

Sarimski, Klaus

**Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger
Behinderung – Prävalenz und Prävention**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 7, S. 510-526

urn:nbn:de:bsz-psydok-52165

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ÜBERSICHTSARBEITEN

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung – Prävalenz und Prävention

Klaus Sarimski

Summary

Psychopathology in Youths with Intellectual Disabilities – Prevalence and Prevention

A survey of epidemiological findings suggests a significantly increased level of emotional and behavioural problems in children and youth with intellectual disabilities. Some biological and social factors are presented which contribute to this elevated risk for psychopathology. Assessment and intervention planning needs to acknowledge genetic dispositions, and limitations of the capacity of information processing which characterise children with intellectual disabilities. Early intervention may help to prevent emotional and behavioural problems by supporting a positive parent-child relationship, increasing the parents' educational competence and assisting preschool teachers in supporting positive relationships with peers, and promoting social competence.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 510-526

Keywords

emotional and behavioural problems – intellectual disabilities – prevalence – prevention

Zusammenfassung

Epidemiologische Forschungsergebnisse sprechen für ein signifikant erhöhtes Risiko bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung, psychopathologische Auffälligkeiten auszubilden. Dazu tragen biologische und soziale Faktoren bei. Die diagnostische Beurteilung und Interventionsplanung muss bei Kindern mit geistiger Behinderung syndromspezifische genetische Dispositionen und Einschränkungen der Informationsverarbeitungsfähigkeiten berücksichtigen. Präventive Möglichkeiten bietet das System der Frühförderung. Die Fachkräfte der Frühförderung können positive Eltern-Kind-Beziehungen unterstützt, die Erziehungskompetenz der Eltern stärken und Erzieher beraten, wie sie positive Beziehungen zu Gleichaltrigen und soziale Kompetenzen fördern können.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 510 – 526 (2011), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

Schlagwörter

psychopathologische Auffälligkeiten – geistige Behinderung – Prävalenz – Prävention

1 Definition und Spektrum psychopathologischer Auffälligkeiten

Nach ICD-10 werden Intelligenzminderungen unterschiedlichen Grades als F70-F73 klassifiziert. Die Zuordnung richtet sich primär nach den Intelligenztestergebnissen. Kinder mit einem IQ > 50 werden als Kinder mit einer leichten Intelligenzminderung (F70) bezeichnet, Kinder mit einem IQ von 35-49 als Kinder mit einer mittelgradigen Intelligenzminderung (F71), Kinder mit einem IQ von 20-34 als Kinder mit einer schweren Intelligenzminderung (F72). Kinder mit einem IQ < 20 gelten als schwerst behindert (F73).

Bei Kindern mit Intelligenzminderungen stößt die herkömmliche psychiatrische phänomenologisch-deskriptive Herangehensweise, das Zusammentreffen von bestimmten Symptomen als Ausdruck einer psychischen Störung zu betrachten und auf diesem Weg eine Diagnose zu stellen, auf besondere Probleme. Die Beurteilung einzelner „auffälliger Verhaltensweisen“ als Symptome einer psychischen Störung ist schwieriger, da aufgrund der Entwicklungsverzögerung zwischen „normalem“ und „nicht normalem“ Verhalten weniger leicht unterschieden werden und das subjektive Empfinden des Kindes in der Regel nicht erfragt werden kann. Die beobachteten Verhaltensweisen müssen vielmehr im Kontext der biologischen und genetischen Voraussetzungen der Entwicklung eines Kindes, der psychosozialen Bedingungen seiner Entwicklung, des Entwicklungsstandes seiner psychischen Funktionen und seiner Lebensumstände interpretiert werden. Erst auf der Grundlage dieser Gesamtschau kann die Beschreibung der vorgefundenen Symptomatik zu einer Diagnose im Sinne der Klassifikationssysteme ICD oder DSM führen (Dosen, 2010).

Die Schwierigkeiten der Abgrenzung von „Verhaltensauffälligkeiten“ und „psychischen Störungen“ spiegeln sich auch in der Begriffsverwendung in der Fachliteratur wider. Von einigen Autoren werden Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit geistiger Behinderung generell als äußere Erscheinungsform einer psychischen Störung betrachtet und primär im Kontext medizinisch-biologischer Faktoren interpretiert. Andere Autoren verwenden den Begriff der „Verhaltensstörung“ für ein Verhalten, das an die Umgebung nicht angepasst ist und eine gestörte Interaktion zwischen dem Kind und seiner Umwelt zur Folge hat. Sie sehen somit die Ursache für die Ausbildung dieses „problematischen Verhaltens“ eher in einer mangelnden Passung zwischen den Kompetenzen des Kindes und seiner Umwelt.

Die Versuche, die Schwierigkeiten der differentialdiagnostischen Abgrenzung empirisch zu lösen, führen ebenfalls nicht zu einem befriedigenden Ergebnis. Wenn Verhaltensprobleme unabhängig von psychischen Störungen sind, müsste angenommen werden, dass sich in empirischen Studien entweder keine oder einheitlich

hohe Korrelationen zwischen beiden fänden. Wenn sie spezifisch als Symptome für bestimmte psychische Störungen betrachtet werden können, müssten sich dagegen differentielle Korrelationen zeigen. So wäre z. B. zu erwarten, dass Selbstverletzungen spezifisch bei Persönlichkeitsstörungen oder akuten psychotischen Episoden auftreten, aggressives Verhalten bei Impulskontrollstörungen und antisozialen Störungen, stereotype Verhaltensformen bei autistischen Störungen. Untersuchungen bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung fanden Belege für beide Hypothesen (Rojahn, Borthwick-Duffy, Jacobson, 1993; Rojahn, Matson, Naglieri, Mayville, 2004). Die Interpretation der Ergebnisse bleibt umstritten, zumal die Diagnose der psychischen Störungen eben jeweils nicht ohne Interpretation beobachtbarer Verhaltensweisen als Symptome möglich ist.

Für die folgende Übersicht soll daher von einem komplexen Bedingungsgefüge bei der Ausbildung psychopathologischer Auffälligkeiten ausgegangen werden, in dem entwicklungspsychologische, familiäre und soziale Faktoren mit biologischen und genetischen Vulnerabilitäten zusammenwirken. Die einzelnen Faktoren können unterschiedliches Gewicht für die Beurteilung haben, ob es sich bei „auffälligem Verhalten“ um den Ausdruck einer psychischen Störung handelt. Immer aber handelt es sich um Verhalten, das der Umgebung als störend, fremd oder unangemessen erscheint und einen besonderen Hilfebedarf anzeigt (Dykens, 2000).

Bei Kindern mit einer leichten Behinderung findet sich ein ähnliches Spektrum von auffälligen Verhaltensweisen wie bei nicht behinderten Kindern. Dazu gehören z. B. aggressive Verhaltensformen wie Treten, Schlagen, Kratzen, Anschreien, Haare ziehen, Bewerfen mit Gegenständen oder Anspucken. Destruktive Verhaltensformen wie Zerstören von Gegenständen, Bilder von den Wänden reißen, Möbelstücke umwerfen, Gegenstände vom Tisch werfen, Brillen zerbrechen, kommen ebenso vor wie Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität. Ängstliche Verhaltensweisen, sozialer Rückzug und depressive Stimmungen finden sich gleichfalls im Spektrum der auffälligen Verhaltens- und Erlebensweisen.

Bei Kindern mit einer schweren Behinderung treten darüber hinaus nicht selten auffällige Verhaltensformen auf, die bei nicht behinderten Kindern nur sehr selten zu beobachten sind. Dazu gehören Stereotypen wie Körperschaukeln, Armwedeln, Handmanierismen, ritualistisches Verhalten im Umgang mit Gegenständen, selbstverletzende Verhaltensweisen wie Schlagen an den eigenen Kopf oder Körper, Haare ausreißen, sich beißen, Augenbohren, Aufkratzen der Haut, Finger- oder Fußnägel ausreißen, Pica (Essen von nicht essbaren Objekten), Ruminieren (Hochwürgen von Nahrung) oder Kotschmierern.

Aggressive, destruktive, impulsive, hyperaktive, stereotype oder selbstverletzende Verhaltensweisen dieser Art belasten die sozialen Beziehungen des Kindes oder Jugendlichen in hohem Maße und stellen Eltern, Erzieher, Lehrer und Gleichaltrige vor besondere Herausforderungen.

2 Epidemiologie und Verlauf

Epidemiologische Studien aus unterschiedlichen Ländern zeigen, dass die Häufigkeit solcher problematischer Erlebens- und Verhaltensformen bei Kindern und Jugendlichen um das Drei- bis Vierfache höher ist als bei Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung. Einzelne Studien und Übersichtsarbeiten kommen zu dem Schluss, dass bei 30 bis 60 % der Kinder behandlungsbedürftige emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten vorliegen. So wurde z. B. in den Niederlanden eine Untersuchung mit klinischen Fragebögen (u. a. der Child Behavior Checklist) an einer repräsentativen großen Stichprobe von Kindern im Schulalter durchgeführt. Bei über 50 % der Kinder mit einem IQ zwischen 30 und 60 gaben die Bezugspersonen soziale Probleme, bei 38 % Aufmerksamkeitsstörungen, bei 22 % soziales Rückzugsverhalten und bei fast 20 % aggressives Verhalten an (Dekker, Koot, van der Ende, Verhulst, 2002; Tab. 1). In einer standardisierten kinderpsychiatrischen Untersuchung bei 474 Kindern aus der gleichen Stichprobe wurde bei 22 % der Kinder eine Angststörung, bei 17 % eine Störung des Sozialverhaltens und bei 15 % eine Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert (Dekker u. Koot, 2003). Untersuchungen in Norwegen, England und Australien kommen zu ähnlichen Prävalenzangaben (Stromme u. Diseth, 2000; Emerson, 2003; Einfeld u. Tonge, 1996).

Tabelle 1: Relativer Anteil (%) von Kindern mit auffälligen CBCL-Skalenwerten bei leichter vs. schwerer intellektueller Behinderung (Dekker et al., 2002)

	IQ > 80 (n = 1855)	IQ 60-80 (n = 668)	IQ 30-60 (n = 300)
Zurückgezogen	5.4	17.5	22.3
Ängstlich-depressiv	6.6	16.8	10.3
Soziale Probleme	5.1	35.5	51.7
Aufmerksamkeitsstörung	6.0	30.7	38.0
Aggressives Verhalten	5.2	21.0	19.7

Der Befund einer erhöhten Prävalenz psychopathologischer Auffälligkeiten ist vom Alter weitgehend unabhängig. Emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten treten bereits bei 2- bis 4-jährigen Kindern mit Verzögerungen der geistigen Entwicklung wesentlich häufiger auf als bei nicht behinderten Kindern (Baker, Blacher, Crnic, Edelbrock 2002). Selbsteinschätzungen von Jugendlichen (11-18 Jahre; IQ > 48) im „Youth Self-Report“ ergaben ebenfalls eine mindestens doppelt so hohe Rate psychischer Auffälligkeiten im Vergleich zu Jugendlichen mit altersgemäßen intellektuellen Fähigkeiten (Douma, Dekker, Verhulst, Koot, 2006).

Longitudinalstudien sprechen darüber hinaus für eine hohe Stabilität von problematischen Verhaltensformen. In der niederländischen Untersuchung wurden z. B. im Laufe einer Beobachtungszeit bis zum 18. Lebensjahr drei Erhebungen durchgeführt. Über diesen Zeitraum blieben die Unterschiede zur Prävalenz bei nicht

behinderten Kindern weitgehend unverändert. Lediglich in der Rate aggressiver Verhaltensstörungen fand sich eine stärkere Abnahme bei den Kindern mit geistiger Behinderung als bei der Vergleichsgruppe (de Ruiter, Dekker, Verhulst, Koot, 2007). In einer australischen Longitudinalstudie, die sich über 14 Jahre erstreckte, sank die Rate von Kindern mit behandlungsbedürftigen Verhaltensauffälligkeiten in diesem Zeitraum lediglich von 41 % auf 31 % (Einfeld et al., 2006).

Das Vorkommen einer leichten geistigen Behinderung kovariiert mit dem sozio-ökonomischen Familienstatus. Es liegt die Vermutung nahe, dass die erhöhte Prävalenz von psychopathologischen Auffälligkeiten in dieser Gruppe allein auf benachteiligende Lebensumstände zurückzuführen sein könnte. Populationsstudien zeigten jedoch, dass die Unterschiede in den Prävalenzraten von Kindern mit und ohne Behinderung zwar etwas geringer wurden, wenn dieser Faktor systematisch kontrolliert werden konnte, jedoch unverändert signifikant sind (Emerson, Einfeld, Stancliffe, 2010). Unterschiede in demographischen Faktoren erklären die hohen Prävalenzraten somit nicht.

Die Qualität der Familienbeziehungen spielt dagegen eine Rolle. Eine Verlaufsstudie bei 125 behinderten dreijährigen Kindern von Mitchell und Hauser-Cram (2009) prüfte prädiktive Zusammenhänge. Die Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten im Alter von fünf Jahren ließ sich zuverlässig vorhersagen aus der Zahl von belastenden Lebensereignissen und der Qualität der Beziehungen (d. h. dem Zusammenhalt vs. Konflikten) innerhalb der Familie. In insgesamt hoch belasteten Familien ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass auch Kinder mit geistiger Behinderung problematische Verhaltensweisen ausbilden.

Für selbstverletzende Verhaltensweisen sind zusätzlich spezifische Zusammenhänge nachgewiesen. Sie treten häufiger auf, wenn die Kinder schwer behindert sind und über geringe rezeptive und expressive Sprachfähigkeiten verfügen (z. B. McClintock, Hall, Oliver, 2003).

Angeichts der weiten Verbreitung von psychopathologischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ist die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung dieser Gruppe völlig unzureichend. Dekker und Koot (2003) berichteten z. B., dass nur weniger als ein Drittel der Kinder mit behandlungsbedürftiger Symptomatik tatsächlich einer Facheinrichtung vorgestellt worden waren; in der australischen Studie von Einfeld et al. (2006) waren es sogar nur 10 % der untersuchten Stichprobe. Dass die Versorgungssituation in Deutschland nicht besser sein dürfte, ergibt sich aus einer Umfrage bei sämtlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Deutschland, die Hennicke (2007) durchführte. Nur 6 % dieser Einrichtungen verfügten danach über ein spezialisiertes diagnostisches und therapeutisches Angebot für diese Patientengruppe.

3 Zusammenwirken biologischer und sozialer Einflussfaktoren

Die hohe Prävalenz psychopathologischer Auffälligkeiten lässt sich aus einem Zusammenwirken biologischer und sozialer Bedingungen verstehen. Von einer geistigen Behinderung als Störung der Hirnreifung sind vielfältige Prozesse der kognitiven, kommunikativen und sozial-emotionalen Entwicklung betroffen. Die Fähigkeiten zur Aufmerksamkeitssteuerung, Informationsverarbeitung, Handlungsplanung, Sprachverarbeitung und Sprachproduktion sowie zur Selbstregulation von Affekten und Aktivität sind dauerhaft beeinträchtigt. Dies bedeutet ein erhöhtes Risiko, dass die Kinder und Jugendlichen mit der Bewältigung von sozialen Anforderungen im Alltag, d. h. in der Familie, im sozialen Kontakt mit Gleichaltrigen, im Kindergarten oder in der Schule, überfordert werden. Es fällt ihnen schwerer als gleichaltrigen Kindern, soziale Situationen zu erfassen, Zusammenhänge zu verstehen, adaptive Handlungsstrategien zu entwickeln, soziale Konflikte zu lösen und eigene Affekte und Impulse zu steuern. Damit wirken viele Alltagssituationen als Stressoren, auf die die Kinder ängstlich, abwehrend oder in anderer Weise dysfunktional reagieren (Abb. 1).

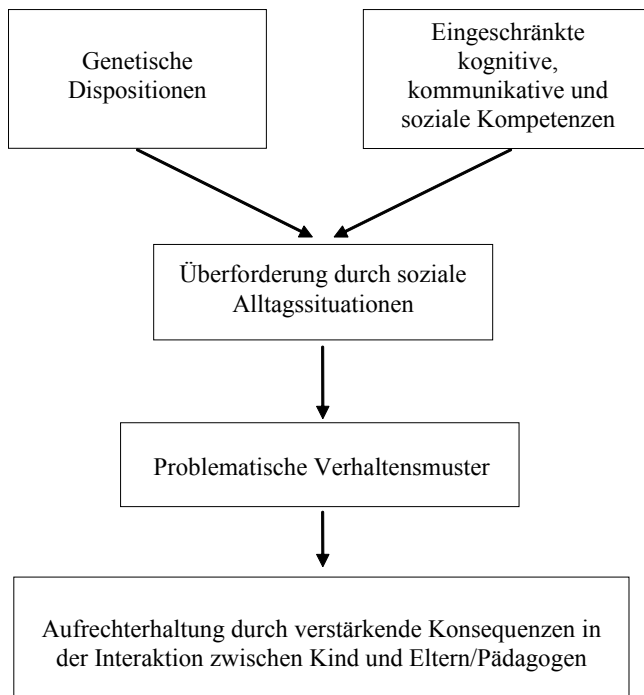


Abbildung 1: Bedingungsgefüge bei der Ausbildung problematischer Verhaltensformen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung

Von den ersten Lebensjahren an sind sie zur Alltagsbewältigung stärker als nicht behinderte Kinder darauf angewiesen, dass sich ihre Eltern auf ihre spezifischen Dispositionen und Verarbeitungsprobleme einstellen, ihre sozialen Erwartungen und Anforderungen anpassen und die Kinder bei der Bewältigung des Alltags unterstützen. Die Eltern geistig behinderter Kinder sind jedoch in ihrer Erziehungskompetenz verunsichert. Sie haben Schwierigkeiten, den Hilfebedarf der Kinder adäquat einzuschätzen, und sind selbst durch die emotionale Auseinandersetzung mit der Diagnose, die Sorgen um die gemeinsame Zukunft und die vielfältigen praktischen Anforderungen der Pflege und Betreuung des Kindes in ihrem psychischen Gleichgewicht bedroht (Sarimski, 2009). Es besteht die Gefahr ungünstiger Wechselwirkungen, d. h. einer Verstärkung von kindlichen Symptomen durch ungünstige erzieherische Reaktionen im Sinne einer „negativen Gegenseitigkeit“ (Papoušek, 1996). Analysen der Interaktions- und Beziehungsformen zeigen, dass sich gehäuft übermäßig direkte Interaktionsmuster herausbilden, auf die die Kinder mit zunehmendem sozialem Rückzug oder oppositionellem Verhalten reagieren (Sarimski, 2009).

Nicht behinderte Kinder verfügen über Ressourcen zur Ausbildung eines positiven Selbstbildes und emotionaler Zufriedenheit, wenn ungünstige familiäre Beziehungsformen vorliegen. Diese Ressourcen sind Kindern mit einer geistigen Behinderung weniger zugänglich. Infolge ihrer eingeschränkten kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten fällt es ihnen oft schwer, stabile soziale Kontakte zu anderen Kindern zu knüpfen. Ihr Unterstützungsbedarf für den Aufbau sozialer Kompetenzen wird von Erziehern und Lehrern unzureichend wahrgenommen, so dass sich seltener positive soziale Beziehungen und Freundschaften entwickeln (Buysse, Goldman, Skinner, 2002). Die Kinder erfahren weniger Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten, erleben sich häufiger als sozial ausgegrenzt und haben weniger Gelegenheiten zur Selbstbestimmung als nicht behinderte Kinder.

Bei Kindern mit spezifischen genetischen Syndromen bestehen zusätzliche Einschränkungen in der Wahrnehmung und Verarbeitung von Umweltreizen sowie in der Selbstregulation von Aufmerksamkeit und Affekten, die zur Ausbildung von charakteristischen Verhaltensphänotypen führen (Sarimski, 2003). Die genetische Veränderung führt dabei nicht auf direktem Wege zur Ausbildung von spezifischen, auffälligen Verhaltensweisen, wirkt jedoch als ungünstige Disposition, die es den Kindern erschwert, auf Umweltreize und soziale Anforderungen adäquat zu reagieren (Langthorne u. McGill, 2008).

So lassen sich z. B. viele Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen mit Fragilem-X-Syndrom als Probleme der Reizverarbeitung und Selbstregulation verstehen. Bei mehr als zwei Dritteln der Jungen mit dieser Anlagestörung werden Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsprobleme sowie soziale Scheu diagnostiziert. Die kritischen Verhaltensformen sind jedoch nicht unabhängig von den sozialen Anforderungen, mit denen die Kinder konfrontiert werden. Sie treten vor allem in Situationen auf, in denen ihnen das Gegenüber und die Anforderung fremd sind. In diesen Momenten können sie ihre Impulse nicht adäquat steuern, geraten in Erregungszustände und reagieren darauf mit Stereoty-

prien (z. B. Armwedeln), selbstverletzenden Verhaltensweisen (z. B. Beißen in die eigene Hand) und sozialem Rückzug. An vertraute Anforderungen können sie sich dagegen wesentlich besser anpassen, indem sie auf ritualisierte Verhaltensformen zurückgreifen. Ähnliche Zusammenhänge zwischen sozialen Anforderungen und einer erhöhten Rate von Stereotypen lassen sich auch bei Mädchen mit Rett-Syndrom beobachten.

Ein anderes Beispiel für die Zusammenhänge zwischen sozialen Anforderungen und problematischen Verhaltensweisen stellen Kinder mit Prader-Willi-Syndrom dar. Bei ihnen gehört eine Disposition zu zwanghaften Verhaltensweisen zum charakteristischen Verhaltensphänotyp. Analysen der Auftretenszusammenhänge sprechen dafür, dass es sich dabei um negativ verstärkte Verhaltensmuster handelt, mit denen die Kinder ihr Erregungsniveau in überfordernden Situationen zu regulieren versuchen. Bei Kindern mit Smith-Magenis-Syndrom gehören dagegen eine Störung des circadianen Rhythmus mit schweren Schlafstörungen und eine reduzierte Schmerzempfindlichkeit (sensorische Neuropathie) zu den biologischen Entwicklungsbesonderheiten. Kinder mit dieser Anlagestörung sind leicht reizbar und entwickeln häufig schwere selbstverletzende Verhaltensweisen. Diese charakteristischen Verhaltensmerkmale lassen sich als Folge der sensorischen Neuropathie interpretieren, die zu einer Enthemmung selbstverletzender Verhaltensweisen beiträgt. Zusammenfassende Übersichten über Verhaltensphänotypen bei genetischen Syndromen und ihre Auswirkungen auf Erlebens- und Verhaltensformen finden sich z. B. bei Sarimski (2003) und Paclawski (2010).

4 Konsequenzen für die Diagnostik

Die geschilderten Zusammenhänge zwischen biologischen Verhaltensdispositionen, behinderungsbedingten Einschränkungen der Verarbeitungs- und Selbstregulationsfähigkeiten und sozialen Anforderungen haben Konsequenzen für die Diagnostik von auffälligen Verhaltensweisen und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung.

Bei Kindern und Jugendlichen mit leichter Intelligenzminderung können zur Beurteilung von Art und Schwere von Verhaltensauffälligkeiten die gleichen Verfahren eingesetzt werden wie bei nicht behinderten Kindern. In dieser Gruppe führen z. B. die „Child Behavior Checklist“ (CBCL) oder der Fragebogen „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ-D) zu reliablen und validen Einschätzungen (Noterdaeme, Minnow, Amorosa, 1999; Dekker et al., 2002; Koskentausta, Iivanainen, Almquist, 2004; Kapstein, Jansen, Vogels, Reijneveld, 2008).

Um die psychopathologische Auffälligkeit eines Kindes mit mittelgradiger oder schwerer Behinderung adäquat beurteilen zu können, ist jedoch die Verwendung von Fragebögen zu empfehlen, die Items mit besonderer Relevanz für Kinder mit geistiger Behinderung und entsprechende Vergleichsnormen enthalten. Dazu gehören der „Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen“ (VFE; Einfeld, Tonge, Steinhausen, 2007), der die deutsche Übersetzung des international verbreiteten („Developmental

Behavior Checklist“, DBC) darstellt. In ihm werden Fragen zu fünf Problembereichen gestellt: disruptiv-antisoziales Verhalten, selbst-absorbiertes Verhalten, Kommunikationsstörung, Angst und soziale Beziehungsstörungen. Eine Alternative stellt der „Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten von behinderten Kindern“ dar (NCBRF; Aman, Tasse, Rojahn, Hammer, 1996; Sarimski u. Steinhausen, 2007). Mit diesem Fragebogen werden Einschätzungen von Eltern und Pädagogen abgefragt zu folgenden Bereichen auffälligen Verhaltens: oppositionell-aggressives Verhalten, soziale Unsicherheit, Hyperaktivität, zwanghaftes Verhalten, selbstverletzendes Verhalten und Reizempfindlichkeit.

Die aufgeführten Verfahren sind so genannte Breitbandverfahren. Sie können durch störungsspezifische Verfahren ergänzt werden, wenn Hinweise auf ausgeprägte stereotype, selbstverletzende oder aggressiv-destruktive Verhaltensweisen vorliegen. Dafür eignet sich z. B. das „Inventar für Verhaltensprobleme“ (IVP; Rojahn, Matson, Lott, Esbensen, Smalls, 2001; Sarimski u. Steinhausen, 2007).

Keines dieser Verfahren erlaubt jedoch eine Einschätzung der funktionalen Zusammenhänge des auffälligen Verhaltens. Dazu ist eine „Funktionale Verhaltensanalyse“ (Sarimski u. Steinhausen, 2008) erforderlich, bei der durch eine differenzierte Befragung der Eltern und/oder Pädagogen und eine systematische Protokollierung von Verhaltensbeobachtungen eine diagnostische Arbeitshypothese gebildet wird, welche Bedingungen das kritische Verhalten auslösen und aufrechterhalten. Die oben geschilderte Bedeutung von anlagebedingten Dispositionen und behinderungsbedingten Einschränkungen der Verarbeitungs- und Selbstregulationsfähigkeiten macht es erforderlich, bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen besonderes Gewicht auf die Analyse der Auslösebedingungen zu legen. Es gilt, aus Gemeinsamkeiten von Situationen, in denen das kritische Verhalten auftritt, Hypothesen abzuleiten, welche sozialen Anforderungen es im Einzelfall sind, die die Reizverarbeitung, das Verstehen von Zusammenhängen, das Sprachverständnis oder die Fähigkeit zur Handlungsplanung und Impulskontrolle des Kindes überfordern. Der zweite Fokus der Verhaltensanalyse liegt – wie bei nicht behinderten Kindern und Jugendlichen auch – auf den sozialen Konsequenzen, die sie auf ihr kritisches Verhalten erleben. Daraus ergeben sich Hypothesen, welche Interaktionsmuster sich zwischen dem Kind und seiner Umwelt ausgebildet haben, die im Sinne positiver und negativer Verstärkungsmechanismen das kritische Verhalten aufrechterhalten.

Bei behinderten Kindern und Jugendlichen gehört zu einer vollständigen Verhaltensanalyse schließlich auch eine differenzierte Bestimmung der Kompetenzen, um zu erkennen, welche Fähigkeiten dem Kind zu einer erfolgreichen Bewältigung der kritischen sozialen Anforderungen fehlen. Auch dieser Aspekt hat bei Kindern mit geistiger Behinderung einen höheren Stellenwert in der Diagnostik als bei Kindern mit unbeeinträchtigter kognitiver und sprachlicher Entwicklung. Das bedeutet nicht, dass in jedem Einzelfall eine vollständige Testdiagnostik aller Entwicklungsbereiche durchgeführt werden muss. Es sollte aber sehr wohl bestimmt werden, über welche Handlungs- und Kommunikationsfähigkeiten das Kind in den kritischen Alltagssituationen verfügt, in denen es bisher zu problematischem Verhalten kommt.

5 Positive Verhaltensunterstützung als Behandlungskonzept

Aus der funktionalen Analyse des Problemverhaltens ergibt sich in der Regel die Planung eines Behandlungskonzepts, bei dem die Veränderung von kritischen Auslösebedingungen, die Veränderung von aufrecht erhaltenden Konsequenzen und die Förderung von alternativen sozial-adaptiven und kommunikativen Kompetenzen miteinander kombiniert werden. Dieses Konzept lässt sich unter dem Begriff der „Positiven Verhaltensunterstützung“ („Positive Behavior Support“, PSB; Sarimski u. Steinhausen, 2008) zusammenfassen.

Ein Schwerpunkt der therapeutischen Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung liegt dabei in der Anpassung von sozialen Anforderungen an die eingeschränkten Verarbeitungs- und Selbstregulationsfähigkeiten der Kinder. Eltern und Pädagogen müssen wissen, wie sich anlagebedingte Dispositionen von Kindern mit genetischen Syndromen auf die Alltagsbewältigung auswirken, und präventive Hilfen kennen lernen, mit denen sie die Kinder unterstützen können. So kann es bei Kindern mit begrenztem Sprachverständnis und eingeschränkten Gedächtnisfunktionen sinnvoll sein, die Tagesstruktur und den Ablauf einzelner Aufgaben durch Visualisierungshilfen überschaubar zu machen, damit sie Übergänge besser tolerieren und neue Aufgaben annehmen können. Es kann Kindern mit begrenzten Fähigkeiten zur affektiven Selbstregulation helfen, Wahlmöglichkeiten zwischen Aufgaben zu haben, frühzeitige Hilfen zu erhalten, um Frustrationen zu vermeiden, oder Rituale zu erleben, die ihnen Übergänge von einer Situation zu einer anderen zu erleichtern.

Der zweite Schwerpunkt liegt auf der gezielten Förderung sozial-adaptiver und kommunikativer Kompetenzen, die das bisherige Problemverhalten in der kritischen Situation ersetzen können. Je nach Auslösebedingung kann es z. B. darum gehen, mit einem nicht oder wenig sprechenden Kind alternative Kommunikationsformen einzüben, mit denen es Wünsche, Bedürfnisse oder Überforderung mitteilen kann. In der Interaktion mit anderen Kindern kann es wichtig sein, einzelne soziale Fertigkeiten einzüben, wie es Kontakt aufnehmen, gemeinsames Spiel organisieren oder Konflikte lösen kann. Die Veränderung aufrecht erhaltender Konsequenzen erfordert schließlich eine differenzielle positive Verstärkung dieser alternativen Verhaltensweisen und eine Reduzierung der bisher wirksamen Verstärkung von problematischen Verhaltensweisen.

Solche Konzepte der „Positiven Verhaltensunterstützung“ setzen eine intensive Zusammenarbeit mit Eltern und Pädagogen voraus und können nur wirksam werden, wenn die genannten Maßnahmen im natürlichen Lebensumfeld des Kindes oder Jugendlichen umgesetzt werden. Eine Psychotherapie in einem herkömmlichen kindertherapeutischen Setting, die als Einzeltherapie in einem „geschützten Therapieraum“ stattfindet, erweist sich in den meisten Fällen als nicht nachhaltig erfolgreich.

In den letzten Jahren ist eine Reihe von Meta-Analysen publiziert worden, die die Effektivität des geschilderten Behandlungskonzepts bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung unterschiedlichen Grades belegen (z. B. Didden, Korzilius, von Oorsow, Sturmey, 2006; Wood, Cho Blair, Ferro, 2009; Heyvaert, Maes, Onghena,

2010). Die Verfasser kommen zu dem einheitlichen Ergebnis, dass Behandlungsmaßnahmen dann erfolgreich sind, wenn sie auf einer sorgfältigen funktionalen Verhaltensanalyse beruhen, die Modifikation von Auslösebedingungen sowie die Förderung von alternativen Kompetenzen enthalten und im natürlichen Lebensumfeld des Kindes unter Einbeziehung der Familienmitglieder und Pädagogen durchgeführt werden.

6 Ansätze zur Prävention

6.1 Individuelle Elternberatung in der Frühförderung

Vielversprechende Möglichkeiten der Prävention von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Kindern mit geistiger Behinderung bieten sich im Arbeitsfeld der Frühförderung. Die Frühförderung geschieht in Deutschland überwiegend durch interdisziplinäre Frühförderstellen, sonderpädagogische Beratungsstellen und Sozialpädiatrische Zentren. Sie versteht sich als ein System von Hilfen, das nicht nur auf die unmittelbare Förderung der kindlichen Entwicklung zielt, sondern auch die Beratung der Eltern und Familien einbezieht in der Gestaltung der Beziehung zum Kind und in der Bewältigung der besonderen Herausforderungen, die mit einer schwerwiegenden Behinderung des Kindes einhergehen.

Im Mittelpunkt der Beratung steht die Vermittlung von Wissen über die Behinderung, die Sensibilisierung für die besonderen Hilfebedürfnisse des Kindes, die Unterstützung entwicklungsförderlicher Beziehungsformen und die Stärkung der familiären Bewältigungskräfte. Für die Beratung der Eltern liegen verschiedene Konzepte vor. Die Fachkräfte können nach dem Konzept der „Entwicklungspsychologischen Beratung“ (Ziegenhain, 2005), der „Marte-Meo-Methode“ (Bünder, Sirringhaus-Bünder, Helfer, 2009) oder der „Interaktionsorientierten Beratung“ (Sarimski, 2009) arbeiten. Diesen Konzepten ist eine videogestützte und ressourcenorientierte Arbeitsweise gemeinsam. Die Aufgabe des Beraters besteht darin, am Beispiel von videografierten Interaktionssituationen aus dem familiären Alltag die Eltern zu unterstützen, die Fähigkeiten und Hilfebedürfnisse des Kindes wahrzunehmen, seine kommunikativen Signale zu erkennen und adäquat zu beantworten. Auf diese Weise stärken die Eltern ihre Erziehungskompetenz. Erste Evaluationsstudien belegen, dass es auf diese Weise möglich ist, Schlüsselkompetenzen in der Prävention von psychischen Störungen wie Kooperationsbereitschaft, Ausdauer oder affektive Selbstregulation bei jungen Kindern mit geistiger Behinderung zu fördern (z. B. Mahoney, Kim, Lin, 2007).

Nicht alle Eltern profitieren von einer solchen videogestützten, interaktionsorientierten Beratung. Eltern, die durch die Auseinandersetzung mit der Diagnose, die Zukunftssorgen und die vielfältigen Alltagsanforderungen in hohem Maße psychisch belastet sind, fällt es schwer, sich auf die Beobachtung der Interaktionsmuster und Empfehlungen zur Veränderung einzustellen. Dies gilt umso mehr, wenn weitere belastende Lebensumstände vorliegen, z. B. schwere Partnerschafts-

konflikte, soziale Isolation, Armut, eigene psychische Erkrankung oder Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit. Es ist in diesen Fällen unerlässlich, die beziehungsorientierte Beratung mit elternzentrierten Hilfen zu verbinden. Dazu gehören stützende Maßnahmen zur Verbesserung von Familienbeziehungen, zur Mobilisierung sozialer Unterstützung und zur Stärkung der Zuversicht in die eigenen Bewältigungskräfte. Im Einzelfall kann auch eine psychotherapeutische Hilfe zur Auflösung unverarbeiteter Traumata durch die Diagnosemitteilung oder traumatisierender Erfahrungen in der eigenen Biografie indiziert sein. Die Frühförderstellen sind daher auf eine enge Vernetzung im System der Hilfen für Menschen in schwierigen Lebenslagen angewiesen.

Leider fehlen in Deutschland empirische Daten zu der Frage, in welchem Umfang die konzeptionell vorgesehenen beziehungs- und familienorientierten Elemente in der Praxis der Frühförderung tatsächlich umgesetzt werden. Die klinische Erfahrung in diesem Bereich und einzelne Studien aus den USA sprechen für eine erhebliche Diskrepanz zwischen den theoretisch fundierten Konzeptionen von Frühförderung und der Praxis. Anhaltspunkte geben Befragungen zur Zufriedenheit von Eltern mit der Frühförderung (z. B. Lanners, Carolillo, Cappelli, Lambert, 2003). So äußert sich zwar die Mehrheit der Eltern grundsätzlich zufrieden mit dem Angebot der Frühförderung. Ein Teil von ihnen vermisst jedoch konkrete Hilfen zur Förderung des Kindes im Alltag, zum Umgang mit problematischen Verhaltensweisen und Informationen zu entlastenden Hilfen. Eine Analyse von 160 Förderstunden, die Peterson, Luze, Eshbaugh, Jeon und Kantz (2007) vorlegten, zeigte z. B., dass sich die Frühförderfachkräfte zu fast einem Drittel der Zeit mit dem Kind allein beschäftigten; ein weiteres Drittel der Förderzeit wurde von der Beantwortung von Fragen der Eltern zur Entwicklung und weiteren Förderung bestimmt. Nur in 3 % der Zeit wurde die Interaktion zwischen der Mutter, bzw. dem Vater und dem Kind von der Fachkraft beobachtet und zum Gegenstand der Beratung gemacht.

Eine Reihe von ungünstigen Bedingungen in den unterschiedlichen Institutionen der Frühförderung lassen befürchten, dass die Chancen zur Prävention von Verhaltensauffälligkeiten behinderter Kinder nur unzureichend genutzt werden. Fachkräfte in Sonderpädagogischen Beratungsstellen und Interdisziplinären Frühförderstellen verfügen zwar über Kompetenzen zur Förderung behinderter Kinder auf der Basis ihrer Ausbildung als Sonderpädagogen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten oder Krankengymnasten, haben in dieser Ausbildung aber kaum Kompetenzen erwerben können, die sie auf ihre Rolle als Berater der Eltern vorbereiten. In Sozialpädiatrischen Zentren stehen zwar grundsätzlich psychologisch und psychotherapeutisch ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung, die diese Aufgabe übernehmen können. Nicht in allen Sozialpädiatrischen Zentren werden diese Fachkräfte aber im Sinne eines Tandems obligatorisch vom Kinderarzt in die Betreuung der Kinder einbezogen; zudem lässt die begrenzte Kapazität der Einrichtungen in vielen Fällen nur diagnostische Maßnahmen zu und lässt nicht genug Zeit für eine kontinuierliche Beratung der Eltern.

6.2 Elterntraining in Gruppenformaten

Eine weitere Möglichkeit der Prävention von Verhaltensauffälligkeiten behinderter Kinder liegt in Angeboten von „Elterntrainingsmaßnahmen“ in Gruppenformaten. Solche Ansätze haben sich als präventive Maßnahmen bei nicht behinderten Kindern bewährt.

Das Trainingsprogramm „Triple P – Positive Parenting Program“ ist ein Beispiel für einen solchen Ansatz, der sich in empirischen Forschungsarbeiten als wirksam erwiesen hat und zunehmend auch in Deutschland Verbreitung findet (Probst, 2009). In diesem Programm werden Erziehungsstrategien zur Förderung der kindlichen Entwicklung und zum Umgang mit problematischen Verhaltensweisen im Alltag vermittelt. Es handelt sich um ein standardisiertes Konzept für die Arbeit mit Elterngruppen, das bis zu zehn Sitzungen umfasst. Eine differenzierte Analyse der Auftretenszusammenhänge von kritischen Verhaltensweisen und eine Abstimmung auf individuelle Entwicklungs- und Verhaltensmerkmale sind nicht vorgesehen.

Die Durchführung dieses Programms bei Eltern von geistig behinderten Kindern im Vorschulalter ergab eine signifikante Reduzierung von problematischen Verhaltensweisen im Alltag, die sich in einem Follow-up-Zeitraum von einem Jahr als stabil erwies (Plant u. Sanders, 2007). Die Autoren haben ergänzende Empfehlungen für eine Anpassung an die spezifischen Herausforderungen von Eltern behinderter Kinder formuliert, die sich vor allem auf Techniken des Stressmanagements und den Umgang mit eigenen Sorgen und depressiven Stimmungen beziehen. Eine erste Evaluation einer deutschen Version in einer multizentrischen Studie an Sozialpädiatrischen Zentren ergab ebenfalls positive Effekte (Hampel et al., 2010); weitere Versorgungsstudien sind in Vorbereitung.

6.3 Förderung sozialer Kompetenzen in Kindertagesstätten

Kinder mit geistiger Behinderung besuchen inklusive Kindertagesstätten, integrative Gruppen oder Sonderkindergärten (die je nach Bundesland als selbständige heilpädagogische Kindergärten oder an die Sonderschule angegliederte Schulkindergärten organisiert sind). Auch hier bieten sich Möglichkeiten der Prävention von Verhaltensauffälligkeiten. Die dortigen Fachkräfte sind in ihrer Ausbildung als Erzieher oder Elementarpädagogen jedoch unzureichend auf die spezifischen Anforderungen der Förderung sozialer Kompetenzen geistig behinderter Kinder und auf den Umgang mit problematischen Verhaltensweisen dieser Gruppe von Kindern vorbereitet worden.

Um harmonische Beziehungen zu Peers zu entwickeln und ihre Anerkennung als Spielpartner in der Gruppe zu finden, sind eine Reihe von Vorläuferkompetenzen sozialer Fertigkeiten von Bedeutung, die bei Kindern mit geistiger Behinderungen in unterschiedlichem Maße beeinträchtigt sein können (Abb. 2).

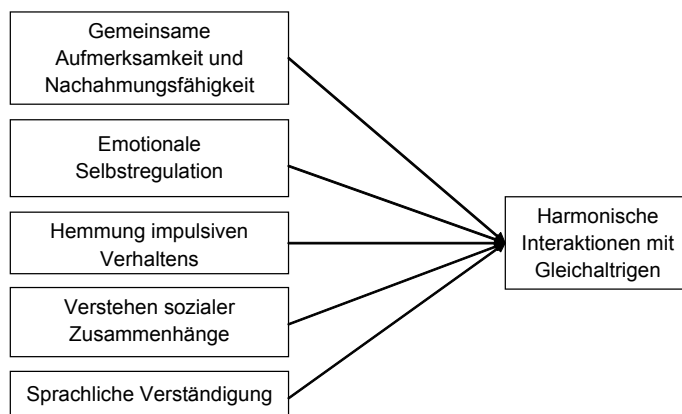


Abbildung 2: Vorläuferfertigkeiten für soziale Kompetenzen in der Beziehung zu Gleichaltrigen

Die Aufgabe der Fachkräfte besteht darin, die individuellen Hilfebedürfnisse des Kindes in sozialen Situationen zu erkennen. Kinder mit geistiger Behinderung sind oft nicht in der Lage, angemessene Formen der Kontaktaufnahme, der Reaktion auf Kontaktangebote, der Organisation von Spielabläufen oder der Lösung von sozialen Konflikten allein durch die Beobachtung anderer Kinder zu lernen oder selbst zu finden, sondern bedürfen der gezielten Anleitung in solchen sozialen Kompetenzen. Diese Anleitung kann durch direktes „Coaching“ des Kindes in kritischen sozialen Momenten oder in vom Erwachsenen gelenkten Kleingruppen geschehen.

Erzieher und Elementarpädagogen bedürfen der Fortbildung und der Beratung durch sonderpädagogische Fachkräfte aus den Frühförderstellen, um diese besondere Aufgabe erfolgreich übernehmen zu können. Auch hier fehlt es an einer ausreichenden zeitlichen Kapazität seitens der Frühförderstellen, verlässlichen Kooperationsbeziehungen zwischen Kindergärten und Frühförderstellen sowie Erfahrungen seitens der Fachkräfte der Frühförderung, wie sie die ihnen – zumindest zunächst – ungewohnte Rolle als Berater von Erziehern in partnerschaftlichen, gleichberechtigten Arbeitsformen gestalten können.

7 Resümee

Biologische Anlage, behinderungsbedingte Einschränkungen der Verarbeitungs- und Selbstregulationsfähigkeiten, ungünstige soziale Interaktionsmuster und fehlende Ressourcen zur Kompensation psychischer Belastungen tragen zu einem erhöhten Risiko bei, dass Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen ausbilden. Die Diagnostik und Interventionsplanung muss eine sorgfältige funktionale Analyse enthalten, bei der die

spezifischen auslösenden Bedingungen der Symptomatik und die sozial-adaptiven und kommunikativen Kompetenzen der Kinder im Mittelpunkt stehen. Präventive Chancen liegen in einer frühen Beratung der Eltern bei der Entwicklung förderlicher Beziehungen, der Stärkung der Eltern in ihren Erziehungskompetenzen sowie dem gezielten Einüben sozialer Kompetenzen im Kindergarten. Interdisziplinäre und sonderpädagogische Beratungsstellen sowie Sozialpädiatrische Zentren sollten so ausgestattet sein, dass Eltern und Erzieher diese präventiven Möglichkeiten flächendeckend nutzen können.

Literatur

- Aman, M., Tasse, M., Rojahn, J., Hammer, D. (1996). The Nisonger CBRF: A child behavior rating form for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 41-57.
- Baker, B., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 433-444.
- Bünder, P., Sirringhaus-Bünder, A., Helfer, A. (2009). *Lehrbuch der Marte-Meo-Methode. Entwicklungsförderung mit Videounterstützung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Buyse, V., Goldman, B., Skinner, M. (2002). Setting effects on friendship formation among young children with and without disabilities. *Exceptional Children*, 68, 503-517.
- Dekker, M., Koot, H. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 923-931.
- Dekker, M., Koot, H., van der Ende, J., Verhulst, F. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1087-1098.
- deRuiter, K., Dekker, M., Verhulst, F., Koot, H. (2007). Developmental course of psychopathology in youths with and without intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 498-507.
- Didden, R., Korzilius, H., von Oorsow, W., Sturmey, P. (2006). Behavioral treatment of challenging behaviors in individuals with mild mental retardation: Meta-analysis of single-subject research. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 290-298.
- Dosen, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Douma, J., Dekker, M., Verhulst, F., Koot, H. (2006). Self-reports on mental health problems of youth with moderate to borderline intellectual disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1224-1231.
- Dykens, E. (2000). Annotation: Psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 407-417.
- Einfeld, S., Tonge, B. (1996). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II. Epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 99-109.

- Einfeld, S. et al. (2006). Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA*, 296, 1981-1989.
- Einfeld, S., Tonge, B., Steinhausen, H.-C. (2007). Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen (VFE). Göttingen: Hogrefe.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58.
- Emerson, E., Einfeld, S., Stancliffe, R. (2010). The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 579-587.
- Hampel, O., Hasmann, S., Schaadt, A., Holl, R., Petermann, F., Hasmann, R. (2010). Effekte des Stepping Stones Elterngruppentrainings für Familien mit behinderten Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 1-12.
- Hennicke, K. (2007). Psychische gestörte Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Deutschland. *Geistige Behinderung*, 45, 188-201.
- Heyvaert, M., Maes, B., Onghena, P. (2010). A meta-analysis of intervention effects on challenging behavior among persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 634-649.
- Kapstein, S., Jansen, D., Vogels, A., Reijneveld, S. (2008). Mental health problems in children with intellectual disability: Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 125-131.
- Koskenkausta, T., Iivanainen, M., Almqvist, F. (2004). CBCL in the assessment of psychopathology in Finnish children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 341-354.
- Langthorne, P., McGill, P. (2008). Functional analysis of the early development of self-injurious behavior: Incorporating gene-environment interactions. *American Journal on Mental Retardation*, 113, 403-417.
- Lanners, R., Carolillo, C., Cappelli, M., Lambert, J.-L. (2003). Die Wirksamkeit der Heilpädagogischen Früherziehung aus der Sicht der Eltern. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 72, 311-324.
- Mahoney, G., Kim, J. Mee, Lin, C. (2007). Pivotal behavior model of developmental learning. *Infants and Young Children*, 20, 311-325.
- McClintock, K., Hall, S., Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: A meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 405-416.
- Mitchell, D., Hauser-Cram, P. (2009). Early predictors of problem behaviors. Two years after early intervention. *Journal of Early Intervention*, 32, 3-16.
- Noterdaeme, M., Minow, F., Amorosa, H. (1999). Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist bei entwicklungsgestörten Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 183-188.
- Paclawski, T. (2010). Functional behavioral assessment: Its value in the treatment of maladaptive behaviors in individuals with neurogenetic syndromes. In B. Shapiro, P. Accardo (Hrsg.) *Neurogenetic syndromes – Behavioral issues and their treatment* (S. 135-152). Baltimore: Brookes.
- Papoušek, M. (1996). Frühe Eltern-Kind-Beziehungen: Gefährdungen und Chancen in der Frühentwicklung von Kindern mit genetisch bedingten Anlagestörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 45-52.

- Peterson, C. A., Luze, G., Eshbaugh, E., Jeon, H.-J., Kantz, K. (2007). Enhancing parent-child interaction through homevisiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of early intervention*, 29, 119-140.
- Plant, K., Sanders, M. (2007). Reducing problem behavior during care-giving in families with preschool-aged children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 362-385.
- Probst, P. (2009). Literatur-Review zur Validität des präventiven Elterntrainings Steppingstones Triple P. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 351-367.
- Rojahn, J., Borthwick-Duffy, S., Jacobson, J. (1993). The association between psychiatric diagnoses and severe behavior problems in mental retardation. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 163-170.
- Rojahn, J., Matson, J., Naglieri, J., Mayville, E. (2004). Relationships between psychiatric conditions and behavior problems among adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 109, 21-33.
- Rojahn, J., Matson, L., Lott, D., Esbensen, A., Smalls, Y. (2001). The behavior problems inventory: An instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior, and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 577-588.
- Sarimski, K. (2003). *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2009). *Frühförderung behinderter Kleinkinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K., Steinhausen, H.-C. (2007). *Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung. KIDS-2*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K., Steinhausen, H.-C. (2008). *Psychische Störungen bei geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Stromme, P., Diseth, T. (2000). Prevalence of psychiatric diagnoses of children with mental retardation: data from a population-based study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 266-270.
- Wood, B., Cho Blair, K.-S., Ferro, J. (2009). Young children with challenging behavior. *Function-based assessment and intervention. Topics in Early Childhood Special Education*, 29, 68-78.
- Ziegenhain, U. (2005). *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern*. Weinheim: Juventa.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Klaus Sarimski, Sonderpädagogische Frühförderung und allgemeine Elementarpädagogik, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Keplerstr. 87, 69120 Heidelberg; E-Mail: sarimski@ph-heidelberg.de