

Sarimski, Klaus

Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 5, S. 319-332

urn:nbn:de:bsz-psydok-45032

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/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bobzien, M.; Hausmann, V.; Kornder, T.; Manz-Gill, B.: „... damit Theo weiß, was er besser machen soll“. Kundenorientierung in der sozialtherapeutischen Kindergruppenarbeit – Ein Erfahrungsbericht aus dem Qualitätsmanagement einer Erziehungsberatungsstelle („... so that Theo knows what he should do better“. Client orientation in social-therapeutic child group work – An experiential report of quality management at a child guidance clinic)	497
Leweke, F.; Kurth, R.; Milch, W.; Brosig, B.: Zur integrativen Behandlung des instabilen Diabetes mellitus im Jugendalter: Schulung oder Psychotherapie? (Integrative treatment of instable Diabetes mellitus: Education or psychotherapy?)	347
Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D.: Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis (“Operationalised psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence” (OPD-CA) in practice) ...	77
Weber, M.; Klitzing, K. v.: Die Geschichtenstamm-Untersuchung in der klinischen Anwendung bei jüngeren Kindern (Story stem evaluation in clinical practice with young children)	333
Weißhaupt, U.: Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online (Virtual counselling: online help for adolescents)	573

Originalarbeiten / Original Articles

Bredel, S.; Brunner, R.; Haffner, J.; Resch, F.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	256
Dähne, A.; Aßmann, B.; Ettrich, C.; Hinz, A.: Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) für Kinder und Jugendliche (Norm values for the questionnaire to assess the own body (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FBeK) for adolescents)	483
Kaltenborn, K.: Ko-Produktion von Wissen zur Sorgerechtsregelung durch Betroffene: eine partizipative Studie (Co-production of knowledge about custody criteria with subjects affected by their parents' custody dispute: a participatory study)	167
Kastner-Koller, U.; Deimann, P.; Konrad, C.; Steinbauer, B.: Entwicklungsförderung im Kindergartenalter (The enhancement of development at nursery school age)	145
Keßels, T.: Angstträume bei neun- bis elfjährigen Kindern (Anxiety dreams in 9- to 11-year-old children)	19
Klicpera, C.; Gasteiger Klicpera, B.: Vergleich zwischen integriertem und Sonderschulunterricht: Die Sicht der Eltern lernbehinderter Schüler (Comparing students in inclusive education to those in special schools: The view of parents of children with learning disabilities)	685
Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter (Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school)	3

Miksch, A.; Ochs, M.; Franck, G.; Seemann, H.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen (What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache) . .	277
Prüß, U.; Brandenburg, A.; Ferber, C. v.; Lehmkuhl, G.: Verhaltensmuster jugendlicher Raucher (Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers)	305
Roebbers, C.M.; Beuscher, E.: Wirkungen eines Bildkärtchentrainings für Grundschulkin-der zur Verbesserung ihrer Ereignisberichte (Training children in event recall: Benefits of a brief narrative elaboration training)	707
Roth, M.; Bartsch, B.: Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde – Einige Bemerkungen zur „jugendgebundenen“ Delinquenz (Moffitt's developmental taxonomy as seen by new results – Some remarks on the "adolescence-limited" delinquency)	722
Sarimski, K.: Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form)	319
Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U.; Sams, J.: Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Parenting Stress Index and specific language impairment)	395
Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.: Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen (Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls)	419
Schulz, W.; Schmidt, A.: Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Kurzberatung in der Erziehungsberatung (Utilization and effectiveness of short-term counseling in child guidance)	406
Stauber, T.; Petermann, F.; Korb, U.; Bauer, A.; Hampel, P.: Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter (Obesity and coping in childhood)	182
Subkowski, P.: Harry Potter – das Trauma als Motor der psychischen Entwicklung (Harry Potter – The trauma as a drive for psychic development)	738
Weber, A.; Karle, M.; Klosinski, G.: Trennung der Eltern: Wie wird sie den Kindern vermittelt und welchen Einfluss haben Art und Inhalt der Mitteilung auf das Trennungserleben der Kinder? (Separation of parents: How is it conveyed to children? How does the content of the communication influence the separation experience of children?)	196
Widdern, S. v.; Häßler, F.; Widdern, O. v.; Richter, J.: Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordost-deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? (Ten years after german unification – Current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany)	652

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Benecken, J.: Zur Psychopathologie des Stotterns (On the psychopathology of stuttering)	623
Bergh, B. v. d.: Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode (The importance of the prenatal life period)	221
Bergh, P. M. v. d.; Knorth, E. J.; Tausendfreund, T.; Klomp, M.: Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und	

Aufgaben (Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks)	637
Bögle, R.M.: Beraterische Arbeit mit modernen Ausprägungen mythologischer Bilder (Counselling with modern expressions of mystic pictures)	560
Frölich, J.; Lehmkuhl, G.: Differenzialdiagnostische Zusammenhänge von Schlaf- und Vigilanzstörungen im Kindesalter – Verbindungen zu psychischen Störungen und organischen Erkrankungen (Differential diagnosis of sleep and vigilance disorders in children)	48
Kamp-Becker, I.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen (Diagnosis and etiology of Asperger syndrome in children and adolescents)	371
Keupp, H.: Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention (Resource support as the basis of projects for the prevention of violence and addiction)	531
Lehmkuhl, G.; Frölich, J.: Kinderträume: Inhalt, Struktur und Verlauf (Children's dreams)	39
Noeker, M.: Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy (Factitious disorder and factitious disorder by proxy)	449
Petermann, F.; Hampel, P.; Stauber, T.: Enuresis: Erklärungsansätze, Diagnostik und Interventionsverfahren (Enuresis: pathogenesis, diagnostics, and interventions)	237
Schreiner, J.: Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells (Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model)	468
Thiel-Bonney, C.; Cierpka, M.: Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen (Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders)	601
Vossler, A.: Wandel hoch drei – Beratung für Jugendliche in einer verunsichernden Gesellschaft (Change to the power of three – counselling for adolescents in a society which causes uncertainty)	547

Buchbesprechungen / Book Reviews

Amorosa, H.; Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. (<i>D. Irblich</i>)	61
Barrett, P.; Webster, H.; Turner, C.: FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression. (<i>K. Sarimski</i>)	65
Boeck-Singelmann, C.; Hensel, T.; Jürgens-Jahnert, S.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. (<i>L. Unzner</i>)	213
Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. (<i>K. Mauthe</i>)	364
Brandau, H.; Pretis, M.; Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. (<i>D. Irblich</i>)	439
Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	66
Erlor, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. (<i>A. Müller</i>)	137
Essau, C.A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	135
Etzersdorfer, E.; Fiedler, G.; Witte, M. (Hg.) (2003): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. (<i>K. Jost</i>)	441
Fay, E. (Hg.) (2003): Tests unter der Lupe 4. Aktuelle psychologische Testverfahren – kritisch betrachtet. (<i>M. Micklej</i>)	214

Feil, C. (2003): Kinder, Geld und Konsum. Die Kommerzialisierung der Kindheit. (W. Schweizer)	297
Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. (L. Unzner)	66
Flaake, K.; King, V. (Hg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. (C. v. Bülow-Faerber)	133
Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. (L. Unzner)	66
Fonagy, P.; Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. (L. Unzner) ..	66
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 46. (M. Hirsch)	130
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 47. (M. Hirsch)	209
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 48. (M. Hirsch)	514
Gabriel, T.; Winkler, M. (Hg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. (L. Unzner)	361
Gontard, A. v. (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. (E. Bauer) ..	757
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G. (2003): Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (M. H. Schmidt)	66
Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. (L. Unzner) ..	291
Günter, M. (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. (R. Schepker)	516
Häußler, A.; Happel, C.; Tuckermann, A.; Altgassen, M.; Adl-Amini, K. (2003): SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. (D. Irblich)	295
Hascher, T.; Hersberger, K.; Valkanover, S. (Hg.) (2003): Reagieren, aber wie? Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt in der Schule. (G. Roloff)	437
Herwig-Lempp, J. (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch. (D. Irblich)	678
Hobrucker, B. (2002): Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement. (R. Mayr)	208
Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (D. Irblich)	213
Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. (D. Irblich)	517
Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. (R. Mayr)	62
Klicpera, C.; Schabmann, A.; Gasteiger-Klicpera, B. (2003): Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. (D. Irblich)	675
Koch-Kneidl, L.; Wiese, J. (Hg.) (2003): Entwicklung nach früher Traumatisierung. (D. Irblich)	136
Krowatschek, D.; Albrecht, S.; Krowatschek, G. (2004): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten- und Vorschulkinder. (D. Irblich)	761
Kubinger, K.; Jäger, R. (Hg.) (2003): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. (D. Gröschke)	64
Lang, P.; Sarimski, K. (2003): Das Fragile-X-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern. (D. Irblich) ..	593
Langfeldt, H.-P. (Hg.) (2003): Trainingsprogramme zur schulischen Förderung. Kompendium für die Praxis. (D. Gröschke)	63

Lauth, G.W.; Grünke, M.; Brunstein, J.C. (Hg.) (2004): Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	679
Lepach, A.C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2003): Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen. Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER. (<i>D. Irblich</i>)	436
Maur-Lambert, S.; Landgraf, A.; Oehler, K.-U. (2003): Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. (<i>D. Irblich</i>)	293
Mayer, R.; Born, M.; Kähni, J.; Seifert, T. (2003): „Wirklich?! – Niemals Alkohol?!“ Problemskizzen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Eigenverlag (<i>E. M. Dinkelaker</i>)	596
Mentzos, S.; Münch, A. (Hg.) (2003): Psychose und Sucht. (<i>W. Schweizer</i>)	296
Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hg.) (2003): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. (<i>W. Schweizer</i>)	129
Möller, C. (2003): Jugend sucht. Drogenabhängige Jugendliche berichten. (<i>M. Schulte-Markwort</i>)	515
Oetker-Funk, R.; Dietzfelbinger, M.; Struck, E.; Volger, I. (2003): Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis. (<i>B. Plois</i>)	594
Papoušek, M.; Gontard, A. v. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. (<i>D. Irblich</i>)	212
Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. (<i>L. Goldbeck</i>)	756
Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): Emotionale Kompetenz bei Kindern. (<i>D. Irblich</i>)	292
Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung, herausgegeben von R. Fatke. (<i>D. Gröschke</i>)	63
Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	758
Reinehr, T.; Dobe, M.; Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. (<i>G. Latzko</i>)	676
Richman, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. (<i>Y. Ahren</i>)	760
Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Kinder mit Lern- und Sprachschwierigkeiten behandeln. (<i>M. Micklej</i>)	130
Sarimski, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. (<i>D. Irblich</i>)	440
Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. (<i>L. Mürbeth</i>)	595
Scheuerer-Engelisch, H.; Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2003): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. (<i>L. Unzner</i>)	289
Schönplugh, W. (2004): Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 2. Aufl. (<i>D. Gröschke</i>)	518
Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. (<i>L. Unzner</i>)	680
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. (<i>M. Micklej</i>)	211
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? (<i>K. Sarimski</i>)	762
Vossler, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. (<i>H. Heekerens</i>)	592
Watkins, J.G.; Watkins, H.H. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. (<i>D. Irblich</i>)	362

Winkelheide, M.; Knees, C. (2003): ... doch Geschwister sein dagegen sehr. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	365
Zander, B.; Knorr, M. (Hg) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	360

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Krowatschek, D. (2002): Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe, 4. Auf. (<i>C. Kirchheim</i>)	764
Rauer, W.; Schuck, K.-D. (2003): Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen (FEES 3–4). (<i>K. Waligora</i>)	139
Stadler, C.; Janke, W.; Schmeck, K. (2004): Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE). (<i>C. Kirchheim</i>)	521

Editorial / Editorial	1, 75, 529
Autoren und Autorinnen / Authors	60, 127, 207, 288, 359, 434, 513, 587, 674, 754
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	588
Tagungskalender / Congress Dates	71, 142, 216, 300, 367, 444, 524, 598, 683, 767
Mitteilungen / Announcements	220, 448, 527

Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“

Klaus Sarimski

Summary

Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form

Epidemiological data show a high prevalence of emotional and behavioral problems in children with intellectual disability. However there is a lack of standardized instruments designed to assess emotions and behaviors typically seen in mentally handicapped children. The results of a survey using the „Nisonger Child Behavior Rating Form“ are presented. Reliability coefficients, concordance of parent and teacher ratings, convergent and differential validity data are satisfactory to suggest its clinical use to identify problem areas which deserve special attention in the mental health care of children with intellectual disability.

Keywords: mental health – intellectual disability

Zusammenfassung

Epidemiologische Studien an Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung zeigen eine deutlich erhöhte Rate von emotionalen Störungen und Verhaltensproblemen. Es fehlt aber bisher an standardisierten Beurteilungsverfahren, die für eine spezifische und objektive Diagnostik in dieser Gruppe geeignet wären. Es werden die Erfahrungen beim Einsatz der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ in einer Gruppe von 246 Kindern zu Reliabilität, Übereinstimmung verschiedener Beurteiler, konvergenter Validität und Differenzierungskraft bei klinischen Teilgruppen berichtet. Das Verfahren kann für die Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung empfohlen werden.

Schlagwörter: psychische Störungen – geistige Behinderung

1 Einleitung

Epidemiologische Studien an Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung zeigen eine erhöhte Rate von emotionalen Störungen und Verhaltensproblemen im Vergleich zu nicht behinderten Kindern und Jugendlichen. Die Angaben

zur Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten schwanken zwischen 30% und 50% (Dykens 2000; Dekker et al. 2002). Die Variabilität der Prävalenzdaten ist auf Unterschiede in der Stichprobenzusammenstellung und Untersuchungsmethodik zurückzuführen. So ist die Rate von schwer aggressiven Verhaltensweisen, Stereotypien, selbstverletzendem Verhalten und autistischen Verhaltensmerkmalen umso höher, je mehr Kinder mit schwerer intellektueller Behinderung in der Untersuchung berücksichtigt werden (Borthwick-Duffy 1994). Viele dieser Kinder leben zudem in Wohneinrichtungen. Somit ergeben sich höhere Prävalenzraten bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen in Heimen gegenüber der von Kindern und Jugendlichen, die zu Hause aufwachsen.

Zwei methodische Ansätze wurden bislang bei der Beurteilung von emotionalen Störungen und Verhaltensproblemen verfolgt. Ein Teil der Untersucher benutzte psychiatrische Interviews mit Eltern und Beobachtungen der Kinder zur Diagnosestellung. So untersuchten z.B. Gillberg et al. (1986) eine repräsentative Stichprobe von 149 Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren. Bei 64% der Jugendlichen mit schwerer intellektueller Behinderung ($IQ < 50$) und 57% der Jugendlichen mit leichter intellektueller Behinderung ($IQ 50-70$) wurde die Diagnose einer psychischen Störung gestellt. Stromme und Diseth (2000) untersuchten eine vollständige Population in Norwegen und fanden eine oder mehrere psychische Störungen bei 42% der Kinder mit schwerer und bei 33% der Kinder mit leichter intellektueller Behinderung. Die häufigsten Diagnosen waren Hyperaktivität (16%), Störungen aus dem autistischen Spektrum (8%) und Stereotypien (5,5%). Die Häufigkeitsangaben für einzelne Diagnosen dürften allerdings auch mit der Reliabilität der Diagnosestellung schwanken, die zwischen den einzelnen Störungsbildern variiert; so ist es z.B. sehr schwer, depressive Störungen oder Ängste reliabel zu beurteilen bei Kindern mit niedrigem intellektuellem Entwicklungsstand und geringer oder gänzlich fehlender Fähigkeit zu verbalen Äußerungen.

Eine zweite Gruppe von Untersuchern benutzte standardisierte Fragebogen mit Grenzwerten („cut-off-scores“), die auf der Basis des klinischen Urteils ermittelt wurden, welche Kinder behandlungsbedürftige Störungen aufweisen. Da es zunächst an Instrumenten mit adäquater Standardisierung und Validität für geistig behinderte Kinder (insbesondere für schwer geistig behinderte Kinder) mangelte, griffen sie dabei zunächst auf die kinderpsychiatrischen Beurteilungsinstrumente zurück, die sich bei nicht behinderten Kindern bewährt haben. So wurde die „Child Behavior Checklist“ (CBCL) benutzt zur Einschätzung, wie ausgeprägt die Verhaltensauffälligkeiten eines behinderten Kindes im Vergleich zu nicht behinderten Kindern sind. Die Checklist eignet sich für Kinder mit leichter intellektueller Behinderung. Es fehlen aber Fragen zu Verhaltensweisen, die bei geistig behinderten Kindern auftreten und eine besondere Belastung bedeuten (z.B. unterschiedliche selbstverletzende und stereotype Verhaltensweisen), die bei nicht behinderten Kindern dagegen extrem selten sind, so dass ihre Validität bei Kindern mit schwerer Behinderung zweifelhaft ist.

Floyd und Gallagher (1997) untersuchten in einer Längsschnittstudie Kinder im Schulalter mit diesem Verfahren und fanden deutlich erhöhte Werte in der Skala „soziale Probleme“ und (bei Kindern, deren Eltern wegen Verhaltensauffälligkeiten

der Kinder Hilfe in Anspruch genommen hatten) in den Skalen „Aufmerksamkeitsprobleme“, „zwanghaftes Verhalten“ und „aggressives Verhalten“. Bäcker (2001) untersuchte 74 Kinder zwischen sechs und 15 Jahren, die im Sozialpädiatrischen Zentrum Gießen vorgestellt wurden. 51 von ihnen hatten einen Intelligenzquotienten zwischen 70 und 85, 23 einen Wert unter 70. 46% dieser Kinder zeigten psychische Störungen. 55% der klinisch auffälligen Werte liegen im Bereich der Aufmerksamkeitsprobleme, über 40% wiederum in der Skala „soziale Probleme“. Dekker et al. (2002a) setzten die CBCL bei 1041 Kindern und Jugendlichen mit leichter geistiger Behinderung (IQ 60–80) und schwerer Behinderung (IQ 30–60) in den Niederlanden ein. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nicht behinderter Kinder ergaben sich in fast allen Skalen signifikante Unterschiede. Fast 50% erreichten Gesamtwerte im klinisch auffälligen Bereich. Die meisten Probleme fanden sich auch hier in der Skala „soziale Probleme mit Gleichaltrigen“ sowie „Aufmerksamkeitsprobleme“, „sozialer Rückzug“ und „aggressives Verhalten“.

In den letzten Jahren sind auch Fragebögen entwickelt worden, die den spezifischen Verhaltensmerkmalen von Kindern mit (schwerer) intellektueller Behinderung – z. B. stereotypen und selbstverletzenden Verhaltensweisen – besser gerecht zu werden vermögen. So wurde die „Developmental Behavior Checklist“ (DBC; Einfeld u. Tonge 1995) in verschiedene Sprachen übersetzt. In 96 Items werden Einschätzungen zu störendem Verhalten, selbstbezogenem Rückzugsverhalten, Ängstlichkeit, antisozialem Verhalten und der Qualität der Kommunikation und Beziehungsfähigkeit dokumentiert. Die Erprobung erfolgte an 1093 Kindern im Alter von vier bis 18 Jahren, von denen 454 Kinder (IQ < 70) für die Normierungsstichprobe berücksichtigt wurden. Der Fragebogen hat sich zur Differenzierung von charakteristischen Verhaltensmerkmalen bei unterschiedlichen definierten Syndromen bewährt (Einfeld et al. 1994, 1997). Eine deutsche Normierung befindet sich in Vorbereitung (Steinhausen, i. V.).

Einfeld und Tonge (1996) untersuchten mit diesem Verfahren eine vollständige Population von Kindern mit intellektueller Behinderung im Alter zwischen vier und 18 Jahren in fünf Regionen Australiens. Von 454 Kindern wurden 40,7% (95%–Konfidenzintervall = 37–45%) als auffällig im Sinne einer psychischen Störungen beurteilt. Cormack et al. (2000) erhoben mit dem gleichen Verfahren Daten von 123 Kindern in Schulen für behinderte Kinder („severe learning difficulties“) in England. Sie ermittelten eine Rate von 50,4% klinisch bedeutsamen emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Dekker et al. (2002b) erprobten den Fragebogen bei 1057 Jugendlichen und Kindern über sechs Jahren in den Niederlanden und ermittelten eine befriedigende Reliabilität, konvergente Validität mit der CBCL und diskriminierende Kraft zur Unterscheidung zwischen Kindern, deren Eltern wegen emotionaler Störungen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder Hilfe in Anspruch genommen hatten, und solchen, bei denen das nicht der Fall war.

Ein zweites Erhebungsinstrument, das sich im internationalen Gebrauch bewährt hat, ist die „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (NCBRF; Aman et al. 1996; Tasse et al. 1996). Dieser Fragebogen ist etwas kürzer als die „Developmental Behavior Scale“ und orientiert sich an bereits existierenden Fragebögen für nicht behinderte Kinder, die um spezifische Items erweitert wurden, die in der klinischen Praxis als

relevant erschienen. Er wurde in einer deutschen Version an einer Stichprobe von 246 Kindern mit intellektueller Behinderung erprobt. Die Daten wurden analysiert hinsichtlich Reliabilität, Kennwerten der Verteilung, Übereinstimmung mit einem anderen Beurteilungsbogen, bzw. zwischen verschiedenen Beurteilern sowie differenzierender Kraft zwischen verschiedenen klinischen Teilgruppen.¹

2 Stichprobe und Methode

Die Eltern von 246 Kindern mit intellektueller Behinderung wurden gebeten, die deutsche Version der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ auszufüllen. Es handelte sich überwiegend um Eltern, die sich zur Teilnahme an verschiedenen Befragungen zu Entwicklungs- und Verhaltensmerkmalen bei genetischen Syndromen bereit erklärt hatten und Mitglieder der entsprechenden Selbsthilfegruppen waren. Im Einzelnen beteiligten sich die Eltern von 66 Jungen mit Fragilem-X-Syndrom, 56 Kindern mit Prader-Willi-Syndrom, 32 Kindern mit Sotos-Syndrom, 18 Kindern mit Smith-Magenis-Syndrom und 14 Kindern mit Rubinstein-Taybi-Syndrom. Darüber hinaus wurden 60 Eltern um ihre Teilnahme gebeten, deren Kinder dem Verfasser in der Sozialpädiatrischen Ambulanz des Kinderzentrums München in den letzten zwei Jahren vorgestellt wurden. Bei der Mehrzahl dieser Kinder lag keine Diagnose der Ursache der mentalen Retardierung vor.

Das durchschnittliche Alter der Kinder lag bei 10;9 Jahren (SD = 3;8 Jahre). 37 Kinder besuchten noch einen Kindergarten (Alter unter sieben Jahre). 87 Kinder waren zwischen sieben und zehn Jahren alt, 122 Kinder älter. Es handelte sich um 167 Jungen und 79 Mädchen. Die Einschätzung des Grades ihrer intellektuellen Behinderung (Lernbeeinträchtigung, leichte/schwere Intelligenzminderung) wurde von den Eltern erfragt. Bei den Kindern, die dem Verfasser unmittelbar bekannt wurden, konnte diese Einschätzung anhand eines standardisierten Testbefundes (z.B. Kaufman-Assessment Battery for Children, Snijders-Oomen non-verbaler Intelligenztest, McCarthy Scales of Children's Abilities) bestätigt, gegebenenfalls korrigiert werden. Bei den Kindern, deren Eltern sich an der postalischen Befragung beteiligten, konnte die Einschätzung anhand der Angaben zu adaptiven Kompetenzen überprüft werden, die mittels des Heidelberger-Kompetenz-Inventars (HKI) erhoben wurden. Auf diese Weise ließen sich 61 Kinder der Gruppe einer leichten Lernbeeinträchtigung (IQ > 70), 139 Kinder der Gruppe der leichten intellektuellen Behinderung (IQ 50–70) und 46 der Gruppe der schweren Intelligenzminderung (IQ < 50) zuordnen.

Die Nisonger Child Behavior Rating Form (NCBRF; Aman et al. 1996; Tasse et al. 1996) umfasst 71 Items, bei denen auf einer vierstufigen Skala positives Sozialverhalten, oppositionell-aggressives Verhalten, soziale Unsicherheit, Hyperaktivität, zwanghaftes Verhalten, selbstverletzendes/stereotypies Verhalten und Reizempfindlichkeit/Irritierbarkeit beurteilt werden (vgl. Beispielitems, Tab. 1). Es liegen Refe-

¹ Der Arbeitsgruppe des Nisonger Centers for Mental Retardation and Developmental Disabilities an der Ohio State University (Ltg. Michael G. Aman) möchte ich für die Überlassung der deutschen Übersetzung des Fragebogens herzlich danken.

renzwerte aus einer amerikanischen Stichprobe für 326 Kinder (überwiegend mit leichter intellektueller Behinderung) im Alter von drei bis 16 Jahren vor, in der auch altersbezogene Veränderungen untersucht wurden; zusätzlich wurden die meisten Kinder auch von den betreuenden Pädagogen eingeschätzt. Fünf der sechs korrespondierenden Skalen der Eltern- bzw. Lehrerversion stimmen weitgehend überein (mehr als 80 % übereinstimmende Items); lediglich in der Skala „Reizempfindlichkeit/Irritabilität“ divergieren die Einzelitems. Eine deutsche Übersetzung konnte von den Autoren bezogen werden. Die NCBRF wurde von den Eltern aller 246 Kinder der Stichprobe ausgefüllt. Darüberhinaus bearbeiteten die Lehrer von 55 Kindern den entsprechenden Lehrerfragebogen.

Tab. 1: Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten behinderter Kinder (Beispielitems)

	<i>Kein Problem</i>	<i>Gelegentlich geringfügig</i>	<i>Ziemlich oft/ mäßig</i>	<i>Oft/schwer- wiegend</i>
Oppositionell-aggressiv				
Streitet mit Eltern, Lehrern oder anderen Erwachsenen	0	1	2	3
Trotzig, fordert erwachsene Autorität heraus	0	1	2	3
Gerät in körperliche Auseinandersetzungen	0	1	2	3
Sozial unsicher				
Hat das Gefühl, dass andere gegen ihn sind	0	1	2	3
Übermäßig ängstlich darauf bedacht, es anderen recht zu machen	0	1	2	3
Befangen oder schnell verlegen	0	1	2	3
Hyperaktiv				
Leicht ablenkbar	0	1	2	3
Zappelt, wackelt oder rutscht hin und her	0	1	2	3
Übermäßig aufgeregt, überschwenglich	0	1	2	3
Selbstverletzend				
Schlägt sich an Kopf, Nacken, Händen oder anderen Körperteilen	0	1	2	3
Verletzt sich durch Aufkratzen der Haut oder Haare ziehen	0	1	2	3
Beißt sich wiederholt so fest, dass Abdrücke der Zähne oder Hautverletzungen zurückbleiben	0	1	2	3
Zwanghaft-selbst isolierend				
Apathisch oder unmotiviert	0	1	2	3
Hat Rituale, z.B. mit dem Kopf rollen oder auf- und abgehen	0	1	2	3
Seltsames, sich wiederholendes Verhalten (z.B. starrt, grimassiert, verharret in starren Haltungen)	0	1	2	3
Reizempfindlich – irritierbar				
Klammert sich an Erwachsene, zu unselbstständig	0	1	2	3
Schnell frustriert	0	1	2	3
Gefühle sind schnell verletzt	0	1	2	3

Bei 169 Kindern konnte darüber hinaus der „Children’s Social Behavior Questionnaire“ (CSBQ; Luteijn et al. 2000) eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um einen Fragebogen zur Beschreibung sozialer Verhaltensweisen bei Kindern mit einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung („Pervasive Developmental Disorder“, PDD). Der Fragebogen umfasst 96 Items, die sich zur Identifizierung von Kindern mit autistischen Verhaltensmerkmalen bewährt haben. Die Items sind nach den Ergebnissen von Faktorenanalysen gruppiert in „provokativ-externalisierende Verhaltensformen“, „soziale Kontaktprobleme“, „Probleme im sozialen Verständnis“, „Ängstlichkeit/Rigidität“ und „Stereotypien“. Die Eltern werden jeweils gebeten, anzugeben, ob das angegebene Verhalten gar nicht, teilweise bzw. hin und wieder oder ganz zutreffend ihr Kind beschreibt. Validierungsstudien wurden durchgeführt an Kindern mit Autismus und unbeeinträchtigter Intelligenz (Asperger-Syndrom), Kindern mit Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen/nicht anderweitig klassifizierbar (PDDNOS) sowie Kindern mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHD). Darüberhinaus liegen Daten zum Vergleich mit der „Child Behavior Checklist“ (CBCL) und der „Aberrant Behavior Checklist“ (ABC) vor. Die englischsprachige Version wurde vom Verfasser ins Deutsche übertragen. Den Eltern wurden vier der fünf Itemgruppen vorgelegt; auf die Items zur Beurteilung von „Problemen im sozialen Verständnis“, die besonders für autistische Kinder geeignet erscheinen, wurde verzichtet.

3 Ergebnisse

3.1 Reliabilität

Für die NCBRF-Skalen zur Beurteilung des „positiven Sozialverhaltens“ wurden Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach’s Alpha) ermittelt, die nicht den üblichen Anforderungen an zuverlässige Testverfahren genügen. Diese beiden Teilskalen wurden daher bei der folgenden Analyse nicht mehr berücksichtigt. Für die Skalen zur Beurteilung problematischer Verhaltens ergaben sich Reliabilitätskoeffizienten größer oder gleich .70 (Tab. 2).

Tab. 2: Reliabilität (N = 246)

	Cronbach’s Alpha
Positives Sozialverhalten	
Ruhig, kooperativ	.35
Sozial angepaßt	.66
Problematisches Verhalten	
Oppositionell-aggressiv	.88
Sozial unsicher	.74
Hyperaktiv	.84
Zwanghaft	.72
Selbstverletzend	.70
Reizempfindlich	.70

3.2 Alters- und Intelligenzabhängigkeit der Rohwertverteilung in der deutschen und amerikanischen Stichprobe

Für die Skalen „sozial unsicheres Verhalten“, „zwanghaftes Verhalten“, „selbstverletzendes/stereotypes Verhalten“ und „Reizempfindlichkeit/Irritierbarkeit“ ergaben sich in den drei genannten Altersgruppen Mittelwerte, die der Rohwertverteilung der amerikanischen Stichprobe weitgehend entsprachen (Tab. 3). Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen (ANOVA; Abb. 1). Kinder mit schwerer intellektueller Behinderung zeigten signifikant mehr oppositionell-aggressive, hyperaktive, zwanghafte und selbstverletzende/stereotype Verhaltensweisen als Kinder mit leichter Behinderung (Abb. 2).

Tab. 3: Rohwertverteilung in der deutschen und amerikanischen Stichprobe

	BRD (N = 246)			USA (N = 326)		
	< 7	7–10	> 10	< 7	7–10	> 10
Oppos.-aggressiv	15,46	12,98	13,21	17,48	18,06	19,93
Sozial unsicher	5,43	7,71	10,23	6,10	7,66	10,88
Hyperaktiv	13,43	11,88	10,07	12,10	13,20	15,00
Zwanghaft	4,73	4,53	5,24	4,69	5,00	6,66
Selbstverletzend	3,46	2,27	2,91	3,01	2,63	3,38
Reizempfindlich	6,05	5,36	5,93	6,34	5,82	5,87

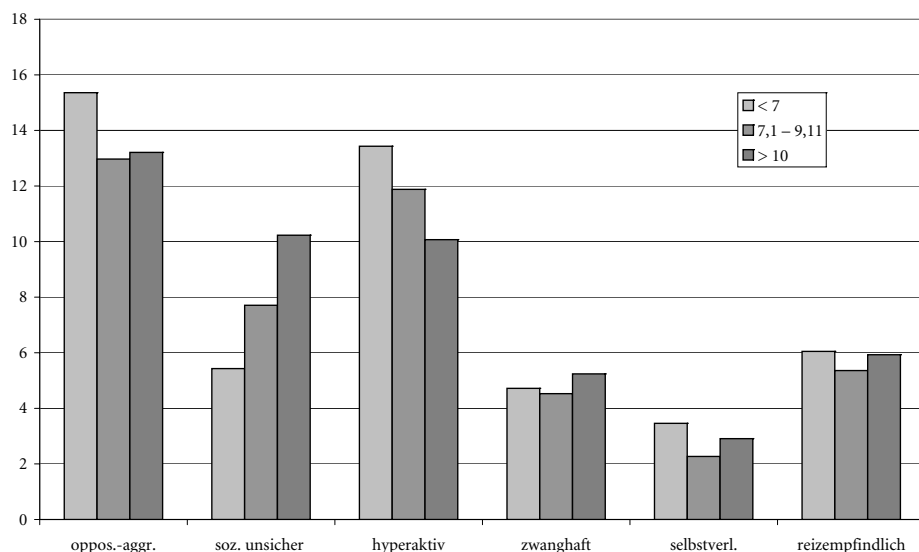


Abb. 1: Abhängigkeit der Verhaltensproblematik vom Alter der Kinder (NCBRF; N = 246)

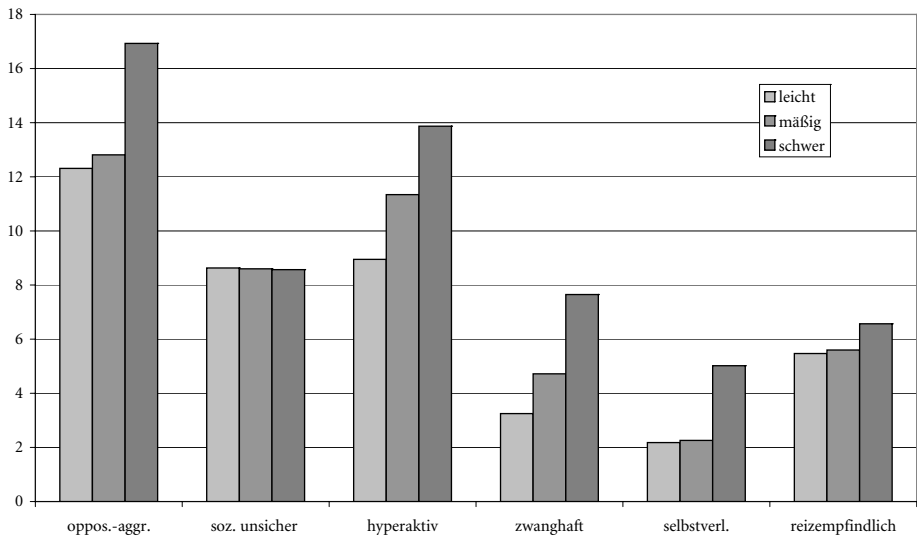


Abb. 2: Abhängigkeit der Verhaltensproblematik vom Grad der intellektuellen Behinderung der Kinder (NCBRF; N = 246)

Abweichend von der Verteilung der Mittelwerte in der amerikanischen Stichprobe nahmen die Mittelwerte in den Skalen „oppositionell-aggressives Verhalten“ und „Hyperaktivität“ in dieser deutschen Stichprobe mit dem Alter ab, nicht zu (Abb. 1). Tabelle 4 gibt die Prozentränge auf der Basis der Rohwertverteilung für diese beiden Skalen in Abhängigkeit von der Altersgruppe, in den übrigen Skalen mit Bezug auf die Gesamtstichprobe wieder. Zusammenhänge mit dem Geschlecht der Kinder fanden sich lediglich für die Skala „Hyperaktivität“. Jungen zeigten mehr hyperaktives Verhalten als Mädchen ($t = 3,59$; $df = 240$; $p < .001$).

Tab. 4: Rohwertverteilung in den Subskalen der NCBRF
(altersunabhängig/obere Hälfte; altersabhängig/untere Hälfte)

	<i>Oppos.-aggressiv</i>	<i>Zwanghaft</i>	<i>Selbstverletzend</i>	<i>Reizempfindlich</i>
Prozentrang 25	8	2	0	3
Prozentrang 50	12	4	2	6
Prozentrang 60	14	5	3	6
Prozentrang 70	17	7	3	7
Prozentrang 80	20	8	4	8
Prozentrang 90	25	10	8	10

Tab. 4 (Fortsetzung): Rohwertverteilung in den Subskalen der NCBRF
(altersunabhängig/obere Hälfte; altersabhängig/untere Hälfte)

	Soziale Unsicherheit			Hyperaktivität		
	< 7	7–10	> 10	< 7	7–10	> 10
Prozentrang 25	2	3	6	6	7	4
Prozentrang 50	4	6	9	13	12	10
Prozentrang 60	6	8	11	16	13	11
Prozentrang 70	8	11	13	18	15	13
Prozentrang 80	10	13	15	20	19	17
Prozentrang 90	11	15	18	23	22	18

3.3 Übereinstimmung zwischen Eltern- und Lehrerurteil

Bei 55 Kindern – Jungen mit Fragilem-X-Syndrom mit einem mittleren Alter von 10;11 Jahren ($SD = 3;2$ Jahre) – lagen auch die Einschätzungen der Lehrer der Kinder vor, so dass die Übereinstimmung des Urteils zwischen Eltern und Lehrer ermittelt werden konnte. Es fanden sich hoch signifikante Korrelationen in den entsprechenden Skalen zur Beurteilung der „oppositionell-aggressiven Verhaltensweisen“ ($r = .42$; $p = .002$), der „Hyperaktivität“ ($r = .34$; $p = .014$), „zwanghafter Verhaltensweisen“ ($r = .39$; $p = .004$) und „selbstverletzendem/stereotypem Verhalten“ ($r = .52$; $p < .001$). Keine Übereinstimmung ergab sich für die Skalen „soziale Unsicherheit“ ($r = .09$; ns) und „Reizempfindlichkeit/Irritabilität“ ($r = -.09$; ns).

3.4 Konvergente Validität

Die Elterneinschätzungen in der NCBRF zeigte ebenfalls hochsignifikante Übereinstimmungen mit der Einschätzung in drei von vier Skalen des „Children’s Social Behavior Questionnaire“ (CSBQ). Angesichts der hohen Zahl der berechneten Korrelationen wurde das Signifikanzniveau korrigiert und nur Übereinstimmungen mit $p < .001$ als bedeutsam interpretiert (Tab. 5). Es muss allerdings eingeräumt werden, dass die Korrelationen unspezifisch sind, d.h. die einzelnen Skalen der NCBRF jeweils mit mehreren Skalen der CSBQ korrelieren. Eine Ausnahme bildet die CSBQ-Skala „soziale Kontaktprobleme“, die offensichtlich andere Verhaltensmerkmale erfasst als die Skalen zur Beurteilung problematischer Verhaltensweisen, die in der NCBRF enthalten sind.

3.5 Differenzierungskraft zwischen verschiedenen klinischen Gruppen

Zur Überprüfung der differenzierenden Kraft zur Unterscheidung des Verhaltensphänotyps verschiedener klinischer Gruppen wurden schließlich die Daten von zwei altersgleichen Teilgruppen analysiert. Dazu wurden aus der Gesamtstichprobe alle Kinder berücksichtigt, deren Lebensalter unter 12 Jahre lag. Verglichen wurden Kinder mit Fragilem-X-Syndrom und Smith-Magenis-Syndrom einerseits und Kin-

Tab. 5: Konvergente Validität: Korrelationen zwischen Nisonger CBRF und CSBQ (Children’s Social Behavior Questionnaire; Luteijn et al. 2000; N = 169)

	Ängstlichkeit	Soziale Kontaktprobleme	Stereotypien	Provok.- externalisierend
Oppos.-aggressiv	.30	.11	.20	.64
Sozial unsicher	.42	.23	.28	.33
Hyperaktiv	.27	.19	.35	.41
Zwanghaft	.50	.48	.57	.30
Selbstverl.	.34	.17	.34	.40
Reizempfindl.	.49	.16	.33	.38

Anmerkung: $p < .001$ (im Druck fett)

der mit gemischten Diagnosen (ohne Prader-Willi-Syndrom) andererseits. In der Literatur werden bei den ersten beiden Gruppen ein hohes Maß an Verhaltensauffälligkeiten im Allgemeinen und darüber hinaus oppositionell-aggressives, zwanghaftes, hyperaktives, sowie selbstverletzendes Verhalten als syndromtypische Merkmale beschrieben (Sarimski 2003). Kinder mit Fragilem-X-Syndrom und Smith-Magenis-Syndrom hatten in der NCBRF in eben diesen Skalen signifikant höhere Werte als Kinder mit gemischten Diagnosen (Tab. 6).

Tab. 6: Vergleich zwischen Diagnosegruppen mit hohem vs. geringem psychopathologischen Risiko

	FraX-/Smith-Magenis (N = 54)		Gemischte Diagnosen (N = 93)		P
	Mittel	SD	Mittel	SD	
Alter (in Mon.)	105.93	22.37	99.63	23.02	ns
Oppositionell-aggressiv	15.21	8.97	11.92	7.88	< .05
Sozial unsicher	7.62	4.40	7.05	5.25	ns
Hyperaktiv	15.21	6.79	11.00	6.22	< .001
Zwanghaft	5.42	4.65	4.01	3.78	< .05
Selbstverletzend	3.37	3.48	1.76	2.78	< .01
Reizempfindlich	5.96	3.08	5.42	3.19	ns

Anmerkung: Kinder aus der Gesamtgruppe mit Alter < 12 Jahren.

4 Diskussion

Die „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (NCBRF) ermöglicht auch in der deutschen Fassung eine umfassende und objektive Diagnostik spezifischer Anpassungsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung. Dies gilt

– anders als bei der CBCL – sowohl für Kinder mit leichter wie auch Kinder mit schwerer Behinderung. Die Reliabilitätskoeffizienten weisen die Skalen zur Beurteilung problematischer Verhaltensweisen als zuverlässig aus, während die Skalen zur Beurteilung positiven Sozialverhaltens dieses Kriterium nicht erfüllen und für die klinische Praxis nicht empfohlen werden können.

Bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer intellektueller Behinderung findet sich ein höheres Maß emotionaler Störungen und Verhaltensauffälligkeiten als bei Kindern mit leichter Behinderung. Sie zeigen mehr oppositionell-aggressives, hyperaktives, zwanghaftes und selbstverletzendes/stereotypes Verhalten. Dies entspricht den Ergebnissen epidemiologischer Studien (Borthwick-Duffy 1994; Einfeld u. Tonge 1996; Stromme u. Diseth 2000). Weitere empirisch ermittelte korrelative Faktoren, z.B. das Vorliegen einer Epilepsie (Gillberg et al. 1986), konnten in dieser Studie nicht systematisch überprüft werden. Dagegen zeigt ein Vergleich von altersparallelisierten Teilstichproben eine höhere Rate von problematischen Verhaltensweisen bei bestimmten genetischen Syndromen; die Merkmalskombination – in diesem Fall von Kindern mit Fragilem-X-Syndrom und Smith-Magenis-Syndrom – entspricht dabei den Ergebnissen, die mit anderen Beurteilungsverfahren ermittelt wurden (Dykens 2000).

Eine höhere Rate problematischer Verhaltensweisen bei Jungen, die Gillberg et al. (1986) bei Kindern mit leichter Intelligenzminderung fanden, ergab sich lediglich für die Skala „Hyperaktivität“. Die gleichen Erfahrungen teilen Tasse et al. (1996) für die Verwendung der Originalversion der NCBRF in der amerikanischen Stichprobe mit. Eine altersabhängige Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten, wie sie z.B. Einfeld und Tonge (1996) mit der DBC für oppositionell-aggressive Verhaltensweisen ermittelt hatten, ließ sich nicht bestätigen. Diese Differenzen zu den Ergebnissen anderer Untersuchergruppen sind sowohl durch die Unterschiede der Untersuchungsmethodik (psychiatrische Interviews, Fragebogen mit anderer Itemzusammenstellung) zu erklären als auch durch unterschiedliche Stichprobenmerkmale. Hierbei könnte vor allem eine Rolle spielen, dass die hier untersuchte Stichprobe einen hohen Anteil an Jungen mit Fragilem-X-Syndrom (26%) enthielt. Für diese Gruppe ist eine Abnahme von hyperaktiven Verhaltensweisen mit zunehmendem Alter, dagegen eine Zunahme sozial unsicherer Verhaltensformen bekannt, was sich in den hier präsentierten Daten der Gesamtgruppe widerspiegelt (O'Brien 2002).

Dass die Korrelationen zwischen Beurteilern mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund (Eltern-Lehrer) nur eine mittlere Höhe haben und nicht für alle Skalen signifikant sind, kann nicht überraschen. So fanden Achenbach et al. (1987) z.B. für die CBCL in einer Meta-Analyse entsprechender Studien eine mittlere Korrelation von .27 zwischen Eltern- und Lehrerurteil bei nicht behinderten Kindern, während die Korrelationen zwischen Beurteilern, die gegenüber dem Kind ähnliche Rollen einnehmen (d.h. Mutter und Vater, bzw. zwei Lehrer) mit $r = .60$ wesentlich höher waren. Die hier ermittelten Werte für vier Skalen schwankten zwischen .39 und .54 und entsprechen in etwa den Werten, die Tasse und Lecavalier (2000) mit der NCBRF bei 109 Schulkindern in Kanada ermittelten. Niedrigere Werte als dort ergaben sich für die Skala „soziale Unsicherheit“; die Items der Skala „Reizempfindlichkeit/Irritabilität“ wurden von jenen Autoren wegen der unterschiedlichen Itemzusammenstellungen nicht berücksichtigt.

Für die klinische Brauchbarkeit der Skalen bedeutsam ist schließlich die Übereinstimmung der Elternurteile in der NCBRF mit der Bewertung des Verhaltens in einem anderen Fragebogen, der für Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen entwickelt wurde. Dabei zeigt sich allerdings keine spezifische Korrelation zwischen einzelnen Skalen beider Verfahren; zudem messen die Items, die in der CSBQ in der Skala „soziale Kontaktprobleme“ aufgenommen sind, offenbar andere Verhaltensaspekte als diejenigen, die in der NCBRF berücksichtigt sind.

Reliabilität und korrelative Zusammenhänge sprechen somit für die Brauchbarkeit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ zur objektiven und umfassenden Diagnostik emotionaler Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit intellektueller Behinderung unterschiedlichen Grades. Allerdings sollte mit den hier erhobenen Daten zur Rohwertverteilung nicht der Eindruck einer deutschen Normierung verbunden werden. Dazu ist die Stichprobe von 246 Kindern zu klein und vor allem die Repräsentativität ihrer Zusammensetzung zweifelhaft. Es handelt sich in der Mehrzahl um Kinder mit einzelnen genetischen Syndromen, deren Eltern sich einer Elterngruppe angeschlossen und zur Teilnahme an postalischen Befragungen bereit erklärt haben; die übrigen Kinder sind als klinische Inanspruchnahmepopulation anzusehen, in der zumindest ein Teil der Kinder eben deshalb vorgestellt wurde, weil ihre Eltern nach Hilfe im Umgang mit belastenden Verhaltensweisen suchten. Die Angaben von Prozenträngen (Tab. 4) kann daher nur als Orientierungshilfe dienen. Der Einsatz der NCBRF an einer repräsentativen, großen Stichprobe von Kindern mit intellektueller Behinderung bleibt ein Wunsch für künftige Forschungsarbeiten. Ebenso wertvoll wäre ein systematischer empirischer Vergleich dieses Fragebogens mit der „Developmental Behavior Checklist“ (Hastings et al. 2001), um einzuschätzen, ob eines der beiden Verfahren für die praktische Arbeit vorzuziehen ist.

Abschließend sei auf die generelle Problematik der Interpretation von Fragebogendaten über emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit intellektueller Behinderung hingewiesen. Mit der Verwendung standardisierter Fragebogen ist keine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosestellung intendiert im Sinne der kategorialen Zuordnung von psychischen Auffälligkeiten nach dem Klassifikationsschema der ICD-10. Solche herkömmlichen Diagnoseschemata sind für die Beurteilung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung zu wenig flexibel und werden der Besonderheit psychopathologischer Merkmale in dieser Personengruppe nur begrenzt gerecht. Insbesondere die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen erfordert neben den Fremdbeurteilungen durch Eltern und Pädagogen eine psychiatrische Befragung des Betroffenen selbst, die bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung am fehlenden Verständnis der Fragen nach Symptomen, zeitlichen Zusammenhängen, Häufigkeiten und subjektiv empfundener Schwere scheitert. Hinzu kommt das fehlende sprachliche Ausdrucksvermögen.

Befunde zu einer erhöhten Rate emotionaler Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in dieser Personengruppe dürfen nicht in simpler Kausalität als Ausdruck biologisch bedingter psychischer Störungen gewertet werden. Kinder mit intellektueller Behinderung haben aus einer Vielzahl von Gründen ein erhöhtes Risiko, psychopathologische Auffälligkeiten zu entwickeln. Darunter kommt den biografi-

schen und sozialen Faktoren eine ebenso große Bedeutung zu wie syndromspezifischen und biologischen Dispositionen (Dykens 2000). So verfügen Kinder mit intellektueller Behinderung über weniger differenzierte Problemlösefertigkeiten zur Bewältigung sozialer Anforderungen des täglichen Lebens und werden allein schon deshalb mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Ängste erleben und Stresserfahrungen machen. Sie haben weniger Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten („gelernte Hilflosigkeit“) und sind häufiger als andere Kinder mit Misserfolgserfahrungen konfrontiert, was die Neigung zu sozialem Rückzug, Abhängigkeit und depressiven Stimmungen erhöht. Sie erfahren häufiger soziale Ablehnung und Ausgrenzung und haben weniger Fähigkeiten, positive soziale Beziehungen zu gestalten und Konflikte zu lösen. Ihre Familienbeziehungen sind aufgrund der Fülle der Anforderungen, die Eltern behinderter Kinder zu bewältigen haben, in höherem Maße belastet, so dass sie mitunter weniger erzieherische Hilfen zur Entwicklung positiver sozialer Fähigkeiten erhalten und sich mit höherer Wahrscheinlichkeit ungünstige Interaktionsmuster verstärken, die zur Aufrechterhaltung problematischer Verhaltensweisen beitragen.

Standardisierte Fragebögen wie die „Nisonger Child Behavior Rating Form“ können für die klinische Praxis nützlich sein, um den Grad und die Art von emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zu dokumentieren und Kinder mit Behandlungsbedarf zu identifizieren. In jedem Einzelfall gilt es aber, die individuellen Zusammenhänge für die Entstehung und Aufrechterhaltung der problematischen Verhaltensweisen zu analysieren und biologische, biografische und soziale Bedingungen zu berücksichtigen, um wirksame pädagogische und psychologische Hilfsmaßnahmen zu planen.

Literatur

- Achenbach, T.; McConaghy, S.; Howell, C. (1987): Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin* 101: 213–232.
- 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.
- Bäcker, A. (2001): Diagnostik spezifischer Anpassungsprobleme bei leichter Intelligenzminderung mit Hilfe der Child Behavior Checklist. *Heilpädagogische Forschung* 27: 23–35.
- Borthwick-Duffy, S. (1994): Prevalence of destructive behaviors: A study of aggression, self-injury and property destruction. In: Thompson, T.; Gray, B. (Hg.): *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment*. Thousand Oaks: Sage Publications, S. 2–23.
- Cormack, K.; Brown, A.; Hastings, R. (2000): Behavioural and emotional difficulties in students attending schools for children and adolescents with severe intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 44: 124–129.
- Dekker, M.; Koot, H.; van der Ende, J.; Verhulst, F. (2002a): Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43: 1087–1098.
- Dekker, M.; Nunn, R.; Koot, H. (2002b): Psychometric properties of the revised Developmental Behaviour Checklist scales in Dutch children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 46: 61–75.
- Dykens, E. (2000): Annotation: Psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41: 407–417.

- Einfeld, S.; Tonge, B. (1995): The Developmental Behavior Checklist: The development and validation of an instrument to assess behavioral and emotional disturbance in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 25: 81–104.
- 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.; Tonge, B.; Florio, T. (1994): Behavioural and emotional disturbance in fragile X syndrome. *American Journal of Medical Genetics* 51: 386–391.
- Einfeld, S.; Tonge, B.; Florio, T. (1997): Behavioral and emotional disturbance in individuals with Williams syndrome. *American Journal on Mental Retardation* 102: 45–53.
- Floyd, F.; Gallagher, E. (1997): Parental stress, care demands and use of support services for school-age children with disabilities and behavior problems. *Family Relations* 46: 359–371.
- Gillberg, C.; Persson, E.; Grufman, M.; Themmer, U. (1986): Psychiatric disorders in mildly and severely affected urban children and adolescents: Epidemiological aspects. *British Journal of Psychiatry* 149: 68–74.
- Hastings, R.; Brown, T.; Mount, R.; Cormack, M. (2001): Exploration of psychometric properties of the Developmental Behavior Checklist. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 31: 423–431.
- Luteijn, E.; Luteijn, F.; Jackson, S.; Volkmar, F.; Minderaa, R. (2000): The Children's Social Behavior Questionnaire for milder variants of PDD problems: Evaluation of the psychometric characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 30: 317–330.
- O'Brien, G. (2002): The clinical relevance of behavioural phenotypes. In: O'Brien, G. (Hg.): *Behavioural Phenotypes in Clinical Practice*. Cambridge: MacKeith Press, S. 1–13.
- Sarimski, K. (2003): *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome*. 3., überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Stromme, P.; Diseth, T. (2000): Prevalence of psychiatric diagnoses with mental retardation: Data from a population-based study. *Developmental Medicine and Child Neurology* 42: 266–270.
- Tasse, M.; Aman, M.; Hammer, D.; Rojahn, J. (1996): The Nisonger Child Behavior Rating Form: Age and Gender effects and norms. *Research in Developmental Disabilities* 17: 59–75.
- Tasse, M.; Lecavalier, L. (2000): Comparing parent and teacher ratings of social competence and problem behaviors. *American Journal on Mental Retardation* 105: 252–259.

Korrespondenzadresse: Priv.-Doz. Dr. Klaus Sarimski, Kinderzentrum München, Heiglhofstraße 63, 81377 München.