

P. Retz-Junginger¹ · W. Retz¹ · D. Blocher² · H.-G. Weijers³ · G.-E. Trott⁴ · P. H. Wender⁵ · M. Rösler¹

¹ Institut für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes

² Abteilung für forensische Psychiatrie der Universitätsnervenklinik Würzburg

³ Klinische Suchtmedizin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Würzburg

⁴ Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Aschaffenburg

⁵ University of Utah, School of Medicine, Salt Lake City, USA

Wender Utah Rating Scale (WURS-k)

Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen

Zusammenfassung

Die diagnostische Abklärung einer Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung beim Erwachsenen macht die retrospektive Erfassung von Krankheitssymptomen, die bereits im Kindesalter bestanden, notwendig. Die Wender Utah Rating Scale (WURS) ist ein hierfür entwickelter Fragebogen. In der vorliegenden Arbeit wurde die deutsche Übersetzung der WURS einer statistischen Analyse unterzogen. Grundlage für diese Analyse bildete die Untersuchung von insgesamt 703 Probanden. Anhand der korrigierten Trennschärfeindizes wurde unter Berücksichtigung der mittleren Antwortausprägung sowie inhaltlicher Aspekte der Items eine Itemselektion durchgeführt. Nach der Itemselektion verblieben 21 Items mit einer korrigierten Trennschärfe $r_{i(t-1)}$ zwischen 0,19 und 0,61 in der Fragebogenendform. Die Retest-reliabilität der gekürzten Version betrug $r=0,9$.

Schlüsselwörter

Hyperkinetisches Syndrom · Wender Utah Rating Scale · Statistische Analyse

Die Wender Utah Rating Scale (WURS) ist ein standardisiertes Verfahren zur retrospektiven klinischen Einschätzung des Schweregrades eines hyperkinetischen Syndroms (HKS) bzw. einer Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindesalter bei Erwachsenen. Sie ging aus den Utah-Kriterien für das hyperkinetische Syndrom bzw. dem Adult Questionnaire – Childhood Characteristics (AQCC) hervor [15, 17]. Die WURS besitzt eine hohe Sensitivität für eine kindliche ADHS, erfasst aber auch andere Erkrankungen, die sich auf syndromaler Ebene mit der ADHS überschneiden [8, 11, 13].

Die Notwendigkeit der retrospektiven Erhebung einer ADHS ergab sich aus Ergebnissen von Längsschnittuntersuchungen [3, 6, 12, 16], die belegen, dass bei einer Vielzahl der Erkrankten die Symptome einer ADHS bis ins Erwachsenenalter persistieren bzw. das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit einen Vulnerabilitätsfaktor für spezifische Störungen wie Suchterkrankungen, affektive Erkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter darstellt [1, 4, 7, 9]. Zugleich wird jedoch bei den meisten der Betroffenen die Diagnose einer ADHS im Kindesalter nicht gestellt. Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen, die auf dem Boden einer kindlichen ADHS entstan-

den sind, könnten jedoch von spezifischen Behandlungsoptionen profitieren. So konnte bei 70% der Betroffenen, bei denen u. a. gestörte Aufmerksamkeit, motorische Hyperaktivität, Affektlabilität, Impulsivität und emotionale Überreagibilität vorlagen, eine Besserung der Symptomatik unter einer Behandlung mit Amphetaminen oder Antidepressiva nachgewiesen werden [18].

Da die ADHS mit etwa 5% zu den häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen gehört [14] und die Symptomatik in unterschiedlicher Ausprägung in 30–50% der Fälle persistiert, kommt der Erfassung der Ausgestaltung und Ausprägung dieses Krankheitsbildes große Bedeutung zu.

Methodik

Instrumentarium

Bei der Wender Utah Rating Scale (WURS) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, bei dem anhand von 61 Items retrospektiv der Ausprägungsgrad kindlicher Eigenschaften,

Dr. P. Retz-Junginger
Institut für gerichtliche Psychologie
und Psychiatrie der Universität des Saarlandes,
Kirrberger Straße Gebäude 90.3,
66421 Homburg/Saar

P. Retz-Junginger · W. Retz · D. Blocher
H.-G. Weijers · G.-E. Trott · P. H. Wender
M. Rösler

Wender Utah rating scale.

The short-version for the assessment of the attention-deficit hyperactivity disorder in adults

Summary

This work presents a statistical analysis of the German version of the Wender Utah rating scale (WURS) for the retrospective diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Data were obtained from 703 subjects. Item selection according to item-total correlation scores, frequency, and plausibility led to a short version of the scale that includes 21 items with item-total correlations from 0.19 to 0.61. Retest reliability of the WURS-k was $r=0.9$.

Keywords

Attention-deficit hyperactivity disorder · ADHD · Wender Utah rating scale · Statistical analysis

Tabelle 1
Stichprobenbeschreibung

		Klinische Patienten	Forensische Probanden	Kontrollgruppe
N		95	321	287
Geschlecht [n]	Männlich	59 (62,1%)	286 (89,1%)	134 (46,7%)
	Weiblich	36 (37,9%)	35 (10,9%)	153 (53,3%)
Alter [Jahre]	Mittelwert	38,8	37,1	32,4
	SD	12,6	10,8	14,1
	Spannbreite	20–71	18–90	14–90
Schulabschluss [n]	Volksschule	11 (16,2%)	41 (13,5%)	23 (8,6%)
	Hauptschule	28 (41,2%)	181 (59,5%)	28 (10,4%)
	Mittlere Reife	16 (23,5%)	55 (18,1%)	48 (17,8%)
	Abitur/Studium	13 (19,1%)	27 (8,9%)	170 (63,2%)
WURS-Gesamtscore	Mittelwert	71,7	72,2	57,7
	SD	26,7	24,9	19,1
	Spannbreite	7–147	16–152	14–117

Wesensarten und Verhaltensweisen eingeschätzt wird [15]. Die Probanden werden aufgefordert, sich an die Zeit zurückzuerinnern, als sie zwischen 8 und 10 Jahren alt waren und einzuschätzen, in welcher Ausprägung die aufgelisteten Eigenschaften bei ihnen damals gegeben waren. Als Antwortalternativen stehen dem Probanden 5 Einschätzungen zur Verfügung (nicht oder ganz gering ausgeprägt, gering, mäßig, deutlich und stark ausgeprägt). Für die Auswertung werden die verschiedenen Antworten auf einer 5-Punkte-Skala von 0–4 kodiert und anschließend ein Summenscore ermittelt. Die Bearbeitungsdauer des Fragebogens beträgt ca. 15 min.

Untersuchungsgruppe

Insgesamt bearbeiteten 703 Personen (479 Männer, 224 Frauen) den Fragebogen. Das Durchschnittsalter der Untersuchungsgruppe betrug 35,4 Jahre ($SD=12,7$) mit einem Minimum von 14 und Maximum von 90 Jahren. Die untersuchten Stichproben umfassten psychiatrische Patienten, forensische Probanden und gesunde Kontrollpersonen. Bei der Patientengruppe waren die Diagnoseklassen „Organische Störungen“ (7,4%), „Suchterkrankungen“ (37,9%), „Schizophrene Störungen“ (11,6%) und „Affektive Störungen“ (28,4%) vertreten. Daneben lagen die Diagnosen der „Neurotische Störungen“, „Persönlichkeitsstörungen“, „Verhaltensauffälligkeiten“ und „Verhal-

tensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ in 14,7% der Fälle vor.

Die forensischen Probanden wurden in der Abteilung für forensische Psychiatrie der Universitätsnervenklinik Würzburg begutachtet. Dabei lagen folgende Anklagevorwürfe vor: Beleidigung (2,1%), Diebstahl (5,8%), Betrug (2,1%), Fahreignungsdelikte (21,2%), Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (25,3%), Körperverletzung (7,9%), Brandstiftung (2,1%), schwerer Raub (6,6%), Sexualdelikte (20,3%), Totschlag (4,6%) und Mord (2,1%).

Die Kontrollgruppe wurde aus dem Bekanntenkreis der Untersucher rekrutiert sowie aus Teilnehmern der Vorlesung „Forensische Psychiatrie“. Dabei handelt es sich um Jura-, Medizin-, Psychologie- sowie Pädagogikstudenten und -studentinnen.

Angaben zum Schulabschluss liegen von 645 Probanden vor. 75 Personen (11,6%) hatten die Volksschule besucht, 237 (36,7%) die Hauptschule, 119 (18,4%) hatten die Mittlere Reife erreicht und 210 (32,6%) hatten Abitur und daran angeschlossen teilweise ein Hochschulstudium absolviert bzw. begonnen. Die Geschlechterverteilung in den einzelnen Stichproben sowie Angaben zum Alter und zur Schulbildung sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1 macht einige Unterschiede bei den untersuchten Stichproben deutlich. Anhand der χ^2 -Verteilung ist festzustellen, dass die Geschlechtervertei-

lung in der Kontrollgruppe und Patientengruppe der Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe entspricht, während in der Gruppe der forensischen Probanden ein Überwiegen des männlichen Geschlechtes zu verzeichnen ist ($p=0,00$). Der erreichte Schulabschluss unterscheidet sich ebenfalls zwischen den 3 Untersuchungsgruppen (χ^2 -Test; $p=0,00$). Bei der Kontrollgruppe findet sich vermehrt ein hoher Schulabschluss (Abitur/Hochschulstudium), während die forensischen Probanden nur selten das Abitur erreicht haben und viele der Probanden die Hauptschule besucht ha-

ben. Das mittlere Alter der 3 Gruppen unterscheidet sich signifikant (Anova, $p=0,00$), wobei die Altersmittelwerte der Patientengruppe und der Gruppe der forensischen Probanden keine Differenzen erkennen lassen (t-test, $p=0,128$).

Die WURS-Gesamtscores der einzelnen Gruppen weichen signifikant voneinander ab (Kruskal-Wallis-Test, $p=0,00$), wobei kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Patientengruppe und der forensischen Population besteht (Mann-Whitney-U-Test, $p=0,71$). Unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Antwortverhaltens der

verschiedenen Gruppen erfolgte die weitere Auswertung auf der Grundlage der Daten der Patientengruppe und der forensischen Stichprobe.

Ergebnisse

Berechnung der korrigierten Trennschärfe und mittleren Antwortausprägung

Tabelle 2 sind die mittleren Antwortausprägungen der einzelnen Items zu entnehmen und das jeweilige Antwortmuster, d. h. wie viel Prozent der Untersu-

Tabelle 2

Mittlere Antwortausprägung (MAA), Antwortmuster und korrigierte Trennschärfe ($r_{i(t-i)}$) der WURS-Items

Item	MAA	Antwortmuster [%]					$r_{i(t-i)}$	Item	MAA	Antwortmuster [%]					$r_{i(t-i)}$
		0	1	2	3	4				0	1	2	3	4	
1	2,56	5,3	9,4	29,3	38,0	17,5	0,158	31	0,81	48,3	31,5	12,3	7,0	1,0	0,460
2	1,43	22,4	34,9	26,4	9,9	6,5	0,261	32	1,95	15,6	20,0	26,7	28,8	8,7	-0,081
3	1,85	17,5	20,4	30,8	21,6	9,4	0,611	33 ^a							
4	1,38	26,7	23,9	22,4	11,5	6,5	0,405	34	0,60	73,1	10,3	5,3	6,5	4,8	0,429
5	1,59	26,0	27,2	18,8	18,3	9,9	0,594	35	1,18	37,0	25,2	24,3	9,1	4,1	0,426
6	1,70	19,5	24,8	27,2	22,8	5,5	0,620	36	0,95	43,3	29,3	18,5	6,3	2,4	0,361
7	1,21	34,6	31,3	17,5	11,3	5,3	0,554	37	0,94	47,8	24,8	14,7	10,1	2,4	0,312
8	1,74	18,3	25,5	27,2	21,2	7,7	0,247	38	1,14	44,0	23,3	13,9	12,0	6,7	0,412
9	1,05	41,1	28,6	18,0	8,9	3,4	0,561	39	1,26	30,0	32,9	22,4	9,9	4,8	0,378
10	1,35	29,8	27,4	25,5	11,8	5,3	0,571	40	1,37	23,1	34,4	27,9	11,5	2,9	0,391
11	2,15	9,4	16,8	34,9	27,2	11,8	-0,046	41	1,21	42,3	22,4	14,7	13,0	7,7	0,571
12	1,21	36,3	31,3	15,4	9,6	7,5	0,533	42	0,34	83,9	5,3	4,1	4,6	1,7	0,424
13	2,10	16,6	15,4	29,6	24,5	13,5	0,240	43	0,68	62,5	18,5	10,8	5,0	3,1	0,365
14	0,69	58,7	22,6	11,8	4,6	2,2	0,418	44	0,68	60,3	21,6	9,1	7,2	1,7	0,403
15	1,30	32,0	30,0	21,4	11,3	5,0	0,469	45	0,42	70,4	20,9	5,8	2,4	0,5	0,304
16	1,26	32,2	31,0	19,5	12,7	4,6	0,467	46	0,56	60,1	28,4	8,2	2,2	1,2	0,353
17	1,47	21,4	32,0	28,4	14,4	3,8	0,596	47	0,16	90,4	6,0	1,4	1,2	1,0	0,208
18	2,44	7,0	11,3	28,1	38,0	15,6	0,007	48	0,36	81,5	7,9	5,0	3,4	1,9	0,135
19	1,25	33,7	28,1	21,6	13,2	3,4	0,408	49	0,31	85,8	6,3	1,7	1,9	3,8	0,289
20	1,23	27,9	38,0	20,9	8,9	4,1	0,601	50	2,27	6,0	13,9	41,3	26,2	12,0	-0,295
21	1,18	25,0	41,3	25,7	6,3	1,7	0,556	51	1,05	44,5	20,9	21,9	9,9	2,6	0,473
22	2,66	1,9	8,9	29,8	44,2	14,9	-0,159	52	0,94	48,8	21,9	18,3	8,2	2,6	0,353
23	2,37	5,6	15,9	33,4	33,9	11,3	-0,228	53	0,98	48,6	21,9	16,8	10,3	2,2	0,343
24	1,91	12,7	27,9	28,8	24,0	6,3	0,232	54	0,64	58,9	26,2	8,2	4,3	2,2	0,400
25	1,28	27,9	31,0	28,4	9,6	2,6	0,525	55	0,59	63,2	21,4	9,9	4,6	1,0	0,407
26	1,46	24,3	30,3	25,5	15,4	4,6	0,458	56	0,99	48,8	21,6	15,4	9,9	4,3	0,334
27	0,94	41,1	34,1	15,6	7,7	1,4	0,630	57	1,27	38,9	21,4	19,2	14,2	6,3	0,333
28	1,41	23,1	32,7	26,4	15,9	1,9	0,618	58	0,98	43,5	26,7	20,7	6,7	2,4	0,257
29	0,91	49,0	26,7	12,3	8,2	3,8	0,468	59	1,82	20,2	19,5	26,2	26,7	7,5	0,346
30	0,75	62,3	15,9	10,1	7,0	4,6	0,284	60	0,49	72,6	10,1	13,7	2,2	1,2	0,203
								61	0,17	91,6	2,4	4,1	0,2	1,4	0,280

^a Item 33 wurde in die Analyse nicht mit einbezogen, weil dieses Item nur von Frauen zu beantworten war.

Tabelle 3

WURS-Items der Fragebogenendform (WURS-k) mit mittlerer Antwortausprägung (MAA) und korrigierter Trennschärfe ($r_{i(t-i)}$) ermittelt an der Kontrollgruppe ($n=287$)

Item-Nr. (n)	Itembeschreibung Als Kind war oder hatte ich:	MAA	Antwortmuster [%]					$r_{i(t-i)}$
			0	1	2	3	4	
1 (3)	Konzentrationsprobleme, leicht ablenkbar	1,22	35,9	27,2	19,2	15,0	2,8	0,60
2 (5)	Zappelig, nervös,	1,13	33,8	35,5	17,8	10,1	2,8	0,58
3 (6)	Unaufmerksam, verträumt	1,30	26,5	35,2	22,3	12,5	3,1	0,52
4 (9)	Wutanfälle, Gefühlsausbrüche	0,93	43,6	30,0	17,4	7,0	1,7	0,44
5 (10)	Geringes Durchhaltevermögen, Abbrechen von Tätigkeiten vor deren Beendigung	0,78	50,9	28,6	13,2	6,6	0,7	0,53
6 (12)	Oft traurig, depressiv, unglücklich	0,75	51,9	27,9	13,9	6,3	0,0	0,41
7 (15)	Ungehorsam, rebellisch, aufsässig	0,86	48,8	25,8	17,8	5,6	2,1	0,55
8 (16)	Geringes Selbstwertgefühl, niedrige Selbsteinschätzung	1,05	39,4	30,0	18,1	10,8	1,4	0,29
9 (17)	Leicht zu irritieren	1,24	25,1	38,0	25,1	11,8	0,0	0,47
10 (20)	Starke Stimmungsschwankungen, launisch	0,86	42,2	36,9	15,0	4,9	1,0	0,53
11 (21)	Ärgerlich oder verärgert	0,81	40,4	40,8	16,0	2,8	0,0	0,41
12 (25)	Tendenz zur Unreife	0,88	38,3	40,8	14,6	5,2	0,3	0,43
13 (27)	Verlust der Selbstkontrolle	0,62	51,6	34,8	11,8	1,0	0,0	0,56
14 (28)	Tendenz, unvernünftig zu sein oder zu handeln	1,04	34,8	35,2	20,6	7,7	1,0	0,61
15 (29)	Probleme mit anderen Kindern, keine langen Freundschaften	0,49	62,7	28,2	5,2	2,4	0,7	0,25
16 (31)	Angst, die Selbstkontrolle zu verlieren	0,46	64,5	26,1	6,6	1,7	0,3	0,37
17 (34)	Von zu hause fortgelaufen	0,18	88,8	4,9	4,2	0,7	0,7	0,31
18 (35)	Raufereien	0,93	49,5	22,3	15,0	10,5	2,1	0,35
19 (41)	Schwierigkeiten mit Autoritäten, Ärger in der Schule, Vorladungen beim Direktor	0,53	67,9	15,3	11,5	3,5	1,0	0,42
20 (42)	Ärger mit der Polizei	0,06	95,1	2,8	1,4	0,0	0,0	0,19
21 (51)	Ingesamt schlechte(r) Schüler(in), lernte langsam	0,35	76,6	12,2	9,4	1,4	0,0	0,33

chungsgruppe die verschiedenen Antwortalternativen gewählt hat. Die Werte der korrigierten Trennschärfe für die einzelnen Items sind ebenfalls Tabelle 2 zu entnehmen.

Bei einzelnen Items (Itemnummer 34, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 60 und 61) wurde eine sehr kleine mittlere Antwortausprägung ermittelt. Dies bedeutet, dass ein seltenes Merkmal erfasst wird und die Mehrzahl der Probanden das Vorliegen der jeweilig abgefragten Eigenschaft im Kindesalter verneint. Daneben finden sich auch Items mit einer hohen mittleren Antwortausprägung. Bei diesen Items wird die abgefragte Eigenschaft bzw. das erfragte Verhalten von vielen Probanden bejaht. Die mittlere Antwortausprägung der einzelnen Items sowie die Antwortverteilung machen deutlich, dass bei der Mehrzahl der Items die hohen Merkmalsausprägungen (Kodierung 3 bzw. 4) kaum angekreuzt wurden, d. h. das Vorliegen dieser spezifischen Eigenschaft im Kindesalter nicht in starker Ausprägung beschrieben wurde. Betrachtet man die Trennschärfeindizes

fallen 6 Items mit negativer Trennschärfe und einige Items mit sehr geringer Trennschärfe auf. Dabei handelt es sich u. a. um Items, die inhaltlich vom Konzept des HKS abweichen und bei der Auswertung der WURS es vom Autor des Fragebogens nicht vorgesehen war, diese invers zu kodieren (Item 11, 22, 23, 32, 39, 50).

Itemselektion

Die Itemselektion erfolgte in Anlehnung an Lienert [5]. Neben den Trenn-

schärfeindizes wurden die mittleren Antwortausprägungen sowie inhaltliche Aspekte der einzelnen Items berücksichtigt. Im ersten Schritt wurde eine rationale Selektion [5] durchgeführt und Items mit Trennschärfeindizes $r_{i(t-i)} < 0,5$ vorerst eliminiert. Für die gekürzte Fragebogenversion wurden weitere Items berücksichtigt, deren Trennschärfeindizes $r_{i(t-i)} > 0,42$ waren und deren mittlere Antwortausprägung im Bereich zwischen 0,81 und 1,30 lagen (Items 15, 16, 29, 31, 35, 51). Unter Berücksichtigung inhaltlicher Aspekte

Tabelle 4

Mittelwert, Standardabweichung und Spannbreite der 3 untersuchten Gruppen bei der gekürzten Version der WURS

	Klinische Patienten	Forensische Probanden	Kontroll- gruppe
Mittelwert	24,4	25,2	16,5
Standardabweichung	15,4	13,7	9,8
Spannbreite	0–68	0–68	0–53

wurden die zwei seltenen Ereignisse "...von zu Hause fortgelaufen" (Item 34; $MAA=0,60$, $r_{i(t-i)}=0,429$) und "...Ärger mit der Polizei" (Item 42; $MAA=0,34$, $r_{i(t-i)}=0,424$) trotz der ermittelten Itemkennwerte nicht eliminiert. Zur Vermeidung von Redundanz wurde weiterhin Item 7 ("...aufbrausend, rasch wütend") eliminiert, weil dies inhaltlich in Item 9 ("...Wutanfälle und Gefühlsausbrüche") aufgeht.

Gekürzte Fragebogenversion

In die Endform des Fragebogens wurden die in Tabelle 3 aufgelisteten Items aufgenommen. Für die in die gekürzte Fragebogenversion aufgenommenen 21 Items wurden anhand der vorliegenden Daten der Kontrollgruppe erneut mittlere Antwortausprägung und korrigierte Trennschärfe ermittelt (Tabelle 3).

Die ermittelten Trennschärfeindizes ($r_{i(t-i)}$) liegen im Bereich zwischen 0,19 und 0,61 bei mittleren Antwortausprägungen (MAA) zwischen 0,06 und 1,30. Bei der Interpretation der Itemkennwerte sind die Antwortbesonderheiten der untersuchten Population zu berücksichtigen. Die Kontrollgruppe setzte sich aus sozial unauffällig integrierten, psychisch gesunden Personen zusammen, so dass die Wahrscheinlichkeit als gering einzuschätzen ist, dass diese Untersuchungsgruppe Verhaltensauffälligkeiten in der Vergangenheit beschreibt.

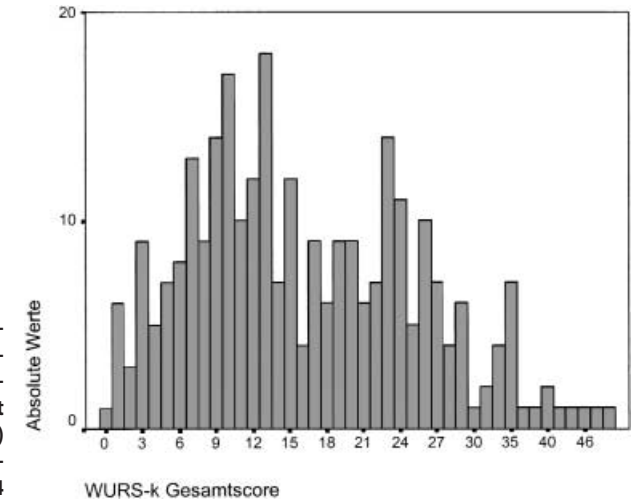
Rohwertverteilung der Fragebogenendform

Die Rohwerthäufigkeiten der gekürzten Version der WURS sind Abb. 1 zu entnehmen. Es ergibt sich eine linksschiefe Verteilung mit einem Mittelwert von 16,5 Punkten ($SD=9,8$; $Md=15$) bei einer maximal erreichbaren Punktzahl von 84.

Mittelwert und Standardabweichung der 3 Stichproben

Wertet man die Daten der forensischen Probanden und Patientengruppe unter Berücksichtigung der ermittelten 21-Item-Version aus und vergleicht sie mit der Kontrollgruppe, erkennt man einen signifikanten Unterschied beim ermittelten Gesamtscore (Tabelle 4, Kruskal-Wallis-Test, $p=0,00$). Die Summenscores der Patientengruppe und der forensischen Probanden unterscheiden sich dabei nicht

Abb. 1 ► Rohwertverteilung der Fragebogenendform ($n=287$ Kontrollpersonen) mit einem Mittelwert von 16,5 Punkten ($SD 9,8$) bei einer maximal erreichbaren Punktzahl von 84



(Mann-Whitney-U-Test, $p=0,54$), und die Kontrollgruppe erzielt niedrigere Werte als die beiden anderen Populationen (Mann-Whitney-U-Test, p jeweils 0,00).

Gütekriterien der Fragebogenendform

Objektivität

Die Durchführungsobjektivität, die den Grad der Unabhängigkeit der Testergebnisse durch zufällige oder systematische Verhaltensvariationen des Untersuchers bei der Testdurchführung angibt, wird durch die standardisierte und auf dem Fragebogen schriftlich fixierte Instruktion gewährleistet. Auswertungsobjektivität kann ebenfalls als gegeben betrachtet werden, da sich die Probanden für eine von 5 Antwortalternativen entscheiden und diese Antworten dem Auswertungsschema entsprechend mit Zahlen von 0–4 kodiert werden und anschließend hieraus der Summscore ermittelt wird. Die Interpretationsobjektivität kann für ein Verfahren, solange noch keine Normen vorliegen [5], nicht vollkommen sein. Bei dem vorliegenden Fragebogen können nur Vergleiche zwischen Probanden bzw. zwischen Gruppen angestellt werden und diese können inferenzstatistisch abgesichert werden.

Faktorenstruktur

Mit der Faktorenanalyse (Varimax-Methode) konnten 5 Faktoren extrahiert werden, die 55% der Varianz erklären (Tabelle 5).

Der Faktor 1 beschreibt Aufmerksamkeitsstörungen und Überaktivität

und erklärt 16,5% der Varianz. Die 4 Items des Faktors 2 repräsentieren das Merkmal der Impulsivität und klären 12,4% der Varianz auf. Faktor 3 fasst eine ängstlich-depressive Symptomatik zusammen und 9,8% der Varianz werden durch ihn erklärt. Faktor 4 stellt Protestverhalten dar und erklärt 9,5% der Varianz, und der Faktor 5 beschreibt eine Störung der sozialen Adaptation und klärt 6,7% der Varianz auf.

Reliabilität

Es liegen Retestwerte für insgesamt 110 untersuchte Personen vor. Die 2. Untersuchung erfolgte dabei in einem Zeitraum zwischen 4 Wochen und 11 Monaten nachdem die Probanden zum 1. Mal den Fragebogen bearbeitet hatten. 21 Kontrollpersonen, 57 psychiatrische Patienten und 32 forensische Probanden bearbeiteten die gekürzte Version der WURS ein 2. Mal. Getrennt für die unterschiedlichen Populationen ließen sich Retestreliabilitäten im Bereich zwischen 0,87 (forensische Population) und 0,96 (Kontrollgruppe) ermitteln; für die Gesamtgruppe 0,90. Cronbachs α der gekürzten Fragebogenversion betrug für die Kontrollgruppe 0,858.

Diskussion

Untersuchungsergebnisse legen zum einen die Persistenz der ADHS im Erwachsenenalter in 30–50% der Fälle nahe [3, 6, 12, 16]. Daneben belegen u. a. auch Daten aus der forensischen Forschung sowie der Suchtmedizin (z. B. [4]) eine erhöhte Vulnerabilität für

Tabelle 5

**Items der Kurzversion der WURS in der Faktorenanalyse:
5-Faktoren-Lösung mit Varianzaufklärung von 55%
der Varianz^a**

Faktor 1: Aufmerksamkeitsstörung Überaktivität	16,5%
3 Konzentrationsprobleme	
17 Leicht zu irritieren	
6 Unaufmerksam	
25 Tendenz zur Unreife	
5 Zappelig, nervös	
10 Geringes Durchhaltevermögen	
28 Tendenz, unvernünftig zu sein	
51 Schlechte(r) Schüler(in)	
Faktor 2: Impulsivität	12,4%
21 Ärgerlich	
9 Wutanfälle	
27 Verlust der Selbstkontrolle	
20 Starke Stimmungsschwankungen	
Faktor 3: Ängstlich-depressive Symptomatik	9,8%
12 Traurig, depressiv	
16 Geringes Selbstwertgefühl	
29 Probleme mit anderen Kindern	
31 Angst, die Selbstbeherrschung zu verlieren	
Faktor 4: Protestverhalten	9,5%
41 Schwierigkeiten mit Autoritäten	
35 Raufereien	
15 Ungehorsam, rebellisch	
Faktor 5: Störung der sozialen Adaptation	6,7%
42 Ärger mit der Polizei	
34 Von zu Hause fortgelaufen	

^a Ermittelt an den Daten der Kontrollgruppe, n=287

psychiatrische Erkrankungen bei Patienten, die in der Vergangenheit eine hyperkinetische Symptomatik aufwiesen. Sofern in der Vergangenheit keine Diagnostik der ADHS erfolgt ist, ist bei verschiedenen Fragestellungen die Notwendigkeit der retrospektiven Erfassung dieser Erkrankung gegeben. Zur Erfassung der ADHS im nachhinein können eigen- und/oder fremdanamnestiche Informationen herangezogen werden. Abhängig von den jeweiligen Fragestellungen sind fremdanamnestiche Informationen jedoch häufig nicht erhältlich. In diesen Fällen stellt die WURS ein praktikables und ökonomisches Instrument zum Informationsgewinn dar. Die Validität der Angaben kann dabei durch Verzerrungen oder ungenaue Erinnerungsleistungen bei der retrospektiven Beschreibung kindlicher Eigenschaften und Verhaltensweisen eingeschränkt

sein. Man kann versuchen, Erinnerungsverzerrungen sowie motivational bedingte unkorrekte Angaben beispielsweise mit Hilfe von Kontrollfragen zu kontrollieren; sie können jedoch nicht ausgeschlossen werden. Andererseits weisen Untersuchungen an Erwachsenen mit ADHS darauf hin, dass retrospektiv eine genaue Beschreibung kindlicher Eigenschaften und Verhaltensweisen erwartet werden kann [10].

Die vorliegende Testanalyse, in der neben den Itemgütekriterien auch inhaltliche Aspekte der einzelnen Items berücksichtigt wurden, führte zu einer deutlichen Reduktion der Itemanzahl der ursprünglichen WURS. Es wurden einerseits Items eliminiert, die inhaltlich dem Konzept der ADHS widersprechen und die am ehesten als Kontrollitems zu betrachten sind, als solche jedoch in der ursprünglichen Version der

WURS nicht in der Auswertung berücksichtigt sind. Daneben schieden Items aus, die redundant Informationen erfassen bzw. aufgrund ihrer geringen Trennschärfe keinen wesentlichen Beitrag zum Gesamtergebnis leisten können. Die Überprüfung der Gütekriterien der gekürzten Fragebogenversion ergab, dass es sich bei der WURS-k ein objektives Verfahren handelt, dessen Retestrelabilität bei 0,9 liegt. Es ließen sich 5 Faktoren identifizieren (Aufmerksamkeitsstörung und Überaktivität, Impulsivität, ängstlich-depressive Symptomatik, Protestverhalten und Störung der sozialen Adaptation), die 55% der Varianz aufklären und Überschneidungen mit der Faktoren-Lösung von Groß et al. [2] aufweisen. Die gekürzte deutsche Version der WURS zeigt eine große Übereinstimmung mit der von Ward et al. [15] verwendeten 25-Item-Version der WURS, und 17 dieser 25 Items finden sich in der deutschen Kurzversion der WURS wieder.

Die Auseinandersetzung mit dem Instrumentarium WURS führte zu dem Ergebnis, dass für den weiteren Einsatz der gekürzten Version WURS-k die Instruktion für die Bearbeitung des Fragebogens standardisiert in schriftlicher Form den Probanden vorgegeben werden soll, um die Objektivität des Verfahrens zu gewährleisten. Zur Erfassung motivationaler Aspekte bei der Bearbeitung des Fragebogens werden 4 Kontrollfragen in den Fragebogen aufgenommen, so dass die deutsche Kurzversion der WURS (WURS-k) aus insgesamt 25 Items besteht. Für die Kontrollitems soll ein gesonderter Score ermittelt werden. Die Reduktion der Itemzahl verkürzt die Bearbeitungsdauer deutlich, so dass durchschnittlich 10 min für das Ausfüllen des Fragebogens zu erwarten sind.

Anhang: WURS-k

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Alter: _____

Schulabschluss: _____

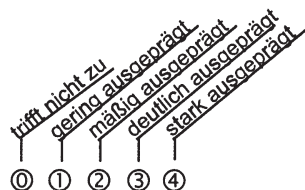
Geschlecht: männlich ☐weiblich ☐

Datum: _____

Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k)

Deutsche Bearbeitung von P. Retz-Junginger, G.-E. Trott, W. Retz & M. Rösler

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Eigenschaften und Schwierigkeiten. Bitte lesen Sie diese der Reihe nach durch und entscheiden Sie jeweils, ob und wie stark diese Verhaltensweise, diese Eigenschaft oder dieses Problem bei Ihnen als Kind im Alter von ca. 8 bis 10 Jahren ausgeprägt war. Dabei stehen Ihnen 5 verschiedene Antwortalternativen zur Verfügung.



Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwortalternative an. Lassen Sie bitte keinen Punkt aus und wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die noch am ehesten für Sie zutrifft.

Zum Beispiel:

Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar.

① ② ③ ☒ ④

In diesem Fall ist die 3 („in deutlicher Ausprägung“) angekreuzt: Das würde bedeuten, dass Sie als Kind im Alter von ca. 8-10 Jahren deutlich ausgeprägt Konzentrationsprobleme hatten.

	trifft nicht zu	gering ausgeprägt	mäßig ausgeprägt	deutlich ausgeprägt	stark ausgeprägt
1. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar.	0	1	2	3	4
2. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich zappelig und nervös.	0	1	2	3	4
3. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich unaufmerksam und verträumt.	0	1	2	3	4
4. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich gut organisiert, sauber und ordentlich.	0	1	2	3	4
5. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Wutanfälle und Gefühlsausbrüche.	0	1	2	3	4
6. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich ein geringes Durchhaltevermögen, brach ich Tätigkeiten vor deren Beendigung ab.	0	1	2	3	4
7. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich traurig, unglücklich und depressiv.	0	1	2	3	4
8. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich ungehorsam, rebellisch und aufsässig.	0	1	2	3	4
9. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich ein geringes Selbstwertgefühl bzw. eine niedrige Selbsteinschätzung.	0	1	2	3	4
10. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich leicht zu irritieren.	0	1	2	3	4
11. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich starke Stimmungsschwankungen und war launisch.	0	1	2	3	4
12. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich ein guter Schüler bzw. eine gute Schülerin.	0	1	2	3	4
13. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich oft ärgerlich oder verärgert.	0	1	2	3	4
14. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren verfügte ich eine gute motorische Koordinationsfähigkeit und wurde immer zuerst als Mitspieler ausgesucht.	0	1	2	3	4
15. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich eine Tendenz zur Unreife.	0	1	2	3	4
16. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren verlor ich oft die Selbstkontrolle.	0	1	2	3	4
17. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich die Tendenz, unvernünftig zu sein oder unvernünftig zu handeln.	0	1	2	3	4
18. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Probleme mit anderen Kindern und keine langen Freundschaften.	0	1	2	3	4
19. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Angst, die Selbstbeherrschung zu verlieren.	0	1	2	3	4
20. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren bin ich von zuhause fortgelaufen.	0	1	2	3	4
21. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich in Raufereien verwickelt.	0	1	2	3	4
22. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Schwierigkeiten mit Autoritäten, z.B. Ärger in der Schule oder Vorladungen beim Direktor.	0	1	2	3	4
23. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Ärger mit der Polizei.	0	1	2	3	4
24. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich insgesamt ein schlechter Schüler/eine schlechte Schülerin und lernte langsam.	0	1	2	3	4
25. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Freunde und war beliebt.	0	1	2	3	4

Bitte Überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

Literatur

1. Biederman J, Faraone SV, Spencer T et al. (1993) Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 150:1792–1798
2. Groß J, Blocher D, Trott G-E, Rösler M (1999) Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 70:20–25
3. Hechtmann L (1992) Long-term outcome in attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1:553–565
4. Klein RG, Mannuzza S (1991) Long-term outcome of hyperactive children: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:383–387
5. Lienert GA (1989) Testaufbau und Testanalyse. Psychologie Verlags Union, München
6. Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, Malloy P, Giampino TL, Addalli KA (1991) Hyperactive boys almost grow up, V: replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 48:77–83
7. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M (1993) Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 50:565–576
8. McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P (2000) Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 12: 240–245
9. Morrison JR (1980) Childhood hyperactivity in an adult psychiatric population: social factors. *J Clin Psychiatry* 41:40–43
10. Murphy P, Schachar R (2000) Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 157: 1156–1159
11. Roy-Byrne P, Scheele L, Brinkley J et al. (1997) Adult attention-deficit hyperactivity disorder: assessment guidelines based on clinical presentation to a specialty clinic. *Compr Psychiatry* 38: 133–140
12. Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, Zaucha K, Wheller N (1990) A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorders, residual state. *Compr Psychiatry* 31:416–425
13. Stein M, Fischer M, Szumowski E (1999) Evaluation of adults for ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 940–941
14. Trott GE (1993) Das hyperkinetische Syndrom und seine Behandlung. Barth, Leipzig
15. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW (1993) The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 150:885–890
16. Weiss (1985) Followup studies on outcome of hyperactive children. *Psychopharmacol Bull* 21:169–177
17. Wender PH (1985) Wender AQCC (Adult Questionnaire-Childhood Characteristics) Scale. *Psychopharmacol Bull* 21:927–928
18. Wender PH (2000) Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Aktivitätsstörung (ADHD) im Erwachsenenalter. *Psycho* 26: 190–198

Herpertz, Sabine

Impulsivität und Persönlichkeit

Stuttgart: Kohlhammer 2001, 125 S., (ISBN 3-170166-832), 34.00 EUR

Seit der Einführung von DSM-III vor nunmehr über 20 Jahren gehören Störungen der Impulskontrolle zum festen Inventar der psychiatrischen Diagnostik. Häufiger als bei diesen im klinischen Alltag eher seltenen Störungen begegnet das Phänomen Impulsivität dem Psychiater bei nicht in diese Kategorie fallenden Krankheitsbildern, meist bei Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetypus, wo es das Krankheitsbild prägt.

Die vorliegende Monografie stellt impulsives Verhalten bei Borderlinestörungen in einen übergeordneten theoretischen Zusammenhang, ohne in ihrem empirischen Teil die Spezifika der genannten Persönlichkeitsstörung zu vernachlässigen. Nach einer ideengeschichtlichen Einführung findet man den gegenwärtigen Wissensstand unter verschiedenen Gesichtspunkten kenntnisreich aufbereitet: Psychopathologie, empirisch-psychologische Konzeptionen und biologische Modellvorstellungen werden gleichermaßen kompetent referiert, wobei der psychopathologische Brückenschlag zu modernen Affektregulationskonzeptionen gelingt. Die beiden basalen Persönlichkeitsdimensionen „Intensität des impulsiven Antriebs“ einerseits und „Stärke der Impulskontrolle“ andererseits werden in einen überzeugenden Zusammenhang mit der Stärke des Aktualisierungsdrucks und der Fähigkeit zur Desaktualisierung in der strukturellen Konzeption Janzariks gestellt.

Die empirische Untersuchung wurde an 71 persönlichkeitsgestörten Patienten mit selbstverletzendem Verhalten, 51 Patienten mit Impulsivität ohne Selbstverletzungen und 55 Persönlichkeitsgestörten ohne Impulsivität durchgeführt und geht einer Fülle von Fragestellungen nach; die Ergebnisse können hier nicht im Einzelnen referiert werden. Nur so viel sei gesagt: In den Leistungstests zeigte sich bei einer Subgruppe von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten, vorzugsweise den schwer Gestörten, Hinweise für hirnorganische Mikrodefizite, die gut zu den bekannten Befunden kognitiver Defizienzen bei Borderline-Gestörten passen; im Affektinduktionsexperiment herrschte bei der Borderline-

Gruppe entgegen der Erwartung Angst und nicht Ärger vor – ein Befund, dem im therapeutischen Umgang mit Patienten stärkere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Im d-Fenfluramin-Funktionstest schließlich ergaben sich Anhaltspunkte für eine defizitäre zentrale serotonerge Aktivität als biologisches Korrelat selbstschädigender Impulsivität, was bei der Wahl eines Antidepressivums für einen SSRI-Hemmer spricht.

Insgesamt ergeben sich therapeutische Konsequenzen, die erfreulich pragmatisch und ohne ideologische Scheuklappen, gleichwohl präzise gezogen werden: Initial sollte ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Affektregulationstraining erfolgen, anschließend eine therapeutische Fokussierung der lebensgeschichtlichen Traumata, flankierend bietet sich eine psychopharmakologische Behandlung wie oben skizziert an. Damit werden die Stärken des behavioralen Ansatzes mit denjenigen des tiefenpsychologischen Zugangs unter Vermeidung der Schwächen beider Verfahren kombiniert.

Abschließend – und dies muss als besonderes Verdienst der Monografie herausgestellt werden – werden die von nahezu allen übrigen Autoren zu dieser Thematik unberücksichtigt gelassenen forensisch-psychiatrischen Konsequenzen diskutiert. In Anlehnung an das psychopathologische Referenzsystem von Sass werden für und gegen eine erheblich verminderte Steuerungsfähigkeit sprechende Gesichtspunkte erläutert und schließlich tabellarisch einander gegenübergestellt.

Zusammenfassend werden alle psychiatrisch relevanten Aspekte impulsiven Verhaltens ausgewogen dargestellt und Hypothesen zu Teilaspekten desselben empirisch überprüft. Die Ergebnisse des empirischen Teils bleiben nicht als Selbstzweck akademisch steril, sondern geben Anlass zu diagnostischen (Angst und Ärgeraffekte, s.o.), therapeutischen (Kombination von Bausteinen beider großer psychotherapeutischen Schulen mit Pharmakotherapie) und forensischen (Anwendung des psychopathologischen Referenzsystems auf Probanden mit impulsiv begangenen Delikten) Konsequenzen. Das Buch kann allen Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychotherapeutische Medizin empfohlen werden und sollte in keiner Klinik- bzw. Institutsbibliothek fehlen.

W. Barnett (Heidelberg)