN	(Übsvo. v. KF) fidget

GR	Sg., noun
DEF	[Fidget refers to] a person who is always fidgeting [to keep moving your body, your hands or your feet because you are nervous, bored, excited, etc.].
SOU	Oxford Advanced Learner's Dictionary 2005: 569
CON	My son's unfocused and a fidget. Does he really have ADHD?
SOU	http://www.dailymail.co.uk/health/article-1275349/My-sons-unfocused-fidget-Does-really-ADHD-No-hes-just-five.html , Stand: 24.11.2010.
→	8

5 Conclusio

Als angestrebtes Ziel der vorliegenden Arbeit wurde eingangs die Erfassung des aktuellen Standes der Terminologie im Bereich der ADHS in der englischen- und deutschen Fachsprache formuliert. Durch die eingehende Darstellung des Sachgebietes, die anschließende terminologiewissenschaftliche Analyse und Verfassung des Glossars konnte dieses Vorhaben erfüllt werden.

So wurden veraltete Benennungen aufgezeigt, wie beispielsweise „Minimale zerebrale Dysfunktion“. Darüber hinaus wurden Benennungen, die in der Gemein- und Fachsprache fälschlicherweise synonym mit ADHS werden, näher untersucht. Hieraus konnte die quasisynonyme Beziehung zwischen „ADHS“ und „HKS“ oder „ADHS“ und „POS“ festgestellt werden. Andererseits fanden sich auch Benennungen, die teils zwar in der Gemeinsprache synonym verwendet werden, zwischen welchen aber aus fachsprachlicher Sicht keine synonyme Beziehung besteht. Als Beispiel hierfür diene die gemeinsprachlich synonyme Verwendung der Benennungen „ADHS“ und „ADS“.

Aus den Untersuchungen geht überdies der starke Einfluss des Englischen deutlich hervor. Besonders im Bereich der Diagnoseinstrumente zeigte sich die Vormachtstellung des Englischen, vor allem aber des amerikanischen Englisch in diesem Fachbereich und der damit eng verbundenen medizinischen Fachsprache.

So werden Akronyme von Interviews und Fragebögen oftmals unverändert ins Deutsche übernommen bzw. mittels Lehnübersetzung übertragen. Es konnte festgestellt werden, dass besonders in diesem Bereich, Interviews zur ADHS-Diagnostik größtenteils nur in englischer Sprache verfügbar sind und deutsche Übersetzungen nur in geringem Maße existieren.

Im Bezug auf Äquivalenz konnte der Schluss gezogen werden, dass im behandelten Gebiet vor allem die internationalen Klassifikationssysteme ICD und DSM durch die genormten Benennungen die terminologische Arbeit erleichtern.

Aus den dargelegten Ausführungen kann zusammenfassend gefolgert werden, dass vorrangig die amerikanische Forschung Einfluss im behandelten Gebiet zeigt. Der geringe Einfluss der deutschsprachigen Forschung konnte vor allem im Bereich der Kurzformen veranschaulicht werden, da Lehnübersetzungen aus dem Deutschen ins Englische hier nur eine sehr marginale Rolle spielen.

Literaturverzeichnis

Literatur Sachteil

- Achenbach, Thomas M. 1991. *Integrative Guide for the 1991 CBCL, YSR, and TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Ahrbeck, Bernd (Hg.) 2007. *Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Amft, Hartmut (Hg.) & Gerspach, Manfred & Mattner, Dieter. 2002. *Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie*. Stuttgart (u.a.): Kohlhammer.
- Aust-Claus, Elisabeth. 1999². *Das A-D-S-Buch. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Neue Konzentrationshilfen für Zappelphilippe und Träumer*. Ratingen: Oberstebrink.
- Banaschewski, Tobias & Rohde, Luis. 2010. Phenomenology. In: Banaschewski et. al. 2010: *ADHD and Hyperkinetic Disorder*, 3-17.
- Banaschewski, Tobias & Coghill, David & Danckaerts, Marina & Döpfner, Manfred & Rohde, Luis & Sergeant, Joseph A. & Sonuga-Barke, Edmund J.S. & Taylor, Eric & Zuddas, Alessandro. 2010. *ADHD and Hyperkinetic Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Banaschewski, Tobias & Rothenberger, Aribert. 2010. Pharmakotherapie mit Stimulanzien bei Kindern und Jugendlichen. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 289-307.
- Barkley, Russel A. 2006. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Third Edition: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. URL: <http://www.russellbarkley.org/images/BarkleyCh01.pdf>.
- Barkley, Russel. 2010. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. The latest assessment and treatment strategies*. Sudbury (u.a.): Jones and Bartlett Publishers.
- Barkley, Russell A. 1997³. *ADHD and the nature of self control*. New York (u.a.): The Guilford Press.
- Berger, Ernst (Hg.) 1977. *Minimale cerebrale Dysfunktion bei Kindern. Kritischer Literaturüberblick*. Bern, Wien (u.a.): Huber.

- Brandau, Hannes. 2004. *Das ADHS-Puzzle. Systemisch-evolutionäre Aspekte, Unfallrisiko und klinische Perspektiven*. Wien (u.a.): Springer.
- Brandeis, Daniel & Banaschewski, Tobias. 2010. Neurophysiologie – elektrische Hirnaktivität. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 57-76.
- Brown, Thomas E. (Hg.). 2009. *ADHD Comorbidities. Handbook for ADHD Complications in Children and Adults*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bundesärztekammer Deutschland. 2005. *Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ .Langfassung*. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSFAQ.pdf>, Stand: 15.6.2010.
- Coghill, David & Danckaerts, Marina. 2010. Organizing and delivering treatment. In: Banaschewski et. al. 2010. *ADHD and Hyperkinetic Disorder*, 91-106.
- DeGrandpre, Richard J. 2002. *Die Ritalin-Gesellschaft. ADS. Eine Generation wird krankgeschrieben*. Weinheim (u.a.): Beltz.
- Döpfner, Manfred & Frölich, Jan & Lehmkuhl, Gerd. 2000. *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, Manfred & Frölich, Jan & Lehmkuhl, Gerd. 2000. *Ratgeber hyperkinetische Störungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher*. Göttingen (u.a.): Hogrefe.
- Döpfner, Manfred & Petermann, Franz. 2008². *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, Manfred & Schürmann, Stephanie & Frölich, Jan. 2002³. *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. THOP*. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, Manfred & Steinhausen, Hans-Christoph. Differentialdiagnose. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 249-255.
- Döpfner, Manfred. 2000. *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, Manfred. 2010b. Psychosocial and other non-pharmacological treatments. In: Banaschewski et. al. 2010. *ADHD and Hyperkinetic Disorder*, 77-90.

- Döpfner, Manfred. 2010a. Verhaltensbeobachtung. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 208-215.
- Drechsler, Renate & Steinhausen, Hans-Christoph. 2002-2006. *Executive disturbances in ADHD: Evaluative capacities and resource allocation in different behavioral domains*. URL: <http://www.forschungsportal.ch/unizh/p3156.htm>,
- Drechsler, Renate. 2010. Psychologische Tests. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 234-244.
- Ebert, D. & Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. 2003. *ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPP*. URL: <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/leitlinienadhs-erwachsen.pdf>, Stand: 16.6.2010.
- Epstein, Jeff & Johnson, Diane & Conners, C. Keith. 2001. *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*. New York: MHS.
- Everett, Craig A. & Everett, Sandra Volgy. 1999. *Family Therapy for ADHD. Treating Children, Adolescents, and Adults*. New York, London: Guilford Press.
- Freitag, Christine M. & Retz, Wolfgang (Hgg.). 2007. *ADHS und komorbide Erkrankungen. Neurobiologische Grundlagen und diagnostisch-therapeutische Praxis bei Kindern und Erwachsenen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Görtz-Dörten, Anja & Döpfner, Manfred & Rösler, Michael. 2010. Fragebögen und Beurteilungsskalen. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 216-234.
- Halasz, George. 2002. *Cries unheard. A new look at attention hyperactivity deficit disorder*. Altona: Common Ground.
- Hallowell, Edward M. 1994. *Driven To Distraction. Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood through Adulthood*. New York: Touchstone.
- Hallowell, Edward M. 1998. *Zwanghaft zerstreut. ADD - die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hartmut, Heinrich. 2010. Neurofeedback. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 355-361.
- Heinemann, Evelyn. 2006. *AD(H)S. Symptome - Psychodynamik - Fallbeispiele - psychoanalytische Theorie und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Hoffmann, Heinrich. 1950. *Der Struwwelpeter. Lustige Geschichten und drollige Bilder*. Wiesbaden: Scholz-Mainz.
- Holzen Beusch, Ernesta von & Rodoni, Marinella & Stalder, Franz & Steinke, Lothar. 2005. *Leitfaden für Lehrpersonen und schulische Dienste bei Verdacht auf ADS/POS bei Kindern und Jugendlichen*. URL: http://www.adhs.ch/download/docs/schule/Leitfaden_ADS_POS_Luzerner_Schulpsychologen%5B1%5D.pdf, Stand: 22.7.2010.
- Hüther, Gerald. 2002³. *Neues vom Zappelphilipp. ADS/ADHS verstehen, vorbeugen und behandeln*. Düsseldorf: Walter.
- Incorvaia, James A. (Hg.) 1999. *Understanding, diagnosing, and treating AD/HD in children and adolescents. An integrative approach*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Jacob, Christian P. & Lesch, Klaus-Peter. 2007. Neurobiologie der Komorbidität des ADHS. In: Freitag & Retz (Hgg.). 2007. *ADHS und komorbide Erkrankungen*, 15-27.
- King, Joseph & Colla, Michael & Brass, Marcel & Heuser, Isabella & von Cramon, DY. 2007. *Inefficient Cognitive Control in Adult ADHD. Evidence from Trial-by-trial Stroop Test and Cued Task Switching Performance*. URL: <http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/3/1/42>, Stand: 29.10.2010
- Knölker, Ulrich. 2001. *Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS). Fakten und Legenden, Probleme und Lösungen*. Bremen: UNI-MED-Verlag.
- Krause, Johanna & Krause, Klaus-Henning. 2009³. *ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen*. Stuttgart: Schattauer.
- Krowatschek, Dieter. 2009. *Alles über ADS. So fördern Sie Ihr Kind*. Düsseldorf: Patmos.
- Kühle, Hans-Jürgen. 2010. *Neurofeedbacktherapie bei ADHS*. URL: <http://www.dr-kuehle.de/uploads/NeurofeedbacktherapiebeiADHS.pdf>, Stand: 28.7.2010.
- Lahey, Benjamin B. & Loeber, Rolf & Burke, Jeffrey D. & Applegate, Brooks. 2007. Predicting Future Antisocial Personality Disorder in Males From a Clinical Assessment in Childhood. In: APA. 2005 *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*. No 3., 389-399. URL: http://www.wpic.pitt.edu/research/famhist/pdf_articles/apa/apd3.pdf, Stand: 3.11.2010.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne (Hg.) 2006. *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lösslein, Hubert & Deike-Beth, Christel. 2000. *Hirnfunktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Neuropsychologische Untersuchungen für die Praxis. 3.überarbeitete und erweiterte Auflage*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Malacrida, Claudia. 2003. *Cold comfort. Mothers, professionals, and attention deficit disorder*. Toronto: University of Toronto Press.
- MTA Cooperative Group. 1999. *A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. In: *Arch Gen Psychiatry* Volume 56. URL: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/56/12/1073>, Stand: 22.7.2010.
- Neraal, Terje (Hg.) 2008. *ADHS. Symptome verstehen - Beziehungen verändern*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Neuhaus, Cordula. 2007. *ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Paal, Doreen. 2007. *ADHS. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Alternativen zu Ritalin & Co*. München: Herbig.
- Petermann, Franz & Petermann, Ullrike. 2007. *HAWIK®-IV. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder - IV. Übersetzung und Adaption der WISC-IV® von David Wechsler*. Göttingen: Hogrefe.
- Prifitera, Aurelio & Saklofske, Donald H. & Weiss, Lawrence G. (Hgg.) 2005. *WISC-IV. Clinical Use and Interpretation. Scientist-Practitioner Perspectives*. Burlington (u.a.): Elsevier Academic Press.
- Resnick, Robert J. 2004. *Die verborgene Störung. ADHS bei Erwachsenen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Roessner, Veit & Becker, Andreas & Banaschewski, Tobias & Rothenberger, Aribert. 2007. Tic-Störungen und ADHS. In: Freitag, Christine M. & Retz, Wolfgang (Hgg.). 2007. *ADHS und komorbide Erkrankungen*, 60-72.

- Rösler, Michael & Hesslinger, Bernd & Philipsen, Alexandra. 2008. ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90). In: Voderholzer & Hohagen (Hgg.) 2008³. *Therapie psychischer Erkrankungen*, 353-370.
- Rösler, Michael (Hg.) 2010. *Diagnose und Therapie der ADHS. Kinder - Jugendliche – Erwachsene*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rossi, Piero. 2008. POS oder ADHS? URL: http://elpos.ch/Rossi/POS_oder_%20ADHS.pdf, Stand: 20.7.2010.
- Rothenberger, Aribert & Neumärker, Klausjürgen. 2010. Zur Geschichte der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 11-16.
- Rothenberger, Aribert. 2010. Körperliche Untersuchung. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 245- 248.
- Ryan, Noreen & McDougall, Tim. 2009. *Nursing Children and Young People with ADHD*. New York: Routledge.
- Saß, Henning & Wittchen, Hans-Ulrich & Michael, Zaudig & Isabel, Houben. 2003. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Scherk, Harald. 2007. ADHS und affektive Erkrankungen im Erwachsenenalter. In: Freitag & Retz (Hgg.). 2007. *ADHS und komorbide Erkrankungen*, 119-130.
- Schürmann, Stephanie & Döpfner, Manfred. 2010. Psychoedukation. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 258-271.
- Schwean, Vicki L. & Saklofske, Donald H. 2005. Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with the WISC-IV. In: Prifitera et. al. (Hgg.) 2005. *WISC-IV*, 236-281.
- Spallek, Roswitha. 2001². *Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. ADS. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung. ADHS. ein kurzer Leitfaden zur Diagnostik und Therapie*. Düsseldorf; Zürich: Walter.
- Stand: 2.8.2010.
- Spencer, Thomas & Adler, Lenard. 2004. Diagnostic Approaches to Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: *Primary Psychiatry*. 2004;11(7): 49-53, URL: <http://www.primarypsychiatry.com/aspx/articledetail.aspx?articleid=772>, Stand: 12.11.2010.

- Steinhausen, Hans-Christoph & Rösler, Michael. 2010. Interview. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 203-207.
- Steinhausen, Hans-Christoph. 2010a. Definition und Klassifikation. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 172-185.
- Steinhausen, Hans Christoph. 2010b. Komorbiditäten und assoziierte Probleme. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 172-185.
- Steinhausen, Hans-Christoph & Rothenberger, Aribert & Döpfner, Manfred. 2010c. Untersuchung – Einleitung und Überblick. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 201-202.
- Steinhausen, Hans-Christoph & Rothenberger, Aribert & Döpfner, Manfred. 2010d. Therapien – Einleitung und Überblick. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 256-257.
- Steinhausen, Hans-Christoph & Rothenberger, Aribert & Döpfner, Manfred (Hg.) 2010. *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, Hans-Christoph & Sobanski, Eszter. 2010. Klinischer Verlauf. In: Steinhausen et.al. 2010. *Handbuch ADHS*, 152-171.
- Steinhausen, Hans-Christoph. 2006⁶. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. München: Urban & Fischer.
- Still, George. 1902. *Some Abnormal Psychological Conditions in Children*. Lancet, i.1008-1012.
- Tannock, Rosemary & Brown, Thomas E. 2009. Learning Disorders in Children and Adolescents. In: Brown, Thomas E. (Hg.) 2010. *ADHD Comorbidities*, 189-232.
- Terrel, Colin & Passenger, Terri. 1996. *ADHD, Autism, Dyslexia and Dyspraxia*. Dorset: Family Doctor Publications.
- Voderholzer, Ulrich & Hohagen, Fritz (Hgg.) 2008³. *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Wender, Paul H. 1995. *Attention Deficit Disorder in Adults*. New York, Oxford: University Press.

Literatur terminologiewissenschaftliche Analyse

- Arntz, Reiner & Picht, Heribert & Mayer, Felix. 2009. *Einführung in die Terminologearbeit*. 6. verbesserte Auflage. Hildesheim (u.a.): Georg Olms.
- Caspar, Wolfgang. 2000. *Medizinische Terminologie. Lehr- und Arbeitsbuch*. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- DIN 2330. 1979 (März). *Begriffe und Benennungen. Allgemeine Grundsätze*. Berlin, Köln: Beuth.
- DIN 2330. 1993 (Dezember). *Begriffe und Benennungen. Allgemeine Grundsätze*. Berlin, Köln: Beuth.
- DIN 2331. 1980. *Begriffssysteme und ihre Darstellung*. Berlin, Köln: Beuth.
- DIN 2342 Teil 1. 1992 (Oktober). *Begriffe der Terminologielehre. Grundbegriffe*. Berlin, Köln: Beuth.
- Hohnhold, Ingo. 1990. *Übersetzungsorientierte Terminologearbeit. Eine Grundlegung für Praktiker*. Stuttgart: InTra, 1. Fachübersetzer-genossenschaft.
- KÜDES. 2003. *Empfehlungen für die Terminologearbeit*. URL:
http://www.bk.admin.ch/dokumentation/sprachen/05078/index.html?lang=de&download=M3wBPgDB_8ull6Du36WenojQ1NTTjaXZnqWfVpzLhmfhnapmmc7Zi6rZnqCkkIN1gXyCbKbXrZ6lhuDZz8mMps2gpKfo.
- Kuss, Sonja D. & Mutz, Ingomar D. 2000⁶. *Medizinische Terminologie. Eine Einführung*. Wien: Facultas.
- Leiner, Florian & Graus, Wilhelm & Haux, Reinhold & Knaup-Gregori, Petra & Pfeiffer, Karl-Peter. 2006⁵. *Medizinische Dokumentation. Lehrbuch und Leitfaden. Grundlagen der qualitätsgesicherten integrierten Krankenversorgung*. Stuttgart: Schattauer.
- Murken, Axel Hinrich. 1994. *Lehrbuch der medizinischen Terminologie. Grundlagen der ärztlichen Fachsprache*. Stuttgart: Wiss. Verl. Ges.
- Schmitz, Klaus-Dirk. 2005. *Wo liegt der Unterschied und was braucht man für die (mehrsprachige) Technische Kommunikation? Glossar, Wörterbuch, Thesaurus, Terminologie*. URL: http://www.tekom.de/index_neu.jsp?url=/vollanzeige_modul.jsp, Stand: 20.8.2010.
- Wüster, Eugen. 1991³. *Einführung in die allgemeine Terminologielehre und terminologische Lexikographie*. Bonn : Romanist. Verl.

Lexika und Nachschlagewerke

Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English. Hornby, Albert Sydney (Hg.). 2005. Oxford, New York: Oxford University Press.

Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 261., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. 2007. Berlin: de Gruyter.

Taber's cyclopedic medical dictionary. 17. Edition. Taber, Clarence W (Hg.) 1993. Philadelphia: F.A. Davis.

Internetquellen

APA. <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV.aspx>, Stand: 11.11.2010.

APA. 2007. DSM-IV-TR. 2000. URL: <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4tr.htm>, Stand: 26.6.2010.

Brockhaus Enzyklopädie Online. 2010. URL: https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+d0756767633A2F2F6A6A6A2E6F65627078756E68662D72616D6C787962636E727176722E7172++/be21_article.php, Stand: 25.10.2010.

DIMDI 2010. ICD-10-GM. Code F81., URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f80-f89.htm>, Stand: 13.10.2010.

DIMDI. 2010. ICD-10-GM 2010. Code F90.-. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f90-f98.htm>, Stand: 5.11.2010.

DIMDI. 2010. ICD-10-GM F95. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011,/block-f90-f98.htm>, Stand: 22.11.2010.

DIMDI. 2010. ICD-10-GM. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm>, Stand: 26.6.2010.

Hoffmann 2006. URL: <http://cme.medscape.com/viewarticle/546475>, Stand: 10.10.2010.

<http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00693212>, Stand: 12.11.2010.

http://kjp.charite.de/forschung/psychometrische_messinstrumente/deutsche_cbcl, Stand: 26.6.2010.

http://patientsafetyed.duhs.duke.edu/module_e/stroop_test.html, Stand: 3.11.2010.

http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib_id=alle&colors=&ocolors=&titel_id=4460, Stand: 3.11.2010.

http://www.aacap.org/cs/root/member_information/practice_information/practice_parameters/summaries/summary_of_the_practice_parameters_for_the_assessment_and_treatment_of_children_adolescents_and_adults_with_attentiondeficit/hyperactivity_disorder, Stand: 29.10.2010.

<http://www.adhs.ch/adhs/diagnostik/difdighallowell.htm>, Stand: 10.10.2010.

<http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/831.232.21.de.pdf>, Stand: 22.7.2010.

<http://www.behavenet.com/capsules/disorders/odd.htm>, 12.11.2010.

<http://www.cps.nova.edu/~cpphelp/CBCL.html>, Stand: 10.10.2010.

<http://www.cps.nova.edu/~cpphelp/WISC-4.html>, Stand: 4.11.2010.

<http://www.dailymail.co.uk/health/article-1275349/My-sons-unfocused-fidget-Does-really-ADHD-No-hes-just-five.html>, Stand: 4.11.2010.

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/basisinfo-klassi.pdf>, Stand: 3.11.2010.

<http://www.eegneurofeedback.com/>, Stand: 12.10.2010.

http://www.gutenberg.org/files/12116/12116-h/12116-h.htm#The_Story_of_Fidgety_Philip, Stand: 11.11.2010.

<http://www.help4adhd.org/en/treatment/treatmentoverview>, Stand: 28.10.2010.

http://www.medicine.uiowa.edu/autismservices/autism_definition.htm, Stand: 22.11.2010.

<http://www.mentalhealth.com/icd/p22-pe04.html>, 3.11.2010.

<http://www.mhs.com/product.aspx?gr=cli&prod=caadid&id=overview#description>, Stand: 28.10.2010.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14521215>, Stand: 3.11.2010.

<http://www.omh.state.ny.us/omhweb/booklets/pdf/adhd.pdf>, Stand: 3.11.2010.

http://www.psytest.net/OldSite/TAP1.7_uk.html, Stand: 28.9.2010.

<http://www.sgv-t-sstcc.ch/de/ratgeber-fuer-patientinnen/psychische-stoerungenbr-des-kindes-und-jugendalters/adhspos/index.html>, Stand: 22.7.2010.

<http://www.stern.de/kinderkrankheiten/erkrankungen/adhs-und-ads-wenn-kinder-nicht-zur-ruhe-kommen-632738.html>, Stand: 24.11.2010.

<http://www.uni-bielefeld.de/psychologie/ae/AE09/beratungsstelle/adhs.html>

<http://www.uni-trier.de/index.php?id=30012>, Stand: 10.10.2010.

http://www.zentrales-adhs-netz.de/i/material/erw/klinische_beurteilung3.php, Stand: 3.11.2010.

<http://www.zora.uzh.ch/20118/>, Stand: 28.9.2010.

http://www2.massgeneral.org/schoolpsychiatry/checklists_info.asp#HSQ, Stand: 28.10.2010.

King et. al. 2007. URL: <http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/3/1/42>, Stand: 29.10.2010.

PubMed U.S. National Library of Medicine. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11516606>, Stand: 10.10.2010.

WHO. 2010. URL: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, Stand: 3.11.2010.

WHO. 2007. ICD-10. Code F81.1. URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Stand: 10.10.2010.

WHO. 2007. ICD-10. Code F90. URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Stand: 5.11.2010.

WHO. 2007. ICD-10. Code F91.3. URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Stand: 10.10.2010.

WHO. 2007. ICD-10. Code F95. URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Stand: 22.11.2010.

WHO. 2007. ICD-10. URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Stand: 26.6.2010.

WHO. 2007. ICD-10. Code F31. URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Stand: 28.10.2010.

Tabellenverzeichnis – Quellen

Tabelle 1: Symptome von ADHS und OTV. In: Steinhausen & Sobanski 2010: 154.

Tabelle 2: ADHS-Symptome bei Jugendlichen. In: Steinhausen & Sobanski 2010: 157.

Tabelle 3: Symptome von ADHS bei Erwachsenen. In: Steinhausen & Sobanski 2010: 158.

Tabelle 4: Forschungskriterien für hyperkinetische Störungen nach ICD-10. In: Steinhausen 2010a: 18.

Tabelle 5: Diagnostische Kriterien für Aufmerksamkeitsstörungen laut DSM-IV. In: Steinhausen 2010a: 20 f.

Tabelle 6: Utah-Kriterien. In: Resnick 2004: 87-89 zit. nach Wender 1995.

Tabelle 7: Unterschiede zwischen ADHS (DSM-IV) und HKS (ICD-10). In:
Banaschewski & Rohde 2010: 6.

Abbildungsverzeichnis – Quellen

Abbildung 1: Das Semiotische Dreieck. In: Arntz et. al. 2009: 38 nach Ogden & Richards.

Abbildung 2: Begriffsfeld – Internationale Klassifikationssysteme (Deutsch). In:
DIMDI. 2010. ICD-10-GM. Codes F90.-, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9. URL:
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>, Stand:
24.11.2010 und Resnick 2004: 21.

Abbildung 3: Begriffsfeld – Internationale Klassifikationssysteme (Englisch). In:
WHO. 2007. ICD-10. Codes F90.-, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9.
URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Stand:
24.11.2010. und Everett & Everett 1999: 15.

Abbildung 4: Begriffsfeld - ADHS-Komorbiditäten (Deutsch). In: Steinhausen 2010b
und Resnick 2004.

Abbildung 5: Begriffsfeld - ADHS-Komorbiditäten (Englisch). Siehe: Glossar.

Abstract

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine Störung des Kindes- und Erwachsenenalters, die auch immer stärker in den Medien thematisiert wird. Die Ursachen dieser psychiatrischen Störung sind jedoch, nach derzeitigem Forschungsstand, noch immer nicht vollkommen geklärt. Daher ist dieser Bereich durch die fortlaufenden Forschungen und die daraus resultierenden Erkenntnisse noch immer von terminologischen Veränderungen betroffen. Um die Kommunikation in diesem Bereich zu erleichtern, ist eine einheitliche Terminologie unerlässlich.

Diese Arbeit setzt sich daher zum Ziel, den aktuellen Stand der Terminologie der ADHS in der deutschen und englischen Gemein- und Fachsprache zu erfassen.

Hierzu wird die englische und deutsche Wissenschaftssprache dieses Bereiches kontrastiv untersucht. Im Rahmen des Sachteils wird der Hintergrund der ADHS analysiert, der für die Erstellung einer entsprechenden Terminologie vonnöten ist. Terminologisch interessante Benennungen werden sodann im Rahmen der terminologiewissenschaftlichen Analyse näher behandelt und schließlich im Glossar festgehalten. Die auf diese Weise gewonnene Terminologie soll eine systematische Gegenüberstellung der englischen und deutschen Benennungen darstellen und somit die Einarbeitung in den Bereich der ADHS bzw. deren Terminologie ermöglichen. Das dementsprechend erstellte Glossar bezweckt die Arbeit von Übersetzerinnen/Übersetzern sowie Dolmetscherinnen/Dolmetschern, die sich mit diesem Bereich befassen, zu erleichtern und Fachexpertinnen/Fachexperten im Falle einer zweisprachigen Beschäftigung mit diesem Thema zu unterstützen.

Als Ergebnis der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten terminologischen Untersuchungen kann festgehalten werden, dass der Einfluss des Englischen im betreffenden Gebiet sehr stark ist, der Einfluss des Deutschen auf die internationale Wissenschaftssprache hingegen jedoch nur eine sehr marginale Rolle spielt.

Abstract (English)

In the international media attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is more present than ever. The cause of this psychiatric disorder, which affects children and adults, is still not clear. This is why the terminology of ADHD is still subject to changes. Communication in this area can be facilitated by means of a consistent terminology.

The aim of this master thesis is to capture the current terminology of ADHD in common language and in the language for special purposes. For this purpose the languages English and German are compared by means of a contrastive analysis.

In the first part of this thesis the basics of ADHD are explained. This is necessary for the creation of an adequate terminology. Terms of terminological interest are dealt with in the terminology analysis and added to the glossary.

This terminology is a systematic comparison of English and German terms and aims to facilitate the work in the area of ADHD respectively with its terminology.

The aim of the glossary is to support translators and interpreters who work in this area and to assist experts who are faced with dealing with this disorder in a bilingual context.

The outcomes of the terminological analysis show the strong influence of the English language in the area of ADHD and the marginal role of German in an international scientific context.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Katrin Fennes, Bakk., Bakk.
Geburtsdatum: 27.3.1983
Staatsbürgerschaft: Österreich
E-Mail: katrin.fennes@gmx.at

Ausbildung

seit 2009	Masterstudium Übersetzen Englisch/Ungarisch, Universität Wien Schwerpunkt: Fachübersetzen
2004 - 2009	Bakkalaureatsstudium Interkulturelle Kommunikation Englisch/Ungarisch, Universität Wien <i>Abschluss: 23. Januar 2009</i>
2004 - 2008	Bakkalaureatsstudium Hungarologie, Universität Wien <i>Abschluss: 8. September 2008</i>
2001 - 2004	Studium Lehramt Englisch/Ungarisch, Universität Wien
1993 - 2001	Oberstufenrealgymnasium Oberpullendorf <i>Abschluss: 28. Mai 2001</i>

Auslandsaufenthalte

2007	Sommeruniversität in Szombathely/Ungarn
2006	Auslandssemester als CEEPUS-Stipendiat an Universität ELTE in Budapest/Ungarn
2005	ÖAD-Stipendium Sommeruniversität in Debrecen/ Ungarn
2004	Sommeruniversität in Szombathely/Ungarn
2002	Sommeruniversität in Szeged/Ungarn

Berufliche Tätigkeiten

2008-2010	Mitarbeit in der Produktion eines Verlages
2008	Mitarbeit bei Übersetzungsprojekt (Reiseführer) Deutsch/Englisch
2006	Praktikum als Übersetzerin Szombathely/Ungarn
2001-2008	Trainererfahrung in Nachhilfeinstituten

Sprachen

A: Deutsch
B: Englisch
C: Ungarisch