

## Der Einfluss des Geschlechts auf die Selbstbeschreibung kindlicher ADHS-Symptome

Klinische Beurteilungen und empirische Studien legen die Annahme von Geschlechtsunterschieden bei der Ausgestaltung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nahe. Dabei werden insbesondere externalisierende Verhaltensweisen eher Jungen mit ADHS zugeschrieben und weniger den Mädchen [2, 15]. Erwartungen über geschlechtsspezifisches Rollenverhalten mögen allerdings die Wahrnehmung kindlichen Verhaltens beeinflussen und so zu Verzerrungen führen. Im Rahmen einer standardisierten und kontrollierten Verhaltensbeobachtung im Schulalltag bestätigten Abikoff und Mitarbeiter [1] jedoch das Vorliegen vermehrter externalisierender Verhaltensweisen und Regelverstöße bei Jungen mit ADHS im Vergleich zu betroffenen Mädchen.

Nach Graetz et al. [9] werden bei Mädchen mit ADHS häufiger somatische Beschwerden beschrieben und bei Jungen ein geringerer Schulerfolg, wobei sich diese Geschlechtsunterschiede nur dann abbilden, wenn die unterschiedlichen Subtypen der ADHS nicht berücksichtigt werden. Unterscheidet man nach Subtypen, werden bei Mädchen mit ADHS vom „vorwiegend aufmerksamkeitsgestörten Typ“ signifikant häufiger soziale Probleme beschrieben im Vergleich zu Jungen, und Aufmerksamkeitsprobleme werden häufiger bei Jungen mit ADHS vom Subtyp „vorwiegend hyperaktiv/impulsiv“ registriert [9].

Gaub und Carlson werteten in ihrer Metaanalyse [7] 18 Studien zu Ge-

schlechtsunterschieden bei ADHS aus. Diesen Studien lagen Fremdbeurteilungen und -beschreibungen von Eltern und Lehrern zugrunde. Nach dieser Metaanalyse finden sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezogen auf die Impulsivität, den Schulerfolg und die soziale Eingliederung. In den Bereichen Hyperaktivität und externalisierendes Verhalten werden bei Mädchen mit ADHS im Vergleich zu Jungen mit ADHS geringere Ausprägungen solcher Verhaltensweisen registriert. In der Metaanalyse von Gershon [8] wurden diese Ergebnisse nur teilweise bestätigt. Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Gaub und Carlson [7] wurde bei Mädchen mit ADHS eine geringer ausgeprägte Hyperaktivität beschrieben und externalisierendes Verhalten war stärker ausgeprägt bei Jungen mit ADHS. Abweichend von den Ergebnissen der Metaanalyse von Gaub und Carlson [7] dagegen, bildete sich in der Metaanalyse von Gershon [8] ein Geschlechtsunterschied im Bereich Impulsivität ab.

Die verschiedenen Hinweise auf mögliche Geschlechtsunterschiede bei der Symptombildung der ADHS hatten dazu geführt, dass in der Vergangenheit

für die WURS-k (deutsche Kurzform der Wender Utah Rating Scale zur retrospektiven Erfassung kindlicher ADHS-Symptome) [11] im Rahmen von Validitäts- und Reliabilitätsstudien ausschließlich Angaben bezogen auf männliche Probanden und Patienten gemacht wurden. So war getrennt nach Geschlecht ein Cut-off-Wert von 30 bei Männern ermittelt worden [10]. Aufgrund der geringeren Prävalenzrate von ADHS bei Frauen (4:1 bis zu 9:1 abhängig vom Befragungsbereich) [13] konnte bislang aufgrund zu geringer Fallzahlen kein Cut-off-Wert für Frauen angegeben werden. In der Zwischenzeit liegt den Autoren eine ausreichend große Stichprobe von Daten weiblicher Probanden bzw. Patienten vor, so dass neben einem Cut-off-Wert für Frauen bei der WURS-k auch mögliche geschlechtsspezifische Selbstbeschreibungen untersucht wurden.

### Methodik

### Stichprobe

Es wurden 166 Frauen (Altersdurchschnitt 36,2 Jahre, SD=11,4) und 643 Männer (Al-

**Tab. 1** Stichprobenbeschreibung

Kriterien	Frauen (n=166)	Männer (n=643)
ADHS-Diagnose in der Kindheit [n]	69	243
Alter [Monate] (SD)	36,2 (11,4)	37,1 (11,8)
Persistenz der Symptomatik im Erwachsenenalter [%]	23,2	29,6
DSM-IV 314.00 [n]	12	25
DSM-IV 314.01 [n]	4	47

tersdurchschnitt 37,1 Jahre, SD=11,8) untersucht. Die Stichprobe setzt sich zusammen aus Patienten und Patientinnen, welche die Spezialsprechstunde für ADHS der Nervenambulanz Homburg aufgesucht haben und aus forensischen Probanden und Probandinnen. Bei 69 Frauen und 243 Männern war im Kindesalter die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert worden.

Bei 16 Frauen zeigte sich eine Persistenz der ADHS-Symptome zum Untersuchungszeitpunkt (DSM-IV 314.00 N=12, DSM-IV 314.01 N=4) sowie bei 72 Männern (DSM-IV 314.00 N=25, DSM-IV 314.01 N=47, **Tab. 1**). Die Diagnosestellung erfolgte im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung und unter Anwendung des Selbstbeurteilungsfragebogens zur ADHS (ADHS-SB) [12]. Komorbide Störungen, wie Abhängigkeits-erkrankungen oder Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen, die im Rahmen der fachärztlichen Untersuchung diagnostiziert wurden oder durch Fremdbefunde belegt waren, stellten ein Ausschlusskriterium für die Untersuchung dar.

### Instrumentarium

Die WURS-k ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur retrospektiven Einschätzung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten bzw. Symptomen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Der Fragebogen besteht insgesamt aus 25 Items, wovon 4 Items der Kontrolle des Antwortverhaltens dienen und nicht in den zu bildenden Summenwert einfließen. Es stehen 5 Antwortalternativen zur Verfügung (trifft nicht zu, gering, mäßig, deutlich oder stark ausgeprägt), die mit den Ziffern 0–4 kodiert werden.

### Statistik

Zur Bestimmung des Cut-off-Wertes wurde eine ROC-Analyse durchgeführt. Beim Vergleich der mittleren Antworthäufigkeiten pro Einzelitem über verschiedene Gruppen hinweg wurde eine ANOVA mit Post-Tests (Scheffé-Prozedur) berechnet und beim Vergleich zweier unabhängiger Gruppen t-Tests mit  $\alpha$ -Adjustierung durchgeführt.

Nervenarzt 2007 · 78:1046–1051 DOI 10.1007/s00115-006-2242-4  
© Springer Medizin Verlag 2007

Petra Retz-Junginger · W. Retz · M. Schneider · P. Schwitzgebel · E. Steinbach · G. Hengesbach · M. Rösler

### Der Einfluss des Geschlechts auf die Selbstbeschreibung kindlicher ADHS-Symptome

#### Zusammenfassung

Auf Grundlage der Daten von 166 Frauen, von denen bei 69 in der Kindheit eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert worden war, wurde mittels einer ROC-Analyse ein Cut-off-Wert von 30 für die deutsche Kurzform der Wender Utah Rating Scale (WURS-k) ermittelt. Bei diesem Cut-off-Wert ist eine Sensitivität (Anteil richtig positiver Ergebnisse) von 93% und eine Spezifität von 92% gegeben, d. h. in nur 8% der Fälle kommt es zu einer falsch positiven Zuordnung. Der für Frauen ermittelte Cut-off-Wert erwies sich als identisch mit dem bereits früher errechneten

Wert für Männer. Bei der differenzierten Betrachtung der 21 Einzelitems bilden sich einige Geschlechtsunterschiede ab. Männer mit dem WURS-k-Wert  $\geq 30$  schildern vermehrt externalisierende Verhaltensweisen, während Frauen mit einem WURS-k-Wert  $\geq 30$  stärker internalisierende Störungen beschreiben. Bei Berücksichtigung der ADHS-Subtypen bilden sich in der Gruppe der vorwiegend Aufmerksamkeitsgestörten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede ab.

#### Schlüsselwörter

ADHS · WURS-k · Geschlechtsunterschiede

### Gender differences in self-descriptions of child psychopathology in attention deficit hyperactivity disorder

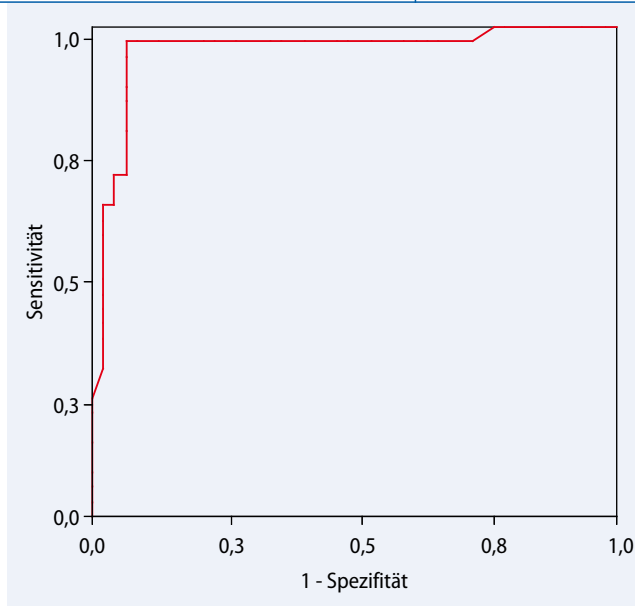
#### Summary

Diagnosing attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults requires retrospective assessment of ADHD symptoms in childhood. The Wender Utah Rating Scale (WURS) and its German validated version (WURS-k) may offer a helpful tool to ascertain relevant childhood problems associated with ADHD. Up to now validating data of the WURS-k were limited to male population. In a population of 69 female adult ADHD patients and 97 controls, ROC analysis indicated a sensitivity of 93% and specificity of 92% at a cut-off of 30 points in the WURS-k. This cut-off value is equivalent to those of males.

Symptom report varies significantly by gender and females describe more internalizing problems while males report more externalizing behaviour. Regarding different subtypes according to DSM-IV males and females did not differ in the items of the WURS-k.

#### Keywords

Attention deficit hyperactivity disorder · Gender differences · Short Wender Utah rating scale



**Abb. 1** ◀ Diagnostische Güte der WURS-k bei der Unterscheidung weiblicher Personen mit und ohne kindliche ADHS-Symptome (n=164)

## Ergebnisse

### Cut-off-Wert bei Frauen

Die ROC-Analyse für die Unterscheidung zwischen Frauen mit und ohne ADHS in der Kindheit ist in **Abb. 1** dargestellt. Die Fläche unter der Kurve beträgt  $0,95 \pm 0,02$ . Bei einem Schwellenwert von 30 sind eine Sensitivität von 93% und eine Spezifität von 92% gegeben.

Unter Anwendung des ermittelten Cut-off-Wertes von 30 bezogen auf beide Geschlechter ergibt sich in der erfassten Gesamtstichprobe von 809 Versuchspersonen, dass bei 82 Frauen und bei 264 Männern das Vorliegen einer kindlichen ADHS-Symptomatik angenommen werden kann, während 84 Frauen und 379 Männer keine diesbezüglichen Symptome retrospektiv beschreiben.

### Mittlere Antwortausprägungen bei Frauen und Männern mit und ohne retrospektive Beschreibung kindlicher ADHS-Symptome

Für die 4 Gruppen sind die mittleren Antwortausprägungen pro Item (mit Ausnahme der 4 Kontrollitems) **Tab. 2** zu entnehmen.

### Gruppenvergleiche ohne Berücksichtigung einer Persistenz der Symptomatik

Beim Gruppenvergleich ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne der Selbstbeschreibung kindlicher ADHS-Symptome (WURS-k  $\geq 30$  und WURS-k  $< 30$ ) bei insgesamt 13 Items (Item-Nr. 1, 2, 3, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 20, 24). Die Gruppe derer, die kindliche ADHS-Symptome beschreiben, erzielt auf diesen 13 Items jeweils höhere mittlere Antwortausprägungen als Probanden, die keine kindlichen Verhaltensauffälligkeiten retrospektiv schildern (**Tab. 2**).

Bei 3 Items (Item 7 „traurig, depressiv“, Item 9 „geringes Selbstwertgefühl“ und Item 21 „in Raufereien verwickelt“) unterscheiden sich alle 4 Gruppen voneinander. Bei den Items „traurig, depressiv“ und „geringes Selbstwertgefühl“ sind die höchsten mittleren Antwortausprägungen bei Frauen mit WURS-k  $\geq 30$  zu registrieren, gefolgt von Männern mit WURS-k  $\geq 30$ , Frauen mit WURS-k  $< 30$  und schließlich Männern mit WURS-k  $< 30$ . Bei Item 21 „in Raufereien verwickelt“ ergibt sich ein gegensätzliches Bild mit der höchsten mittleren Antwortausprägung bei Männern mit WURS-k  $\geq 30$ , gefolgt von Frauen mit WURS-k  $\geq 30$ , Männern mit WURS-k  $< 30$  und Frauen mit WURS-k  $< 30$  (**Tab. 3**).

Geschlechtsunterschiede bilden sich innerhalb der Gruppe mit WURS-k  $\geq 30$  bei den Items 5 „Wutanfälle und Gefühlsausbrüche“, 18 „keine langen Freundschaften“, 19 „Angst die Selbstbeherrschung zu verlieren“ und 22 „Schwierigkeiten mit Autoritäten“ ab. Bei diesen 4 Items ergeben sich darüber hinaus auch Unterschiede zu Probanden, die keine kindlichen Verhaltensauffälligkeiten beschreiben. Dabei bilden sich bei Frauen mit kindlichen ADHS-Symptomen höhere mittlere Antwortausprägungen bei der Beschreibung von „Wutanfälle/Gefühlsausbrüche“, „keine langen Freundschaften“ und „Angst, die Selbstbeherrschung zu verlieren“ ab, während Männer mit der Selbstschilderung kindlicher ADHS-Symptome höhere mittlere Antwortausprägungen bei Item 22 „Schwierigkeiten mit Autoritäten“ aufweisen (**Tab. 3**). Bei Item 23 „Ärger mit der Polizei“ erzielen männliche Probanden mit einem WURS-k-Wert  $\geq 30$  eine signifikant höhere mittlere Antwortausprägung als Frauen und Männer mit einem WURS-k-Wert  $< 30$  und auch als Frauen mit der Selbstbeschreibung einer kindlichen ADHS (**Tab. 3**).

### Mittlere Antwortausprägungen bei Persistenz der Symptomatik (DSM-IV 314.00)

Es wurden die mittleren Antwortausprägungen für den DSM-IV-Subtyp „vorwiegend aufmerksamkeitsgestört“ getrennt nach Geschlechtern berechnet und Mittelwertsvergleiche (t-Test) mit  $\alpha$ -Adjustierung aufgrund multiplen Testens durchgeführt (**Tab. 4**). Für den Subtyp „vorwiegend hyperaktiv/impulsiv“ wurden aufgrund der geringen Zellenbesetzung bei Frauen (n=4) keine Berechnungen durchgeführt.

Die mittleren Antwortausprägungen bei den Einzelitems der WURS-k unterscheiden sich bei ADHS-Patienten vom „vorwiegend aufmerksamkeitsgestörten Typ“ getrennt nach Geschlecht jeweils nicht signifikant voneinander.

## Diskussion

Bei der Untersuchung einer weiblichen Untersuchungspopulation wurde ein

Tab. 2 Mittlere Antwortausprägung der WURS-k-Items in Abhängigkeit vom Cut-off-Wert 30					
Item-Nr.	Beschreibung	Frauen		Männer	
		WURS $\geq 30$ N=82	WURS $< 30$ N=84	WURS $\geq 30$ N=264	WURS $< 30$ N=379
1	Konzentrationsprobleme	3,10 (0,92)	1,12 (1,13)	2,97 (0,93)	1,19 (1,07)
2	Zappelig/nervös	2,37 (1,32)	0,96 (1,10)	2,72 (1,14)	1,06 (1,16)
3	Unaufmerksam/verträumt	3,02 (1,21)	1,21 (1,18)	2,70 (1,08)	1,15 (1,08)
5	Wutanfälle/Gefühlsausbrüche	2,68 (1,26)	0,52 (0,92)	2,25 (1,31)	0,53 (0,84)
6	Geringes Durchhaltevermögen	2,68 (1,23)	0,68 (1,06)	2,51 (1,14)	0,83 (1,01)
7	Traurig/depressiv	2,52 (1,23)	0,94 (1,21)	2,09 (1,29)	0,49 (0,84)
8	Ungehorsam/rebellisch	1,98 (1,37)	0,38 (0,64)	2,19 (1,32)	0,71 (0,95)
9	Geringes Selbstwertgefühl	2,85 (1,21)	1,27 (1,32)	2,36 (1,31)	0,79 (1,00)
10	Leicht irritierbar	2,90 (1,10)	1,06 (1,17)	2,58 (1,11)	1,06 (1,02)
11	Stimmungsschwankungen	2,56 (1,26)	0,55 (0,77)	2,24 (1,18)	0,63 (0,84)
13	Ärgerlich	2,28 (1,15)	0,56 (0,75)	2,19 (1,16)	0,74 (0,81)
15	Tendenz zur Unreife	1,76 (1,37)	0,72 (1,15)	1,98 (1,26)	0,79 (0,98)
16	Selbstkontrolle verlieren	1,89 (1,34)	0,31 (0,76)	1,93 (1,24)	0,39 (0,69)
17	Tendenz zur Unvernunft	2,23 (1,22)	0,58 (0,97)	2,05 (1,05)	0,92 (0,91)
18	Keine langen Freundschaften	2,32 (1,39)	0,54 (0,96)	1,89 (1,36)	0,45 (0,84)
19	Angst, die Selbstbeherrschung zu verlieren	1,74 (1,51)	0,23 (0,70)	1,33 (1,34)	0,27 (0,58)
20	Weglaufen	0,72 (1,28)	0,19 (0,72)	1,01 (1,44)	0,17 (0,60)
21	Raufereien	1,46 (1,42)	0,32 (0,58)	1,85 (1,41)	0,73 (0,91)
22	Schwierigkeiten mit Autoritäten	1,70 (1,43)	0,14 (0,47)	2,08 (1,40)	0,51 (0,85)
23	Ärger mit Polizei	0,21 (0,64)	0,12 (0,57)	0,68 (1,23)	0,06 (0,28)
24	Schlechte(r) Schüler(in)	2,09 (1,43)	0,73 (1,14)	2,03 (1,38)	0,66 (0,95)

Cut-off-Wert von 30 ermittelt. Dieser ist identisch mit dem Cut-off-Wert, der bereits in der Vergangenheit bei männlichen Probanden erhoben worden war [10]. Die Übereinstimmung der errechneten Cut-off-Werte für Männer und Frauen lässt erahnen, dass keine gravierenden Geschlechtsunterschiede in der Gesamtbetrachtung zu erwarten sind. Die differenzierte Betrachtung der 21 Einzelitems bildete bei 8 der 21 Items Geschlechtsunterschiede ab. Störungen der sozialen Adaptation (in Raufereien verwickelt sein, Schwierigkeiten mit Autoritäten und Ärger mit der Polizei) wurden von Männern retrospektiv in stärkerer Ausprägung geschildert als von Frauen. Die Frauen, die WURS-k-Werte  $\geq 30$  erreichen, beschrieben dagegen vermehrt internalisierende Störungen wie Traurigkeit/Depressivität, geringes Selbstwertgefühl, Angst die Selbstbeherrschung zu verlieren, Gefühlsausbrüche bzw. Wutanfälle und Probleme im zwischenmenschlichen Bereich (keine langen Freundschaften).

Unsere Ergebnisse unterstützen die Studien, in denen externalisierende Verhaltensweisen stärker bei Jungen mit

Tab. 3 Geschlechts- und Gruppenunterschiede bei der Selbstbeschreibung kindlicher ADHS-Symptome ohne Berücksichtigung einer Persistenz der Symptomatik<sup>a</sup>

Item 7 „traurig/depressiv“	
Item 9 „geringes Selbstwertgefühl“	
MAA: F (W+) > M (W+) > F (W-) > M (W-)	
Item 21 „in Raufereien verwickelt“	
MAA: M (W+) > F (W+) > M (W-) > F (W-)	
Item 15 „Wutanfälle/Gefühlsausbrüche“	
Item 18 „keine langen Freundschaften“	
Item 19 „Angst die Selbstbeherrschung zu verlieren“	
MAA: F (W+) > M (W+)	
Item 22: „Schwierigkeiten mit Autoritäten“	
MAA: M (W+) > F (W+)	
+ MAA: W+ > W-	
Item 23 „Ärger mit der Polizei“	
MAA: M (W+) > M (W-) / F (W-) / F (W+)	
<sup>a</sup> Mehrfachtestung, Scheffé-Prozdeur, $p \leq 0,05$ .	
MAA mittlere Antwortausprägung, F Frauen, M Männer, W+ WURS-k $\geq 30$ , W- WURS-k $< 30$ .	

ADHS registriert worden waren [1, 7, 15] und dies trotz des unterschiedlichen methodischen Zugangs der retrospektiven Selbstbeurteilung. Abikoff und Mitarbeiter [1] hatten Verhaltensbeobachtungen durchgeführt und der Metaanalyse von Gaub und Carlson [7] lagen Fremdbeurteilungen von Lehrern und Eltern zugrunde. Solange unsere Ergebnisse nicht mit Daten gesunder Probanden bzw. einer

weiteren psychiatrischen Kontrollgruppe in Beziehung gesetzt werden, kann abschließend nicht auf ADHS-spezifische Geschlechtsunterschiede geschlossen werden. Vielmehr muss als Hypothese in Betracht gezogen werden, dass sich allgemeine Geschlechtsunterschiede störungsunabhängig und -unspezifisch abbilden. Es ist deshalb auch geplant, diese Frage-

**Tab. 4** Mittlere Antwortausprägung der WURS-k-Items bei Personen mit ADHS vom Subtyp vorwiegend aufmerksamkeitsgestört (DSM-IV 314.00)<sup>a</sup>

Item-Nr.	Beschreibung	MAA (SD)		t-Test
		Frauen N=12	Männer N=25	
1	Konzentrationsprobleme	3,33 (0,78)	3,28 (0,68)	n.s.
2	Zappelig/nervös	1,75 (1,46)	2,76 (1,17)	n.s.
3	Unaufmerksam/verträumt	3,42 (0,97)	3,01 (0,86)	n.s.
5	Wutanfälle/Gefühlsausbrüche	2,58 (1,56)	1,80 (1,26)	n.s.
6	Geringes Durchhaltevermögen	3,00 (0,95)	2,36 (1,15)	n.s.
7	Traurig/depressiv	2,42 (1,38)	2,28 (1,28)	n.s.
8	Ungehorsam/rebellisch	2,42 (1,56)	1,96 (1,43)	n.s.
9	Geringes Selbstwertgefühl	2,75 (1,06)	2,48 (1,12)	n.s.
10	Leicht irritierbar	3,08 (1,08)	2,76 (0,83)	n.s.
11	Stimmungsschwankungen	2,42 (1,44)	2,20 (1,11)	n.s.
13	Ärgerlich	2,75 (1,14)	2,00 (1,26)	n.s.
15	Tendenz zur Unreife	1,83 (1,12)	1,92 (1,35)	n.s.
16	Selbstkontrolle verlieren	1,75 (1,29)	1,52 (0,92)	n.s.
17	Tendenz zur Unvernunft	1,83 (1,23)	2,40 (0,87)	n.s.
15	Keine langen Freundschaften	2,00 (1,04)	1,64 (1,29)	n.s.
19	Angst, die Selbstbeherrschung zu verlieren	1,50 (1,51)	0,92 (1,11)	n.s.
20	Weglaufen	1,08 (1,78)	0,56 (1,08)	n.s.
21	Raufereien	1,33 (1,30)	1,48 (1,45)	n.s.
22	Schwierigkeiten mit Autoritäten	1,50 (1,45)	1,68 (1,31)	n.s.
23	Ärger mit Polizei	0,25 (0,45)	0,36 (0,86)	n.s.
24	Schlechte(r) Schüler(in)	2,17 (1,27)	1,96 (1,21)	n.s.

<sup>a</sup>Getrennt nach Männern und Frauen und t-Tests mit  $\alpha$ -Adjustierung.

stellung in einer weiteren Untersuchung zu bearbeiten.

Berücksichtigt man die Subtypen der ADHS nach DSM-IV und betrachtet innerhalb der Gruppe mit Persistenz der Symptomatik im Erwachsenenalter die vom Typ „vorwiegend aufmerksamkeitsgestört“, bilden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede ab. Einschränkung ist dabei in Bezug auf die vorliegenden Ergebnisse festzuhalten, dass der Stichprobenumfang nur gering war und Ergebnisse zur Subgruppe der „vorwiegend impulsiven“ ADHS-Patienten noch fehlen.

Unsere Ergebnisse wie auch die Literaturdurchsicht machen deutlich, dass die Beurteilung bzw. Einschätzung von Geschlechtsunterschieden bei ADHS zum einen abhängig vom methodischen Zugang ist. So wurden beispielsweise in Studien, in denen die (aktuellen) ADHS-Symptome mit Selbstbeschreibungen erfasst wurden (z. B. [6, 4]), keine Geschlechtsunterschiede registriert. Zum anderen weisen die Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Biederman [3, 4, 5] auf

die Abhängigkeit der Ergebnisse von der Probandenselektion hin. Die von uns untersuchte Population unterliegt einer Selektion (Patienten der Spezialambulanz und forensische Probanden), so dass unsere Ergebnisse nicht uneingeschränkt auf die Gesamtheit der ADHS-Patienten übertragen werden können.

In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die deutsche Kurzversion der Wender Utah Rating Scale (WURS-k) auch bei Frauen und unabhängig von ADHS-Subtyp nach DSM-IV eingesetzt werden kann und ein zuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel zur Abklärung kindlicher ADHS Symptome darstellt.

### Korrespondierender Autor

**Dr. Petra Retz-Junginger**

Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie, Universität des Saarlandes  
66421 Homburg/Saar  
petra.retz.junginger@uniklinik-saarland.de

**Interessenkonflikt.** Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in

dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

### Literatur

1. Abikoff HV, Jensen PS, Arnold LLE et al. (2002) Observed Classroom Behavior of Children with ADHD: Relationship to Gender and Comorbidity. *J Abnorm Child Psychol* 30: 349–359
2. Arnold LE (1996) Sex differences in ADHD: Conference summary. *J Abnorm Child Psychol* 24: 555–569
3. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC et al. (2004) Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 55: 692–700
4. Biederman J, Kwon A, Aleardi M et al. (2005) Absence of Gender Effects on Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings in Nonreferred Subjects. *Am J Psychiatry* 162: 1083–1089
5. Biederman J, Mick E, Faraone SV et al. (2002) Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *Am J Psychiatry* 159: 36–42
6. DuPaul GJ, Schaughency EA, Weyandt LL et al. (2002) Self-Report of ADHD Symptoms in University Students: Cross-Gender and Cross-National Prevalence. *J Learn Disabil* 34: 370–379
7. Gaub M, Carlson C (1997) Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1036–1045



8. Gershon J (2002) A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord* 5: 143–154
9. Graetz BW, Sawyer MG, Baghurst P (2005) Gender Differences Among Children With DSM-IV ADHD in Australia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44: 159–168
10. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D et al. (2003) Reliabilität und Validität der Kurzform der Wender-Utah-Rating Scale zur retrospektiven Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Nervenarzt* 74: 987–993
11. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D et al. (2002) Wender Utah Rating Scale (WURS-k) Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 73: 830–838
12. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Thome J et al. (2004) Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter: Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) und Diagnosecheckliste (ADHS-DC). *Nervenarzt* 75: 888–895
13. Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (2001) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
14. Schaughency E, McGee R, Raja SN et al. (1994) Self-reported inattention, impulsivity, and hyperactivity at ages 15 and 18 years in the general population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 173–183
15. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY et al. (1996) Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 319–324

**Norbert Nedopil, Franz J. Freisleder,  
Volker Dittmann**

### **Forensische Psychiatrie – Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht**

Stuttgart: Georg Thieme-Verlag 2007, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, 490 S., 9 Abb., (ISBN 978-3-13-103453-3), gebunden, 119,95 EUR

Dieses Lehrbuch des Leiters der traditionsreichen Abteilung für Forensische Psychiatrie an der ebenso traditionsreichen Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität in München erfährt nach erstem Erscheinen im Jahre 1996 und Ergänzung im Jahre 2000 mit der jetzt vorgelegten dritten Auflage noch einmal eine deutliche Erweiterung und Vertiefung. Die Mitarbeit von Volker Dittmann aus der Schweiz und Reinhard Haller aus Österreich steht für die Einbeziehung der rechtlichen und forensisch-psychiatrischen Aspekte aus den deutschsprachigen Nachbarländern, deren Gesetzgebung in grundsätzlichen Fragen große Überschneidungen mit der Situation in unserem Lande aufweist, die jedoch durch manche Unterschiede in Einzelaspekten eine interessante Kontrastierung erlauben. Die speziellen Aspekte der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie werden durch einen Beitrag von Franz-Joseph Freisleder repräsentiert. Nedopil hat mit großer Sorgfalt und Sachkunde nicht nur den Corpus forensisch-psychiatrischen und kriminologischen Wissens der deutschsprachigen Länder einschließlich der Herleitung aus den historischen und konzeptionellen Entwicklungslinien dargestellt, sondern auch durch fortwährende Sichtung und Einarbeitung der Literatur, vor allem des anglo-amerikanischen Gebietes, das Buch auf den aktuellen Stand der internationalen Forschung gebracht. Systematisch werden klinisch-psychiatrische Kenntnisse über Ätiologie, Verlauf und Behandlung der für die Forensik wesentlichen Störungsbilder dargestellt und in Beziehung zu den forensisch-psychiatrischen Problemstellungen gesetzt. Alle wichtigen Themengebiete der Begutachtung sind verlässlich abgehandelt und bieten dem Anfänger im Feld wie dem Fortgeschrittenen ebenso umfassende wie ausgewogene Informationen. Mit besonderer Sorgfalt ist aufgrund der Schwerpunktsetzung der Münchener Abteilung und der

Forschungsinteressen des Autors der für Kriminalpolitik wie forensische Praxis wichtige Themenkreis der Prognose dargestellt. Hier konnten in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte nicht nur bezüglich der wissenschaftlichen Methodologie, sondern auch der empirischen Studienergebnisse erreicht werden. Zusätzlich waren Änderungen in der Gesetzgebung, in den einschlägigen Verordnungen und in der Rechtsprechung zu berücksichtigen. Wohltuend ist die vorsichtige, von großer Erfahrung getragene Bewertung von Möglichkeiten und Risiken der Prognoseerstellung. Praxisbezug und didaktischer Wert des Buches resultieren auch aus der kontinuierlichen Einarbeitung der Ergebnisse aus den Münchener forensischen Herbsttagungen und der bestens etablierten Fortbildungsseminare in Niederpöcking am Starnberger See. Zusammen mit einigen analogen Veranstaltungsreihen im Norden, Westen und Osten der Bundesrepublik haben sie für eine durchgreifende Qualitätsverbesserung der forensisch-psychiatrischen Arbeit gesorgt.

Lehrbücher wie dieses, die genannten wissenschaftlichen Symposien und Fortbildungsreihen sowie die gemeinsam mit DGPPN und Bundesärztekammer vorangetriebene Zertifizierung und Schwerpunktbezeichnung für „Forensische Psychiatrie“ haben Autorität und Glaubwürdigkeit dieser wichtigen Spezialdisziplin in den letzten 15 Jahren aus einer kritischen Situation herausgeführt. Ausdruck dafür ist auch die neue „Zeitschrift für Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie“. Der lebhaft Dialog mit den Nachbardisziplinen wird in den kommenden Jahren zu weiteren Auflagen des Nedopil'schen Buches führen. Ein grundsolides Standardwerk ist es schon jetzt.

*H. Saß (Aachen)*