

# Entwicklungsgerechtes und persistierendes Trotzen und aggressives Verhalten

*Manfred Cierpka und Astrid Cierpka*

- 7.1 Zur Definition von Trotz und Trotzanfällen – 120**
- 7.2 Entwicklungsangemessenes Trotzen – 121**
  - 7.2.1 Häufigkeiten – 121
  - 7.2.2 Trotzen als Regulationsphänomen – 121
  - 7.2.3 Auslösesituationen – 122
  - 7.2.4 Informationen und entwicklungspsychologische Beratung für die Eltern – 123
- 7.3 Exzessives Trotzen und persistierende Trotzanfälle – 123**
  - 7.3.1 Definition – 123
  - 7.3.2 Häufigkeiten – 124
  - 7.3.3 Schweregrad, beeinflussende Faktoren, Prognose – 124
  - 7.3.4 Diagnostik – 124
  - 7.3.5 Behandlungsansätze – 125
- 7.4 Kleinkinder mit aggressivem Verhalten – 128**
  - 7.4.1 Definition – 128
  - 7.4.2 Diagnose – 129
  - 7.4.3 Häufigkeiten – 129
  - 7.4.4 Beeinflussende Faktoren und Prognose – 129
  - 7.4.5 Interventionsansätze – 130
- Literatur – 134**

Der Trotz erwächst aus Spannungszuständen, die für ein Kind unerträglich sind, meistens nach Frustrationen. Für die weitere psychische Entwicklung ist es entscheidend, wie gut es dem Kleinkind gelingt, sich in diesen emotionalen Krisen nicht nur auf die Koregulation der Eltern zu verlassen, sondern sich zunehmend selbst zu regulieren. Wenn diese Regulationsbemühungen dem Kleinkind und den Bezugspersonen »genügend gut« gelingen, spricht man von »normalem« Trotz und »normalen« Trotzanfällen in dieser Entwicklungsphase des 2. und 3. Lebensjahres. Wenn das Trotzen exzessiv wird und vor allem persistiert, sind die Interaktionen und die Beziehungen zwischen Eltern und Kind belastet. Ältere Kinder, die aggressives Verhalten zeigen und Regeln nicht einhalten können (was von den Eltern meistens als Ungehorsam empfunden wird), werden diagnostisch als Kinder mit oppositionellem Verhalten beschrieben.

## 7.1 Zur Definition von Trotz und Trotzanfällen

### Fallbeispiel 1

Der 24 Monate alte Max verhält sich laut Auskunft seiner Mutter seit 6 Monaten zunehmend trotzig. Manchmal raste er so aus, dass er sich selbst verletzte. Die Mutter ist erschöpft, ratlos und untergründig wütend. Ihre Stimme klingt belegt, als hätte sie einen Kloß im Hals. Den Ersttermin benötigt sie für sich allein, um sich zu entlasten. Erst zum zweiten Gespräch bringt sie ihren Sohn mit. Als Mutter und Kind von den Therapeuten im Warteraum begrüßt werden, ist Max in das Spiel mit seinen mitgebrachten Autos versunken. Die Mutter packt ihn relativ abrupt und nimmt ihn mit in das Therapiezimmer. Schon auf dem Arm fängt Max an zu schreien. Er zeigt mit seinen Gesten, dass er wieder ins Wartezimmer zurückwill. »Nein! Nein! Nein!«, schreit er immer wieder. Er will nicht im Therapiezimmer, sondern im anderen Raum spielen. Als seine Mutter nicht nachgibt, sondern im Therapiezimmer bleibt und sich setzt, rastet er aus und tobt, wirft sich auf den Boden, will dann wieder auf den Schoß der Mutter, dann wieder runter – rauf und runter. Er macht sich steif, wälzt sich auf dem Boden. Mit Schweißflecken unter den Armen versucht die

Mutter, den Jungen zu beruhigen. Er schlägt sie, sie streicht ihm über den Kopf. »Diesen Wahnsinn habe ich mehrere Stunden am Tag«, sagt sie, beinahe schreiend, um ihren Sohn zu übertönen. »Ich habe Angst, dass ich ihm etwas antue.«

### ■ Definition

Das Trotzen des Kleinkinds ist immer eine Reaktion auf eine entweder selbst initiierte oder von einem anderen ausgelöste Frustration. Trotzen ist beim Kind nicht von einer Absicht getragen, sondern meistens Ausdruck des Nichtgelingens der emotionalen Regulation von Frustration. Charakteristisch ist der momentane und temporäre Verlust des Kontaktes zur Umgebung. Das Kind ist »drausgebracht« (Metzger 1972), »aus der Bahn geworfen«. Die Trotzanfälle dauern meistens zwischen 30 Sekunden und 5 Minuten, bei exzessivem Trotzen auch länger. Der Trotzanfall verläuft in Phasen (Potegal u. Davidson 2003; Potegal et al. 2003):

1. Die Auslösesituation.
2. Die »Kurzschlussreaktion«, das Kind »steht neben sich«. Das sich verweigernde Verhalten geht vom verbalen »Nein!« und »Will nicht!« bis zum Kreischen und Schreien, schließlich zum Weinen und Wimmern. Am Ende steht die totale Erschöpfung des Kindes.
3. Das Drama geht zu Ende. Das Kind fühlt Erleichterung. Es sucht die Nähe von Mutter bzw. Vater.
4. Nach einem »Anfall« kommt es häufig vor, dass sich das Kind nicht mehr erinnert, was es eigentlich ursprünglich wollte.

### Fallbeispiel 1

(Fortsetzung) Auch Max ist nach dem Trotzanfall wie verwandelt. Seine Mutter hatte ihn ins Wartezimmer zurückgebracht. Dort spielte er einige Minuten alleine, und sein Weinen nahm ab. Dann entschied er selbst, über den Gang zum Therapiezimmer zu gehen und dort weiterzuspielen – so, als ob es den Trotzanfall nie gegeben hätte.

Trotz sollte nicht mit anderen Formen des Nichtfolgenwollens verwechselt werden. Der *Ungehorsam* beispielsweise gehört zum oppositionellen

Verhalten und wird später besprochen. Manchmal handelt das Kind angemessener als ein Erwachsener, wenn es scheinbar ungehorsam ist, sich also willentlich verweigert. Man kann einem Kind durchaus zutrauen, dass es schon in diesem Alter manchmal recht haben kann. Bei trotzigem Verhalten sollte man immer auch bedenken, dass ein Kleinkind wegen Scheu oder Gehemmtheit mit Verweigerung reagiert.

## 7.2 Entwicklungsangemessenes Trotzen

### 7.2.1 Häufigkeiten

Angelehnt an die amerikanische Einteilung von Kindheit sind mit Kleinkindern (»toddler«) im Folgenden 13 bis 36 Monate alte Kinder gemeint.

Bei fast allen Kindern ist das Trotzen ein entwicklungsbedingtes Durchgangsphänomen. Bei 17 Monate alten Kindern tritt das Trotzen bei 80 Prozent auf, es hat einen Häufigkeitstypus bei den 2-Jährigen und geht dann bis zum Alter von 5 Jahren langsam zurück (Shaw et al. 2000; 2001). Offenbar gibt es hinsichtlich des normalen Trotzens keine Häufigkeitsunterschiede bei Jungen und Mädchen (Potegal u. Davidson 2003; Österman u. Björkquist 2010). Bei der Mehrzahl der Kinder fängt der Trotz zwischen dem 15. und 19. Lebensmonat an. Die zeitliche Spanne des Auftretens von Trotz ist groß und reicht von einem Jahr bis zu 5 Jahren. Zum normalen Trotzen gehören auch entwicklungsangemessene erste körperliche und verbale Aggressionen. Aggressive Verhaltensformen zeigen bis zu 80 Prozent der Kinder im Alter von 12 bis 17 Monaten; 70 Prozent aller Kinder nehmen einem anderen ein Spielzeug weg, 46 Prozent schubsen und stoßen andere, 21 bis 27 Prozent beißen, kratzen, treten, schlagen und ziehen an den Haaren (Tremblay et al. 1999). Belsky et al. (1996) fanden in einer unausgelesenen Stichprobe von 15 bis 21 Monate alten erstgeborenen Jungen immerhin bei 62 Prozent Trotzprobleme. Das Trotzverhalten nimmt üblicherweise im 4. Lebensjahr an Frequenz und Intensität ab (Potegal et al. 2003; McFarlane et al. 1954), was mit dem zunehmenden Spracherwerb in Verbindung gebracht wird (Dionne et al. 2003).

Es gibt Hinweise darauf, dass Trotzanfälle bei Kindern ein universelles Problem sind (Bhatia et al. 1990; Johnson 2003; Tomm u. Suzuki 1990; Fouts et al. 2005). Kulturelle Unterschiede im Umgang damit sind aber wesentlich.

### 7.2.2 Trotzen als Regulationsphänomen

Trotz oder gar Trotzanfälle gehen mit heftigen Emotionen einher, die vom Kind reguliert werden müssen. Das Kind verschafft sich durch das Trotzen mehr Zeit, um mit diesen Gefühlen fertigzuwerden. Wenn dies misslingt, kann es zum Trotzanfall kommen. Phänomenologisch hat der Trotzanfall des Kleinkinds Ähnlichkeit mit dem wütenden, nicht immer sehr rationalen Protest des Jugendlichen oder der »blinden Wut« des Erwachsenen. Intensive Emotionen geraten außer Kontrolle.

Im 2. Lebensjahr kann das Kleinkind sowohl positive als auch negative Emotionen schon besser ausdrücken und verliert bei Freude oder Wut nicht sofort die Kontrolle. Es kommen aber auch neue Gefühle wie Scham und Stolz hinzu, weil das Kleinkind sich inzwischen seiner selbst mehr bewusst ist. Das Aufkommen von Scham ist erst dann möglich, wenn das noch fragile Selbst sich den eigenen (oder fremden) Anforderungen nicht gewachsen sieht und von sich selbst enttäuscht ist. Stolz auf etwas Erreichtes oder eine neue Erfahrung ist ebenfalls sehr besonders in diesem Alter. Diese neuen Entwicklungsschritte gehen mit der Notwendigkeit einher, Emotionen zu kontrollieren und kontextabhängig zu modulieren.

Die Entwicklung der Emotionen verläuft in differenzierbaren Stufen vom Säuglings- bis zum Kleinkind- und Vorschulalter. Während sich der Säugling im 1. Lebensjahr auf eine interaktionelle, meistens dyadische Regulation seiner Emotionalität durch die Bezugspersonen (Koregulation) stützen kann, entwickelt sich das Kind nach der Säuglingszeit durch seine zunehmende Autonomie aus der dyadischen Beziehung heraus. Nach und nach wird die dyadische Regulation durch die Selbstregulation der Emotionen abgelöst. Für eine gelingende Entwicklung der Selbstregulation im Kleinkindalter ist eine sichere und unterstützende

Bezugsperson weiter notwendig. Zwar ist das Kleinkind schon in vielen Fällen in der Lage, mit seinen emotionalen Erregungen selbst fertigzuwerden, doch in dieser Kontinuität gibt es immer wieder Einbrüche, und das Kind benötigt kurzfristig wieder die Unterstützung der stabileren Bezugsperson, insbesondere dann, wenn es frustriert ist und die emotionale Veränderung von großem Stolz zu bitterer Enttäuschung nicht bewältigen kann.

Im 2. Lebensjahr entwickelt sich mit zunehmender kognitiver Reifung eine wachsende Kompetenz der Selbst- und Objektwahrnehmung. Das Kind lernt besser, sich selbst von anderen zu unterscheiden. Damit geht die Entwicklung von eigenen Wünschen und eigenem Willen einher. Die größere Autonomie führt zu einem neuen Bedürfnis nach Wirkmächtigkeit beim Kleinkind. Es freut sich auf neue Herausforderungen und ist stolz auf eigene Leistungen. Der Erwerb neuer Kompetenzen führt zu größerem Unabhängigkeitsstreben, das Kind will jetzt mehr selbst machen oder auch selbst haben. Diese Zunahme des Ich-bewussten Wollens (Bischof-Köhler 1998) resultiert in den Interaktionen mit den Eltern oder mit Gleichaltrigen in einer größeren Selbstbehauptungstendenz, die durchaus konfliktuell sein kann.

Für die Eltern bedeuten die neuen Entwicklungsschritte des Kindes auch neue Verunsicherungen. Die Unabhängigkeitstendenzen aktivieren Trennungängste. Da das Kind vielen Herausforderungen noch nicht gewachsen ist und manchmal auch in seiner Sicherheit gefährdet ist, bleibt es immer noch abhängig von der Hilfestellung und den Grenzsetzungen der Eltern. Zusammengefasst: Im 2. Lebensjahr geht es nicht mehr um Autonomie *oder* Nähe und Verbundenheit, sondern um Autonomie in Balance *mit* Verbundenheit.

Dies ist auch für die Eltern eine Zeit der Transformation, die mit Krisen einhergehen kann. In der Phase der zunehmenden Autonomie ihres Kindes müssen sich Eltern in besonderem Maße in das »Paradox der Entwicklung« (Trad 1993, S. 23) einfühlen können: Führt der Erwerb neuer Kompetenzen im System »Eltern und Kind« einerseits zu einem stärkeren Gefühl der Verbundenheit und Intimität, kommt es andererseits (entwicklungspsychologisch beim Kind und lebenszyklisch bei den Eltern) zu einer verstärkten Autonomie und damit zur Abgrenzung voneinander. Wenn sich das

System an dieses Beziehungsparadoxon anpassen kann, werden dem Kleinkind ein weiterer entwicklungspsychologischer Schritt zur Objekt Konstanz und den Eltern neue Beziehungsqualitäten in der Partnerschaft ermöglicht.

Kinder brauchen in dieser affektiv schwierigen Phase, in der aggressives Verhalten immer häufiger auftritt, stabile Bezugspersonen und Eltern, die sich abstimmen und absprechen und die phasentypischen Schwierigkeiten empathisch aus der kindlichen Perspektive betrachten können. Die Erfahrungen der Beteiligten in den Eltern-Kind-Interaktionen führen zu einem intersubjektiven System, das durch die Erfahrungswelt im Umgang mit Macht und Ohnmacht, Kontrolle und Unterwerfung hergestellt wird. Die Verinnerlichung dieses intersubjektiven Systems erweitert die von Stern (1992) beschriebenen »relational patterns« um die Themen Macht und Ohnmacht bzw. Kontrolle und Unterwerfung.

### 7.2.3 Auslösesituationen

Frustrationen ergeben sich im Alltag ständig. Sie werden ausgelöst, weil ein Kind in seinem Vorhaben gestört wird, seine Bedürfnisse nicht erfüllt werden oder es sich mit einem Vorhaben übernommen hat und von sich selbst enttäuscht ist. Es handelt sich um Konflikte zwischen kindlichem Wunsch und elterlichen Absichten. Müdigkeit oder Hunger können die Spannungstoleranz für das Meistern der Frustration zusätzlich vermindern. Beispiele:

- Ein Kind ist ins Spiel vertieft und rastet aus, wenn die Eltern sagen: »Komm, wir müssen los!«
- Anziehen, Waschen, Zähneputzen werden als Akte elterlicher Machtausübung empfunden.
- Das Kind trödelt beim Anziehen, und die Eltern drängeln.
- Das Kind lässt sich im Auto nicht festschnallen, obgleich seine Sicherheit dies erfordert.
- Die Eltern wollen das Kind im Kindergarten abholen, das Kind möchte gern noch bleiben.
- Das Kind ist müde und will ins Bett – und will zugleich nicht.

Meistens tritt das Trotzen in vertrauter Umgebung auf, manchmal aber auch in der Öffentlichkeit – dann kann es wegen der Beschämungssituation

für die Eltern besonders belastend sein. Interessanterweise tritt der Trotz in Gegenwart von Erwachsenen, nicht jedoch gegenüber gleichaltrigen Kindern auf.

### 7.2.4 Informationen und entwicklungspsychologische Beratung für die Eltern

Eltern sollte man bewusst machen, dass das Trotzen ein vorübergehendes Phänomen ist. Sie brauchen für die Trotzphase Geduld und Gelassenheit sowie eine gewisse Geschicklichkeit und Fantasie, um die Kinder in ihrem Aufmerksamkeitsfokus abzulenken. Wenn das Kind nicht durch sein reizsuchendes Verhalten uberstimuliert ist, hilft meistens ein neuer, spannender Reiz, um mit dem Kind aus der Situation zu entfliehen. Plötzlich sind Schmerz und Wut wie weggeblasen. Eltern müssen eine entsprechende Haltung dem Kind gegenüber aufbauen und Lösungen für Konfliktsituationen entwickeln. Deshalb ist es auch sehr ratsam, mit den immer wiederkehrenden Konfliktsituationen vorausschauend umzugehen.

Hilfreich ist auch eine Neugier auf Grenzerfahrungen. Wenn Eltern dem Trotzen als kindlicher Machtdemonstration etwas abgewinnen können, halten sie selbst mehr Spannung aus. Ein Interesse an »großen Gefühlen« wie Stolz und Wut überbrückt anstrengende und belastende Phasen in der Beziehung.

#### Praxis

Für Eltern ist es wichtig, zu verstehen, dass das trotzige Verhalten ihres Kindes keine Ablehnung bedeutet. Das 2- bis 3-jährige Kind kann und will jetzt mehr, aber erfährt, dass es eben noch nicht alles kann, und es kann noch nicht so, wie es gerne will oder möchte. Und es fehlt ihm an Ausdauer und Geduld. Es liebt seine Eltern und möchte im »Trotzanfall« das Gefühl erfahren, auch mit heftigen, unkontrollierten und manchmal auch sehr wütenden Emotionen angenommen zu werden. Insofern ist Trotz vom Ungehorsam klar zu unterscheiden. Normaler Trotz geht nicht mit einer ADHS einher.

## 7.3 Exzessives Trotzen und persistierende Trotzanfälle

### Fallbeispiel 2

Frau F. kommt in die Beratung, weil ihr 20 Monate alter Sohn Julian immer wieder »ausrauste«. Das komme 2- bis 3-mal am Tag vor. Die Anlässe seien meistens nichtig. Er wolle dann einfach nicht so, wie sie wolle. Wenn sie darauf bestehe, dass jetzt z. B. Essenszeit sei, er aber noch weiter spielen wolle, fange er an zu toben. Er werfe dann Spielsachen in seinem Zimmer herum und schlage und trete mit seinen Fäusten und Füßen gegen die Wand oder die Tür. Wenn sie ihn beruhigen wolle und auf ihn zugehe, schlage er auch sie. Er sage dann zu ihr: »Geh weg!« Hinter verschlossener Tür beruhige er sich dann langsam. Besonders das abendliche Einschlafen sei schwierig. Julian schlafe, begleitet von langwierigen Ritualen und Geschrei, nur auf dem Arm ein. Erst dann könne er ins Bett gelegt werden. Wenn Julian einen seiner »Anfälle« habe, werde sie nach wenigen Minuten so wütend, dass sie Angst vor sich selbst bekomme. Dies sei der vorrangige Grund, weshalb sie jetzt um Hilfe nachsuche. Bislang habe sie ihre Wut und Ohnmacht immer »heruntergeschluckt«, aber jetzt sei sie am Ende mit ihrer Kraft.

### 7.3.1 Definition

Unangemessen häufiges, lang anhaltendes und intensives Trotzen, das manchmal wie ein »Trotzanfall« erscheint, belasten das Kind und die Eltern. In den Trotzphasen ist das Kind hoch erregt, zornig und neigt zu aggressiven, (auto-)destruktiven Handlungen. Es ist »außer sich« und kann sich nicht selbst beruhigen. Oft kommen die Eltern nach aggressiven Handlungen des Kindes gegenüber Objekten oder – häufiger – Personen zur Beratung: Das Kind hat z. B. ein anderes Kind in der Kinderkrippe gebissen oder lässt keine Gelegenheit aus, das jüngere Geschwister zu schubsen oder zu treten. Manche Kinder schlagen in einer autodestruktiven Handlung den Kopf gegen die Wand oder den Boden. Dieses aggressive Verhalten kommt bei fast allen Kindern im Trotzalter vor und nimmt zunächst zu und dann wieder ab.

Exzessives Trotzen muss nicht pathologisch sein. Wenn allerdings den Eltern die emotionale Regulation des Kindes in diesen Krisen nicht gelingt, persistiert die maladaptive Interaktion. Dann besteht das Risiko, dass das exzessive Trotzen später in oppositionelles Verhalten übergeht.

### 7.3.2 Häufigkeiten

Exzessives Trotzen und häufige, lang anhaltende »Trotzanfälle« sind bei Kindern im Alter zwischen 15 und 30 Monaten der häufigste Anlass für eine Beratungsanfrage. In unserer Eltern-Säuglings-/ Kleinkind-Sprechstunde am Universitätsklinikum Heidelberg (vgl. Cierpka 2012, ► Kap. 30) stellen 27 Prozent der Eltern ihr Kind wegen exzessiven Trotzens und häufiger und intensiver Trotzanfälle vor. Exzessives Trotzen (definiert als mindestens 3 Trotzanfälle pro Tag mit jeweils mindestens 15 Minuten Dauer) fanden Needlman et al. (1991) bei 6,8 Prozent der untersuchten 3-Jährigen. In anderen Studien lagen die Zahlen zwischen 5 und 20 Prozent (Chamberlin 1974; MacFarlane et al. 1954; Richman et al. 1982). In dieser Altersgruppe leiden Jungen häufiger als Mädchen unter exzessivem Trotzen (Ounstedt u. Simons 1978).

Wenn das Trotzen und die Trotzanfälle persistieren, ist das Trotzen meistens mit oppositionellem Verhalten verbunden. Papoušek u. von Hofacker (2004) weisen mit Recht darauf hin, dass dieses aggressive Verhalten im engeren Sinne nicht destruktiv gemeint ist. Das Kind will nicht verletzen, sondern die Aufmerksamkeit der Bezugspersonen haben und seinen Willen durchsetzen. Nicht das Auftreten der Aggression im 2. Lebensjahr stellt das Problem dar, sondern die Faktoren, die dazu beitragen, dass die aggressiven Handlungen persistieren und zunehmend vom Kind instrumentalisiert werden. Das Kind lernt sehr schnell, dass es sich mit aggressiven Handlungen Vorteile verschaffen kann, wenn es keine Grenzen gesetzt bekommt.

### 7.3.3 Schweregrad, beeinflussende Faktoren, Prognose

Mit Papoušek u. von Hofacker (2004) sehen wir die Verhaltensauffälligkeit des exzessiven Trotzens

in einer Linie mit den Regulationsstörungen des Säuglingsalters. Wie das exzessive Schreien ist das exzessive Trotzen eine Extremvariante der emotionalen Verhaltensregulation. Nicht das Auftreten an sich, sondern die Persistenz kann zum Problem werden.

Wenn man sowohl die Seite des Kindes als auch die der primären Bezugspersonen sowie die Interaktions- und Beziehungsgestaltung zwischen beiden einbezieht (Papoušek u. von Hofacker 2004), lässt sich das exzessive Trotzen ebenfalls mit einer Symptomtrias (► Kap. 1) beschreiben.

#### Die Symptomtrias des exzessiven Trotzens

- **Schwierigkeit(en) des Kindes**, im Sinne einer frühkindlichen Anpassungs- und Entwicklungsaufgabe mit der Emotionsregulation von heftigen Affekten (Enttäuschung, Wut), insbesondere nach Frustrationen, fertigzuwerden.
- Psychophysisches **Überforderungssyndrom der Mutter/des Vaters/beider Eltern** im Umgang mit einem »schwierigen«, trotzen Kleinkind; Belastungen durch eigene Schwierigkeiten im Umgang mit Macht und Ohnmacht, Kontrolle und Unterwerfung, dem Grenzsetzen und/oder mit eigenen heftigen Affekten können hinzukommen.
- **Dysfunktionale Interaktionsmuster** im direkten Umgang mit den Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, die zu deren Aufrechterhaltung oder Verstärkung beitragen und zu einer Eskalation führen können. Diese interaktionellen Schwierigkeiten von Eltern und Kind können mit dem Modell der Balance von Autonomie und Verbundenheit beschrieben werden.

### 7.3.4 Diagnostik

Ein Zugang zur Einschätzung eines trotzigem Kindes besteht in der Beobachtung seines Spiels im Erstgespräch. Einblicke in die Art der Kommunikation und die Beziehung zwischen Eltern und Kind sind durch die Beobachtung der Interaktion von Eltern und Kind im Konsultationszimmer möglich.

Auch die erzieherischen Kompetenzen der Eltern lassen sich durch die Beobachtung ihres Umgangs mit dem Kind einschätzen. Psychodynamisch ist die Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik schnell im Raum. Eigene Ohnmachtsgefühle der Therapeuten verweisen auf die Gefühle von Eltern und Kind. Aufkommende eigene Aggressionen und Überlegungen zur Grenzsetzung können für die Arbeit mit der Familie nutzbar gemacht werden. An Szenen, die unbewusstes szenisches Verstehen möglich machen, mangelt es meistens nicht.

Die Prognose ist abhängig vom Grad der Beeinträchtigung des kindlichen Funktionsniveaus. Auch das Temperament des Kindes beeinflusst als konstitutioneller Faktor das Trotzen. Kinder mit hoher affektiver Reaktionsbereitschaft zeigen eine höhere Erregungsintensität und eine Neigung zur Impulsivität (Rothbart et al. 1994). In der Inanspruchnahmeklientel der Münchner Sprechstunde (Wurmser et al. 2004) unterscheidet sich die Teilgruppe der besonders trotzig Kinder von den übrigen Kindern in dieser Altersgruppe vor allem in Bezug auf die Temperamentsdimension »Unruhe/Schwierigkeit«. Mittelwertunterschiede fanden sich bei den 2-Jährigen auch bezüglich der Dimensionen »Hartnäckigkeit« und »Probleme im Sozialkontakt«.

Auch die Einschätzung der Sprachentwicklung ist wichtig. Wenn das Kind zu wenig spricht, kann es seine Bedürfnisse nicht angemessen äußern und ist schneller frustriert. Eine forcierte Sprachentwicklung und ein überwiegend verbaler Erziehungsstil der Eltern können das Kind überfordern. Beides kann zu vermehrtem Trotzen beitragen.

Der Schweregrad des exzessiven Trotzens ist darüber hinaus von der Dauer der aktuellen und vorausgegangenen Regulationsstörungen abhängig (Persistenz). Wie bei den Regulationsstörungen im Säuglingsalter korreliert die Ernsthaftigkeit des Problems mit der Anzahl der Störungsbereiche (Pervasivität). Wenn Ein- und Durchschlafstörungen (s. Fallbeispiel 2) bzw. Fütterstörungen hinzukommen, ist das Problem gravierender.

Rasch überforderte Eltern können nur eingeschränkt zur emotionalen Regulation der kindlichen Krisen beitragen. Überforderte Mütter von Jungen scheinen besonders zu aversivem Verhalten zu neigen (Calkins 2002). Im Verhalten sind

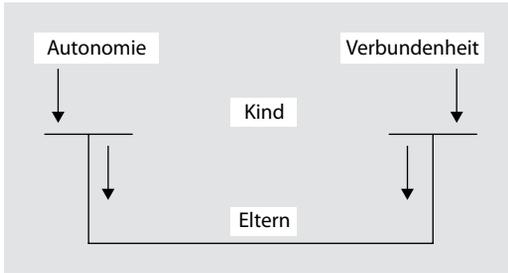
diese Eltern meist impulsiv und unkontrolliert oder nachgiebig »um des lieben Friedens willen« und dadurch inkonsequent und inkonsistent in ihren Verhaltensantworten. In der Partnerschaft sind sie sich im Hinblick auf den erzieherischen Umgang mit dem Kind nicht einig. Autoritär-kontrollierende Väter tragen zu einer schlechteren Prognose nur dann bei, wenn sich auch die Mütter diesem Erziehungsstil anschließen (Belsky et al. 1996). Anzumerken ist jedoch, dass es an Forschung über den Beitrag der Väter bislang mangelt.

Ist die Selbstregulationsfähigkeit des Kindes in extremem Ausmaß eingeschränkt, kann dies zu einer Überforderung der Eltern in Bezug auf ihre intuitive Kommunikationsfähigkeit und die ihnen zur Verfügung stehenden Regulationshilfen führen. Die ungünstigste Prognose haben affektiv leicht erregbare Kinder, die zu häufigen Trotzanfällen neigen, mit Eltern, die aufgrund ihrer belasteten Biografie geringere Möglichkeiten der emotionalen Modulation haben. Wenn die Eltern frühere, im Säuglingsalter aufgetretene Regulationsstörungen ihres Kindes erfolgreich bewältigen konnten, ist dies ein Hinweis für eine günstige Prognose. Fühlen Eltern sich nicht von ihrem Kind abgelehnt und gelingt es ihnen, eine warmherzige, emotional positive Beziehung zu ihm aufrechtzuerhalten, sind dies laut einer Langzeitstudie von Olson et al. (2000), in der »Trotzkinder« bis zu ihrer Adoleszenz beobachtet wurden, die besten Prädiktoren für ein Nichtauftreten externalisierenden Verhaltens.

### 7.3.5 Behandlungsansätze

In unserem Behandlungsmodell (Cierpka u. Cierpka 2000; s. unten) verstehen wir *Autonomie/Abgrenzung* und *Intimität/Verbundenheit* als die beiden Schalen einer Waage, auf die die Eltern mit ihren unbewussten und bewussten Erwartungen und Projektionen Lasten verteilen und so das Gleichgewicht beeinflussen (■ Abb. 7.1).

Ein Kind drückt mit seiner Autonomietendenz bzw. seiner Tendenz zur Verbundenheit eine der Waagschalen nach unten. In ■ Abb. 7.1 drücken bzw. ziehen Kind und Eltern gleichermaßen an bzw. in die Waagschalen von Autonomie und



■ **Abb. 7.1** Idealtypische Balance zwischen Autonomie und Verbundenheit bei Eltern und Kind

Verbundenheit (die Vektoren sind gleich lang). In den allermeisten Fällen werden die Waagschalen jedoch auf unterschiedlicher Höhe liegen und die Vektoren unterschiedlich lang sein. Eltern können mit ihren negativen frühen Erfahrungen, die sie selbst zu einer forcierten Selbständigkeit zwingen, durch (unbewusste) Erwartungen an das Kind an der Waagschale ziehen. Kinder mit »Novelty-seeking«-Temperament (Kagan 1997; vgl. Cierpka 2012, ► Kap. 3) können eine Autonomietendenz haben und die linke Waagschale entsprechend nach unten drücken. Auf der anderen Seite können Eltern, die früher eine ängstlich-gebundene Beziehung zu ihren eigenen Eltern hatten, Verbundenheit auch von ihrem Kind erwarten und dadurch an der rechten Waagschale ziehen. Aber auch ein Kind kann durch ein eher gehemmtes Verhalten (»novelty inhibited«) auf die Waagschale rechts drücken. Wenn die Balance zwischen Autonomie und Verbundenheit gestört ist und die Waage zu einer Seite kippt, löst dies beim Kind Trennungs- bzw. Selbstverlustängste aus. Dann muss es befürchten, im Nähe-Distanz-Konflikt entweder durch zu forcierte Autonomie das Objekt zu verlieren oder bei zu großer Verbundenheit mit dem Objekt zu verschmelzen und das Selbst zu verlieren.

Informationsvermittlung, Beratungs- und psychotherapeutische Ansätze müssen sowohl auf die aktuelle, belastende Situation eingehen als auch das Ziel verfolgen, dass es zu keinem persistierenden trotzigem Verhalten in Verbindung mit aggressiv-oppositionellem Verhalten kommt. Die therapeutische Unterstützung ist nach Dauer und Intensität gestuft und reicht von der Information über die Beratung bis zur Psychotherapie.

Die eingehende *Information* und *entwicklungspsychologische Beratung* versucht den Eltern eine positiv unterstützende Haltung und Einstellung dem Kind gegenüber zu vermitteln (s. oben). Wichtig ist, dass die Eltern verstehen, dass es in den spannungsreichen Situationen meistens nicht um eine inhaltliche Auseinandersetzung geht, der sie sprachlich begegnen sollten, sondern darum, dass sie selbst ruhig bleiben, Auswege aus der Situation zeigen und eindeutig bleiben. So könnten Therapeuten beispielsweise sagen:

- »Es geht nicht darum, wer der Stärkere ist. Ihr Kind hat Schwierigkeiten, die Situation zu meistern!«
- »Sein Tun ist nicht gegen Sie gerichtet!«
- »Die Wut des Kindes darf sich nicht auf Sie übertragen. Lassen Sie Dampf ab, aber nicht gegenüber Ihrem Kind!«
- »Konnten Sie feststellen, unter welchen Umständen Ihr Kind *nicht* zum Trotzen neigt?«

Eine *psychosoziale Beratung* ist dann notwendig, wenn die »guten gemeinsamen Momente von Eltern und Kind« in den Hintergrund getreten sind und die negativen Erfahrungen überhandnehmen. Meistens ist dann das gesamte System Familie schon erheblich belastet. In der psychosozialen Beratung geht es vorwiegend um die gemeinsame Erarbeitung von entwicklungs- und beziehungs-fördernden Lösungen für Eltern und Kind. Wenn eine zeitlich begrenzte symptombezogene Beratung möglich erscheint, reicht oft eine relativ geringe Anzahl von Kontakten aus. Im Fokus stehen dann die Besprechung und das Einüben von veränderten Interaktionen zwischen Eltern und Kind, damit sich das Trotzen und die Trotzanfälle in Frequenz und Intensität verringern. Die Sprachkompetenz des Kindes spielt eine herausragende Rolle. Karp u. Spencer (2004) setzen an der noch mangelnden Sprachkompetenz der Kinder an. Die Eltern sollen ihrem Kind dessen Emotionen spiegeln und diese »verwörtern«. Auf diese Weise tragen sie dazu bei, dass ihr Kind seine Bedürfnisse besser artikulieren kann, wodurch Frustrationen vermieden werden. Allerdings sollten Eltern ihr Kind nicht durch verbale Erklärungsversuche und inhaltliche Auseinandersetzungen überfordern. Kinder unter 3 Jahren benötigen in ihrer kleinkindlichen Erfahrungswelt

Eltern, die sie anleiten und ihnen zeigen, was sie von ihnen möchten oder nicht möchten.

#### ■ Kommunikation

Worauf im Gespräch mit den Eltern zu achten ist: In Bezug auf den Umgang mit Trotzanfällen können die Eltern dahingehend beraten werden, dass sie schon im Vorfeld versuchen sollten, die bekannten Trotz auslösenden Situationen zu meiden. Die folgenden Fragen sind hierfür hilfreich:

- Wie und in welcher Form zeigt sich das Trotzen? Bei welchen Anlässen? Bei welchen Personen? Gibt es einen Auslöser? Gibt es Ausnahmen?
- Wo tritt der Trotzanfall auf? Gibt es bestimmte wiederkehrende Situationen, die zur Eskalation führen?
- Was sind die Hypothesen der Eltern?

Dem Kind können in der emotionalen Krise durch Ablenkung, Verschieben des Aufmerksamkeitsfokus und Verändern des Kontexts Brücken gebaut werden. Die Eltern werden darüber informiert, dass sie autoaggressive Handlungen konsequent nicht beachten sollten, wenn die Sicherheit des Kindes nicht gefährdet ist, was in den allermeisten Fällen der Fall ist. Dadurch wird das negative Verhalten des Kindes nicht mehr durch die erhöhte Aufmerksamkeit der Eltern in dieser Situation belohnt. Stattdessen kann mit den Eltern überlegt werden, welches positive Verhalten sie in diesem Moment beim Kind verstärken könnten, um es von diesen autodestruktiven Handlungen abzubringen. Ziel der Intervention ist es, erwünschtes Verhalten zu unterstützen und unerwünschtes Verhalten nicht zu beachten.

#### ■ Fallstricke in der Praxis

Bei aggressivem Verhalten gegenüber anderen sollte dies sofort angesprochen werden (»Nein, Julian, ich will nicht, dass du mich beißt. Das tut mir weh!«). Es empfiehlt sich, dabei auf die Augenhöhe des Kindes zu gehen, um dem Satz durch Blickkontakt mit dem Kind mehr Nachdruck zu verleihen. Nach der Krisensituation sollte versucht werden, dem Kind eine positive Beziehungserfahrung zu vermitteln, um das positive Verhalten des Kindes entsprechend zu loben. Die Eltern müssen wissen,

dass sich aggressives Verhalten nicht von einem Moment auf den anderen verändern lässt. Zu einer Veränderung kommt es durch ihre konsistente und konsequente Haltung dem Kind gegenüber.

Manchmal eskaliert die Interaktion so stark, dass das Misshandlungsrisiko eine sofortige Distanzierung zwischen Elternteil und Kind notwendig macht. Häufig ist es hilfreich, wenn die Mutter bzw. der Vater das Zimmer verlässt, um die Affekte abzukühlen und die Kontrolle wiederzuerlangen. Nur nach entsprechender Beruhigung kann man nach alternativen Lösungen für die festgefahrene Situation suchen.

Die inzwischen eingefahrenen negativ eskalierenden Interaktionszirkel können während der Beratung besprochen werden. Hierzu ist die Arbeit mit Videoaufnahmen und einem Videofeedback zu einer Spielszene zwischen Eltern und Kind sehr hilfreich (vgl. Cierpka 2012, ► Kap. 29). Nach dem Hinweis auf die gelungenen Szenen können die dysfunktionalen Szenen miteinander angeschaut und analysiert werden. Das Gewahrwerden der eigenen Gefühle (Wut, Ohnmacht, Trauer, Enttäuschung) hilft den Eltern meistens dabei, über ihre (unbewussten) Erwartungen an das Kind nachzudenken. Häufig sehen sie im Videofeedback auch die Hilflosigkeit ihres Kindes, was dann zu einer anderen, positiveren und stärker unterstützenden Einstellung beiträgt und die Negativismen dämpft.

Psychodynamische Therapeuten werden in der Beratungssituation auf die eigenen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle achten, um sich besser in Kind und Eltern einfühlen zu können. Sie werden diese aber nicht interpretierend und deutend einsetzen.

Die Abstimmung des Erziehungsverhaltens unter den Eltern findet bei häufigen und schweren Partnerschaftskonflikten oft nicht statt. In strukturierten Elternkursen können Eltern im Sinne der primären Prävention in ihren elterlichen Kompetenzen gefördert werden. Auf Videofeedback basierende Kurse für 1-bis 3-Jährige wurden von einer niederländischen Gruppe erarbeitet und in einer Vergleichsstudie auch überprüft (van Zeijl et al. 2006). Die Autoren boten sechs Sitzungen im Haus der Familie an und konnten in ihrer Studie zeigen, dass sich das Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kind signifikant verbesserte.

Eine längerfristige *Eltern-Kind-Psychotherapie* ist meist dann indiziert, wenn die »Dosis« der Beratung zu gering ist, um Veränderungen in der elterlichen Haltung, den erzieherischen Kompetenzen und dem maladaptiven Interaktionsstil herbeizuführen. In diesen Fällen sind die Eltern meist aufgrund ihrer eigenen (früh-)kindlichen Erfahrungen nicht in der Lage, die lösungsorientierten Ansätze einer Beratung kontinuierlich umzusetzen. Sie sind entweder mit sich selbst und mit ihrer Partnerschaft so beschäftigt, dass ihnen der Blick aufs Kind und dessen Bedürfnisse verstellt ist, oder sie nehmen dessen Verhalten aufgrund ihres eigenen Erlebens so verzerrt wahr, dass sie die Signale des Kindes als unangemessen interpretieren und entsprechend inadäquat reagieren. Bearbeitet werden vor allem die emotionalen Erfahrungen der Eltern und ihre im Kontext der Trotzanfälle ausgelösten Affekte. Zu achten ist auf die erlernten (dysfunktionalen und leidvollen) Konfliktlösungsmuster der Eltern, die häufig auch mit Gewalterfahrungen einhergehen.

## 7.4 Kleinkinder mit aggressivem Verhalten

Bereits 2- bis 3-Jährige können aggressives Verhalten zeigen, z. B., wenn sie sich selbst oder andere häufiger verletzen, wenn es ihnen schwerfällt, sich an die Vorgaben der Eltern zu halten, und wenn sie beginnen, »ungezogen« zu wirken. Nach dem 3. Lebensjahr kann dieses Verhalten auch aufsässig und provokativ-trotzig sein, dann spricht man von oppositionellem Verhalten. Bei Kleinkindern verwenden wir die diagnostische Bezeichnung »aggressiv-oppositionelles Verhalten« noch nicht.

### Fallbeispiel 3

Als Anmeldegrund gibt Frau U. das aggressive Verhalten ihres 26 Monate alten Sohnes Paul an. Sie meide den Spielplatz, seitdem Paul dort eine 2-Jährige in die Backe gebissen habe, weil er ein Spielzeug nicht bekam. Sie werde mit ihrem Sohn nicht mehr fertig. Frau U. glaubt, dass sie »nicht mehr die Führung« habe. Manchmal tue Paul genau das Gegenteil von dem, was sie von ihm verlange.

Wenn sie ihm sage, er solle aufräumen, nehme er Dinge aus den Regalen und werfe sie umher. Wenn er seinen Willen nicht bekomme, fange Paul an zu schreien und versuche nach ihr zu schlagen und zu treten. Bei den geringsten Frustrationen werfe er sich auf den Boden und schlage seinen Kopf so fest auf den Untergrund, dass er blaue Flecken und Beulen davon bekomme. Frau U. hat die Erfahrung gemacht, dass sie Paul nach einiger Zeit beruhigen kann, wenn er erschöpft ist und intensiven Körperkontakt zu ihr sucht. In letzter Zeit reagiert sie jedoch extrem angespannt und aggressiv auf Pauls Ausbrüche. Sie schlägt ihn auch, »aber nicht ins Gesicht«, wie sie betont. Sie ist sich sicher, dass ihm das nicht schadet. Er müsse spüren, dass es auch Grenzen gebe. Diese Situationen setzen sich auch in der Nacht fort, wenn Paul bis zu 5-mal aufwacht, schreit und teilweise auch um sich schlägt. Frau U. schildert weinend, wie sehr die häufigen Auseinandersetzungen mit Paul an ihren Nerven zerrten und einen normalen Alltag nahezu unmöglich machen. Und sie habe keinerlei Hilfe, »von niemandem!«.

Paul sei schon in den ersten Lebensmonaten ein Schreikind gewesen. Frau U. berichtet, das Schlafen sei schon immer ein Problem gewesen und Pauls nächtliches Schreien habe sie von Anfang an sehr belastet. Tagsüber sei Paul jedoch phasenweise ein sehr »sonniger« Säugling gewesen. Er habe sie ständig angelacht und »Quatsch« mit ihr machen wollen. In den letzten Monaten sei Paul weniger freundlich. Er lächle sie kaum noch an und sei überwiegend schlecht gelaunt und fordernd.

### 7.4.1 Definition

Als aggressives Verhalten bezeichnet man verschiedene Formen aggressiven und verweigernden Verhaltens:

- aggressives Verhalten gegenüber Geschwistern in der Familie und gegenüber Gleichaltrigen außerhalb der Familie,
- Wutausbrüche und aggressives Verhalten gegenüber Eltern oder anderen Erwachsenen (meist bei Grenzsetzungen),
- beginnendes Nichtbefolgen von Regeln und Grenzsetzungen.

Für die Eltern steht meist der Ungehorsam im Vordergrund. Ungehorsam unterscheidet sich von Trotz dadurch, dass das »ungehorsame« Kind den Eindruck vermittelt, es *könne* sich anders verhalten, *wolle* aber nicht. Postuliert wird, dass sich das Kind willentlich entscheidet, Widerstand zu leisten. Wenn die Eltern das trotzig und aggressive Verhalten als Ungehorsam deuten, entwickelt sich häufig ein Machtkampf zwischen Eltern und Kind. Die Eltern haben dann den Eindruck, ihr Kind »tanze« ihnen »auf der Nase herum«, und nehmen an, dass das »ungehorsame« Kind ihnen seinen Willen aufzwingen will.

Zur Interpretation des aggressiven Verhaltens von Kindern in diesem Altersabschnitt kann eine Differenzierung zwischen frühem und spätem Trotz hilfreich sein. Der *frühe Trotz* ist nicht Mittel zum Zweck, sondern der Versuch des Kindes, seine Spannung zu regulieren. Das Kind kann sich in dieser Entwicklungsphase nicht anders verhalten. Der *späte Trotz* vermischt sich mit negativem und aggressivem Verhalten, das vom Kind zunehmend auch willentlich eingesetzt wird, um Wünsche durchzusetzen.

➤ **Aggressives Verhalten muss nicht per se pathologisch sein. Bei den meisten 2- bis 3-jährigen Kindern handelt es sich um ein vorübergehendes phasentypisches Verhalten. Für unter 3-jährige Kinder ist die in der Definition von Aggression enthaltene Absichtskomponente strittig, weil die meisten dieser Kinder ihr aggressives Handeln noch nicht im vollen Umfang verstehen können. Entscheidend sind deshalb die Kriterien Persistenz und Pervasivität und das Leiden von Kind und Eltern, wenn sie keinen Ausweg aus den maladaptiven Interaktionszirkeln finden.**

## 7.4.2 Diagnose

Eine entsprechende Diagnose ist im DC:0–3 (Zero-to-Three 2005) nicht gelistet. Die Diagnose einer oppositionellen Verhaltensstörung ist erst für Kinder ab dem 3. Lebensjahr sinnvoll. Eine Diagnose kann dann zur Identifizierung einer Gruppe von hoch gefährdeten Kindern beitragen, deren beson-

ders aggressives Verhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit persistiert, wenn die Kinder und ihre Eltern keine Hilfe erfahren.

## 7.4.3 Häufigkeiten

Die mithilfe der Behavior Checklist CBCL/2–3 erhobenen Prävalenzraten von Verhaltensauffälligkeiten bei 2- bis 3-jährigen Kleinkindern liegen sowohl in den USA (Achenbach 1992) als auch in den Niederlanden und in Deutschland (Fegert 1996) bei ungefähr 12 Prozent, davon 2,3 Prozent mit aggressivem Verhalten. In der Mannheimer Risikokinderstudie, einer Längsschnittstudie an einer risikobelasteten Kohorte, liegt die Prävalenzrate erwartbar höher, d. h. bei 19,1 Prozent: 23,8 Prozent bei den Jungen, 15,4 Prozent bei den Mädchen (Laucht 2002). Dieses Geschlechterverhältnis wird durch die Studie von Rockhill et al. (2006) bestätigt (dort 2:1). Wichtig ist, dass die Prävalenzraten bei älteren Kindern offenbar auf 2 bis 3 Prozent zurückgehen (Rockhill et al. 2006).

## 7.4.4 Beeinflussende Faktoren und Prognose

Wie beim exzessiven Trotzen findet man multiple prä-, peri- und postnatale organische und psychosoziale Belastungsfaktoren (Rockhill et al. 2006), die die selbstregulatorische Kompetenz des Kindes mit aggressivem Verhalten beeinträchtigen.

Die Studienlage (Shaw et al. 2000; Crockenberg u. Leerkes 2002) zeigt, dass neben dem Geschlecht (Jungen), einem unsicheren Bindungsverhalten (Typ D) und einem »schwierigen« Temperament vorwiegend psychosoziale Belastungsfaktoren wie dissoziales Verhalten des Vaters, Depression oder andere psychische Erkrankungen der Mutter, Partnerschaftskonflikte, schwieriges soziales Milieu, Gewalterfahrungen des Kindes und/oder desorganisierter Bindungsstil das persistierende aggressive und oppositionelle Verhalten der Kinder bedingen und aufrechterhalten. Die Studienergebnisse der letzten Jahre zu den Risikofaktoren für Kinder in multipel belasteten Familien (vgl. Cierpka 2012, ► Kap. 7) zeigen, dass vermeintlich

konstitutionell-biologische Faktoren wie das Temperament oder Störungen im Serotoninhaushalt durch Umgebungsbedingungen schon in der pränatalen Zeit mitverursacht werden. Aggressives Verhalten scheint überwiegend durch Umgebungsbedingungen, im Wesentlichen durch dysfunktionale Interaktionen zwischen Eltern und Kind, bedingt zu sein. In hoch belasteten Familien entwickelt sich signifikant häufiger ein externalisierendes Verhalten schon bei 2-jährigen Kindern (Sidor et al. 2013). Die Bemühungen des Kindes, seine heftigen negativen Emotionen und seine Aggression selbst zu regulieren, scheitern im Kontext der Beziehung zu den primären Bezugspersonen. Diese Annahme wird auch durch die Ergebnisse einer Studie von Papoušek u. von Hofacker (2004) unterstützt. Während die Autoren in der Teilgruppe der Trotz Kinder im Vergleich zu einer nichtklinischen Vergleichsgruppe höhere Werte auf der Temperamentsdimension »Unruhe/Schwierigkeit« fanden, konnten sie diese Ergebnisse in der Teilstichprobe mit den aggressiv-oppositionellen Kindern nicht finden. Bei diesen Kindern sind die Umgebungsbedingungen für die ätiologische Betrachtung deutlich gewichtiger.

Kinder mit aggressiv-oppositionellem Verhalten haben eine schlechtere Prognose in ihrer sozial-emotionalen Entwicklung als andere Kinder, weil sie unter Langzeitwirkungen zu leiden haben, die zu einer Beeinträchtigung auf allen Ebenen führen können. Rund 60 Prozent dieser Kinder sind auch im späteren Kindesalter noch verhaltensauffällig (Campbell 1995; Laucht 2002). Deshalb sind im Sinne der Prävention frühe Hilfen und frühe therapeutische Maßnahmen notwendig (vgl. Cierpka 2012, ► Kap. 38)

#### 7.4.5 Interventionsansätze

Für den Einsatz von Psychopharmaka gibt es für Kinder in dieser Altersgruppe keine Indikation. Nur psychotherapeutische Ansätze sind erfolgreich. Die folgenden Interventionsmöglichkeiten kommen überwiegend bei über 3-jährigen Kindern zur Anwendung. Sie können jedoch auch bei Kindern ab 2 Jahren mit entsprechenden Modifikationen eingesetzt werden.

#### ■ Verhaltenstherapie

Häufig findet sich ein spezifischer Teufelskreis der negativen Gegenseitigkeit in den Interaktionen, den Patterson (1982) als »coercive cycle« beschrieben hat:

- Auf das aversive Verhalten des Kindes folgt das Gewährenlassen der Eltern,
- bis die Eltern ihre aufgestaute Wut nicht mehr kontrollieren können,
- das Kind strafen und bedrohen und zur Unterwerfung zwingen,
- was wiederum aversives Verhalten auslöst und die Situation eskalieren lässt.

Dieses dysfunktionale Kommunikationsverhalten kann durch Veränderungen des elterlichen Verhaltens durchbrochen werden. Inhaltlich werden folgende Verhaltensänderungen angestrebt:

- Aufbau und Unterstützung prosozialer Verhaltensweisen,
- freundliche, klare Grenzsetzung bei aggressivem Verhalten und Anleitung zu prosozialem Verhalten,
- Verständnis für die negativen Affekte des Kindes und Akzeptanz des Kindes bei gleichzeitig deutlicher Ablehnung des aggressiven Verhaltens,
- Abbau von harschem, verbal oder physisch disziplinierendem elterlichen Verhalten, da solches als relevantes negatives Modell für das kindliche Verhalten dient,
- Aufbau und Unterstützung des Empfindens von Selbstwirksamkeit und des Selbstwerts.

Neben der verhaltenstherapeutischen Kleinkindtherapie von McDonough (1995; ► Kap. 9) gibt es viele Elterntrainings (Übersicht bei Sonuga-Barke et al. 2006; Steinhoff et al. 2006; Greenhill et al. 2008) wie die Parent-Child-Interaction-Therapy (PCIT; nach Hembree-Kigin et al. 1995). Dies sind 10 bis 15 Sitzungen umfassende Kurztherapien für Eltern von 2- bis 7-jährigen Kindern, in denen die Eltern durch Vermittlung von psychoedukativen Inhalten und Einüben von funktionaleren Verhaltensweisen lernen, das Sozialverhalten ihrer Kinder zu ändern. Diese Programme sind mehr auf Disziplin, Regeln und Grenzsetzen fokussiert. Die Evidenzlage für diesen Ansatz ist gut, und die

Studien zeigen gute Effektstärken (Thomas u. Zimmer-Gembeck 2007; Larsson et al. 2009).

#### ■ Familientherapie

Da beim aggressiv-oppositionellen Verhalten der unmittelbare Beziehungskontext, meistens die Familie, für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Probleme maßgebend ist, macht es Sinn, an den Alltagsproblemen und täglichen Herausforderungen im familiären Zusammenleben anzusetzen und zielgerichtet konkrete Veränderungen in diesem Zusammenleben vorzunehmen. In vielen Erziehungsberatungsstellen wird entsprechend gearbeitet.

#### ■ Psychodynamisch-interaktionelle Eltern-Kind-Psychotherapie

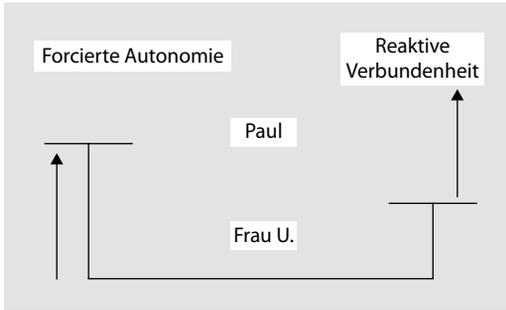
Kinder im Alter von 2 bis 3 Jahren sind sehr engagierte Teilnehmer in der Therapie. Sie gestalten die Interaktion mit den Eltern und Therapeuten aktiv mit. Nicht nur der Spracherwerb, auch die Fähigkeit, sich im Spiel mitzuteilen, eröffnet diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Viele der therapeutischen Interventionen konzentrieren sich deshalb unmittelbar auf den Zusammenhang zwischen Beziehungsstörung und Symptom, der sich im Hier und Jetzt darstellt.

Das behandlungstechnische Vorgehen entspricht im Wesentlichen dem klassischen psychodynamischen Arbeiten, ergänzt durch eine systemische Perspektive und verhaltenstherapeutische Strategien. In unserem Behandlungsmodell für 2- bis 3-jährige Kinder mit aggressiv-oppositionellem Verhalten spielt sehr häufig die psychodynamische Arbeit an zwei intrapsychischen und interpersonellen Konflikten eine herausragende Rolle, die auch das »dominante Thema« (► Kap. 11) darstellen. Entscheidend für die therapeutische Arbeit ist die Wiedererlangung einer Balance im Konflikt *Intimität/ Verbundenheit* und *Autonomie/Abgrenzung* und im Konflikt *Kontrolle/Macht* und *Unterwerfung/Ohnmacht*. Wie weiter oben skizziert, begreifen wir die spannungserzeugenden Konflikte als die zwei Waagschalen einer Waage, auf die Eltern mit ihren unbewussten und bewussten Erwartungen und Projektionen Lasten ablegen und so das Gleichgewicht beeinflussen. Eltern können aufgrund eigener Erfahrungen die Verbundenheit oder die

Autonomie, die Kontrolle oder die Unterwerfung unangemessen stark oder unangemessen früh fördern bzw. behindern. Kinder können durch ihre Temperamentsvariablen das Problem potenzieren, indem sie z. B. eher autonomesuchend oder eher autonomiegehemmt sind. Diese dialektische Betrachtung erlaubt die schematische Darstellung von unterschiedlichen Beziehungsmustern (Cierpka u. Cierpka 2000). Im Folgenden illustrieren wir dieses therapeutische Vorgehen anhand des schon eingeführten Fallbeispiels von Frau U. und ihrem Sohn Paul.

#### Fallbeispiel 3

(Fortsetzung) Die dominanten Themen, definiert als die die Beziehungsdynamik bestimmenden Repräsentanzen, inszenieren sich im Erstgespräch mit Frau U. und Paul rasch. Während die 35-jährige Mutter über Pauls Verhalten klagt, erkundet Paul das Zimmer und schaut sich die Spielsachen an. Immer wieder kehrt er mit einem Spielzeug zur Mutter zurück, um es ihr zu zeigen. Sprachlich hat Paul noch Schwierigkeiten, sich verständlich zu machen. Die Mutter ist sehr in das Gespräch vertieft und entlastet sich emotional bei den Therapeuten, sodass sie auf Paul nicht weiter eingeht. Nach einigen Minuten kommt er wieder zu ihr, um sie mit sich zu ziehen. Sie soll ihm offensichtlich ein Spielzeug von einem oberen Regal holen oder mit ihm spielen. Unwirsch sagt sie: »Lass mich doch!«, daraufhin tritt er nach ihr, trifft sie aber nicht. Wir fragen Frau U.: »Haben Sie eine Idee, was er gerade wollte?« »Nein, ich weiß nicht.« Wir: »Er zog Sie ja am Arm, er muss doch etwas vorgehabt haben ...« »Ich weiß es nicht, ich weiß es einfach nicht, er ist immer so!« Und nach einer Pause des Überlegens: »Vielleicht wollte er mit mir spielen. Aber er muss doch sehen, dass ich gerade spreche. Er gibt dann nie nach, er will sich immer durchsetzen!« Obwohl das Sprechzimmer fremd ist, erkundet Paul in positiver Stimmung das Terrain. Er ist es gewohnt, beim Explorieren allein gelassen zu werden. Als es ihm langweilig wird, soll er sich gedulden. Frau U. geht mit ihm nicht wie mit einem Kleinkind um, das zunächst Vertrauen in die fremde Umgebung finden muss, sondern wie mit einem Jugendlichen. Wenn er zu ihr kommt, sieht sie nicht seinen Wunsch nach Nähe, sondern er stört dann



■ **Abb. 7.2** Frau U. fordert mehr Autonomie von Paul, er wünscht sich mehr Verbundenheit

»mit Absicht«. Diese unterstellte Intentionalität ist aber für einen 2-Jährigen nicht altersgerecht. Es fällt der Mutter schwer, sich in die kindlichen Bedürfnisse einzufühlen und ihm zu helfen, in ein Spiel zu finden. Sie forciert seine Autonomie und vernachlässigt sein Bindungsbedürfnis. Er reagiert mit Wut und versucht ihre Aufmerksamkeit über das Treten zu erzwingen (■ Abb. 7.2). Frau U.s Vorwürfe gegenüber Paul bestimmen weiter das Gespräch. Paul wird zunehmend frustriert, legt sich zu ihren Füßen auf den Boden und schaukelt mit dem Körper. Plötzlich schlägt er mit dem Kopf gegen das Tischbein – er erschrickt und hat sich offenbar auch wehgetan. Frau U. greift nach unten – wir denken, sie will ihn durch Berühren mit der Hand trösten, aber sie nimmt ihm ein Spielzeug weg. Erst da fängt Paul an zu schreien und »rastet aus«. Er versucht noch, sich selbst zu regulieren, indem er sich auf den Bauch dreht und seinen Körper auf dem Boden reibt, aber es gelingt ihm nicht.

In der Gegenübertragung identifizieren wir uns mit dem Schmerz, der Ohnmacht und Hilflosigkeit von Paul und können seine maßlose Wut auf die Mutter nachempfinden, im Schmerz nicht angenommen und getröstet zu werden. Unsere (nicht geäußerte) Aggression auf Frau U. löst sich auf, als wir ihre Lebensgeschichte hören und erfahren, wie sehr sie selbst vernachlässigt und misshandelt wurde.

Frau U. wurde als Kind von ihrem Vater, der in großen Mengen Alkohol konsumierte, körperlich misshandelt. Sie beschreibt eine Szene, in der er ihr blaue Flecken und Blutergüsse beibrachte, weil sie in die Hose gemacht hatte. Beim Erzählen weint

sie, und ihre Wut und Hilflosigkeit werden spürbar. Ihre Mutter sei ihr in solchen Situationen nicht zur Hilfe gekommen und habe sie nie geschützt. Sie hat einen älteren und vier jüngere Brüder, die nie so viele Schläge von ihrem Vater bekamen. Sie sei immer als »das schlimmste« der Kinder betrachtet worden. In der Pubertät sei sie von ihrem Vater als »Schlampe« bezeichnet worden. Am liebsten würde sie ihre Kindheit vergessen. Das gelingt ihr aber nicht, weil Paul sie immer wieder an ihre Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Wut heranzuführt. Er erinnert sie immer wieder an das kleine, geschundene Mädchen von damals. Sie darf die Ohnmacht und den Schmerz bei ihm nicht wahrnehmen, so wie ihre Eltern diese Gefühle auch bei ihr nicht wahrgenommen haben.

An Paul werden viele Erwartungen delegiert. Paul ist parentifiziert. Er soll sie in ihrer Einsamkeit unterstützen. Ihre Sehnsucht, von einem »Mann« verstanden zu werden und Angenommensein zu erleben, entspricht nicht Pauls Bedürfnissen. Es kommt zu massiven Enttäuschungen und entsprechender Wut. Paul wird dann ein »störendes« Kind, wie sie selbst es war, wenn er Fürsorge für sich einfordert. Von ihrem früheren alkoholkranken Ehemann und – nach der Scheidung – anderen Männern erfuhr Frau U. wiederholt Gewalt. Sie wollte aber trotzdem immer Mutter werden. Sie erzählt, dass sie beim Anschauen von Werbung, in der Babys vorkamen, zu weinen begonnen habe, da sie sich so sehr auf ein Baby gefreut habe. Als sie von einem neuen Partner schwanger wurde, freuten sich Frau U. und nach ihren Angaben auch der Kindsvater anfänglich sehr auf das Kind. Aufgrund von Komplikationen in den ersten Schwangerschaftsmonaten wurde Frau U. ausführlicher ärztlich untersucht, und dabei wurde festgestellt, dass sie HIV-positiv ist. Pauls Vater war nicht infiziert, d. h., dass sie die Erkrankung ohne ihr Wissen vermutlich schon mehrere Jahre in sich trug. Pauls Vater verließ Frau U. drei Tage nachdem diese von ihrer Erkrankung erfahren hatte. Frau U. war während der Schwangerschaft sehr verzweifelt und mit dieser großen Belastung völlig auf sich gestellt. Sie hatte massive Ängste um die Gesundheit des Kindes, das zu ihrer großen Erleichterung jedoch ohne das Virus geboren wurde.

Während des 7. Schwangerschaftsmonats wurde Frau U. mitgeteilt, dass sie einen Sohn bekommen würde. Vorher war man aufgrund der Ultraschallbilder von einem Mädchen ausgegangen. Frau U. hatte aufgrund ihrer negativen Erfahrungen mit Männern Angst davor, einem Jungen als Mutter nicht gerecht zu werden, weil sich ein Junge später ebenfalls zu einem gewalttätigen Mann entwickeln könnte. Die Mitteilung, dass sie einen Sohn erwartete, war für sie aufgrund ihrer Furcht vor männlicher Dominanz und Gewalt so schockierend, dass sie nach der Geburt das Kind einige Tage lang nicht behalten wollte. Offensichtlich ist sie auch heute noch sehr ambivalent in Bezug auf die Frage, ob sie zu Paul stehen oder ihn ablehnen soll.

Die ein Jahr dauernde, einmal die Woche stattfindende Mutter-Kind-Therapie verfolgt zwei Ziele. Zum einen soll Frau U. Unterstützung und Anleitung in Spielinteraktionen mit Paul erfahren, weil sie »mit ihm nicht spielen kann«, so wie man mit ihr »auch nie gespielt« habe. Diese Interventionen im Hier und Jetzt des Spiels fördern positive Interaktionen und sichern die Bindung von Paul an seine Mutter. Ihre eigene Spannungstoleranz verbessert sich zunehmend, seit Frau U. eine Tagesmutter gefunden hat, sodass sie wieder halbtags arbeiten gehen kann und »wieder Luft« bekommt. Zum anderen geht es um die tiefenpsychologische Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen von Frau U. und die Auflösung der Parentifizierung von Paul. Vor allem die Spaltungen zwischen ihrem Täter- und Opferverhalten, zwischen Kontrolle und Unterwerfung stehen im Mittelpunkt der borderlinespezifischen psychodynamischen Therapie (Pedrina 2010).

#### Praxis

Besonders wichtig ist es, die Eltern von Kindern, die ein aggressives Verhalten zeigen, psychotherapeutisch zu unterstützen, damit diese Kinder im Umgang mit ihren Aggressionen nicht langfristig beeinträchtigt bleiben. Für die Entwicklung von aggressivem Verhalten und dessen Kontrolle ist die Altersspanne zwischen 1 und 3 Jahren ein sensibles Zeitfenster, das verstärkt für präventive Ansätze in Betracht gezogen werden sollte.

#### ■ Fallstricke in der Praxis

Da viele Eltern Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen, oft auch verbunden mit Gewalterfahrungen, gemacht haben, gibt es eine zweite Waage, die aus den Waagschalen Täter/Macht und Opfer/Ohnmacht gebildet wird. Die die Nähe-Distanz-Konflikte überlagernde Macht-Ohnmachts-Dynamik führt oft zu Eskalationen in der Eltern-Kind-Dynamik. Therapeutisch geht es meistens um die Bearbeitung von Trennungs- oder Kontrollverlustängsten, die sich aus den Vorgeschichten der Eltern ergeben.

#### Fazit

Kleinkinder zwischen 12 und 36 Monaten werden zunehmend autonomer. Sie entdecken sich als eigenständige Person und geraten häufiger mit den Regeln der sozialen Umwelt in Konflikt (Emde 1984). Wenn sie sich den Wünschen und Forderungen der Eltern widersetzen und verstärkt »Nein!« sagen, fordert dies neue Antworten der Eltern heraus. Ein respektvoller Umgang der Eltern mit dieser Herausforderung bedeutet, abzuwägen, wie permissiv oder wie dominierend sie auf das trotziges Neinsagen eingehen. Wenn Eltern und Kind diese neue familiäre und individuelle Entwicklungsaufgabe meistern, erfahren beide neue Spielräume und Entwicklungsmöglichkeiten. So verstanden ist das Trotzen und sind die »Trotzanfälle« ein transitorisches Phänomen. Wenn Kinder den Regeln und Grenzsetzungen der Eltern folgen, machen sie sich zunehmend die Ziele der Erwachsenen zu eigen. Dies wird umso leichter gelingen, je ruhiger und konsistenter sinnvolle Bitten und Aufforderungen an das Kind herangetragen werden. Die Kinder internalisieren letztendlich die Werte und Normen ihrer Familie.

Vom normalen Trotzen über das exzessive Trotzen bis zum aggressiven Verhalten wurde in diesem Kapitel ein Stufenkonzept dargestellt, das sowohl ein dimensionales Erklärungs- als auch ein Behandlungskonzept bedeutet. Es rückt die emotionale Regulation beim Kind und bei den Bezugspersonen in den Mittelpunkt. In dieser Linie – der Abfolge der Abschnitte in diesem Kapitel vom normalen zum dysfunktionalen Interaktionsverhalten entsprechend – gelingt es den Eltern immer weniger, dem Kind bei intensiven negativen Emotionen die

notwendige interpersonelle Emotionsregulation zur Verfügung zu stellen. Die Interaktionen der trotzigsten Kinder mit ihren Eltern zentrieren sich um die aggressive Selbstentfaltung, die meistens von heftigen Affekten begleitet wird. Das Kind benötigt für die Kontrolle seiner heftigen Affekte zunächst die interpersonelle Begrenzung und das Containment in der Beziehung, um sich zunehmend besser selbst emotional regulieren zu können.

## Literatur

- Achenbach TM (1992) Manual for the child behavior checklist/2–3 and 1992. University of Vermont, Burlington, VT
- Belsky J, Woodworth S, Crnic K (1996) Trouble in the second year: three questions about family interactions. *Child Dev* 67: 556–578
- Bhatia M, Dhar N, Singhal P, Nigam V (1990) Temper tantrums: prevalence and etiology in a non-referral outpatient setting. *Clin Pediatr* 29: 311–315
- Bischof-Köhler D (1998) Zusammenhänge zwischen kognitiver, motivationaler und emotionaler Entwicklung in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In: Keller H (Hrsg) Lehrbuch Entwicklungspsychologie. Huber, Bern, S 325–377
- Calkins SD (2002) Does aversive behavior during toddlerhood matter? The effects of difficult temperament on maternal perceptions and behavior. *Infant Ment Health J* 23: 381–402
- Campbell SB (1995) Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry* 36: 113–149
- Chamberlin R (1974) Management of preschool behavior problems. *Pediatr Clin North Am* 21(1): 33–47
- Cierpka M (2012) Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Heidelberg, Springer
- Cierpka M, Cierpka A (2000) Beratung von Familien mit zweibis dreijährigen Kindern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 49: 563–579
- Crockenberg S, Leerkes E (2000) Infant social and emotional development in family context. In: Zeanah CH Jr (Hrsg) Handbook of infant mental health. Guilford Press, New York, NY
- Dionne G, Tremblay R, Boivin M, Laplante D, Pérusse D (2003) Physical aggression and expressive vocabulary in 19-month-old twins. *Dev Psychol* 39: 261–273
- Emde RN (1984) The affective self: continuities and transformations form infancy. In: Galenson E, Tyson RL (Hrsg) Frontiers of infant psychiatry. Basic Books, New York, S 38–54
- Fegert J (1996) Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 45: 83–94
- Fouts HN, Hewlett BS, Lamb ME (2005) Parent-offspring weaning conflicts among the Bofi farmers and foragers of Central Africa. *Curr Anthropol* 46: 29–50
- Greenhill LL, Posner K, Vaughan BS, Kratochvil CJ (2008) Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 17(2): 347–366
- Hembree-Kigin TL, McNeil CB, Eyberg S (1995) Parent-child interaction therapy. Springer, New York, NY
- Johnson A (2003) Families of the forest: the Matsigenka Indians of the Peruvian Amazon. University of California Press, Berkeley, CA
- Kagan J (1997) Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Dev* 68: 139–144
- Karp H, Spencer P (2004) The happiest toddler on the block: the new way to stop the daily battle of wills and raise a secure and well-behaved one- to four-year-old. Random House, New York, NY
- Larsson B, Fossum S, Clifford G, Drugli MB, Handegård BH, Mørchm WT (2009) Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: results of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 18(1): 42–52
- Laucht M (2002) Störungen des Kleinkind- und Vorschulalters. In: Esser G (Hrsg) Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Thieme, Stuttgart, S 102–118
- MacFarlane J, Allen L, Honzik MP (1954) A developmental study of the behavior problems of normal children between twenty-one months and fourteen years. University of California Press, Berkeley, CA
- McDonough SC (1995) Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 4: 661–672
- Metzger W (1972) Frühkindlicher Trotz. Karger, Basel
- Needlman R, Stevenson J, Zuckerman B (1991) Psychosocial correlates of severe temper tantrums. *J Dev Behav Pediatr* 12(2): 77–83
- Olson SH, Bates JE, Sandy JM, Lanthier R (2000) Early development precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 28(2): 119–133
- Österman K, Björkquist K (2010) A cross-sectional study of onset, cessation, frequency, and duration of children's temper tantrums in a nonclinical sample. *Psychol Rep* 106(2): 448–454
- Ounsted MK, Simons CD (1978) The first-born child: toddlers' problems. *Dev Med Child Neurol* 20(6): 710–719
- Papoušek M, Hofacker N von (2004) Klammern, Trotzen, Toben – Störungen der emotionalen Verhaltensregulation des späten Säuglingsalters und Kleinkindalters. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Huber, Bern, S 201–232
- Patterson GR (1982) Coercive family processes. Castalia, Eugene, OR

- Pedrina F (2010) Mütter mit Persönlichkeitsstörungen und ihre Kinder: frühe psychotherapeutische Interventionen. 16. Wissenschaftliche Konferenz der VakJP, Frankfurt
- Potegal M, Davidson RJ (2003) Temper tantrums in young children: 1. Behavioral composition. *J Dev Behav Pediatr* 24: 140–147
- Potegal M, Kosorok M, Davidson RJ (2003) Temper tantrums in young children: 2. Tantrum duration and temporal organization. *J Dev Behav Pediatr* 24: 148–154
- Richman N, Stevenson J, Graham P (1982) Pre-school to school: a behavioral study. Academic Press, London
- Rockhill CM, Collett BR, McClellan JM, Speltz ML (2006) Oppositional defiant disorder. In: Luby JL (Hrsg) *Preschool mental health: a guide for practitioners*. Guilford Press, New York, NY, S 80–114
- Rothbart MK, Derryberry D, Posner MI (1994) A psychobiological approach to the development of temperament. In: Bates JE, Wachs TD (Hrsg) *Temperament: individual differences at the interface of biology and behavior*. American Psychological Association, Washington, DC, S 37–86
- Shaw DS, Gilliom M, Giovanelli J (2000) Aggressive behavior disorders. In: Zeanah CH Jr (Hrsg) *Handbook of infant mental health*. Guilford Press, New York, NY, S 397–411
- Shaw DS, Owens EB, Giovanelli J, Winslow EB (2001) Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 36–43
- Sidor A, Fischer C, Cierpka M (2013) Early regulatory problems in infancy and psychopathological symptoms at 24 months: a longitudinal study in a high-risk sample. *J Child Adolesc Behav* 1: 116. doi:10.4172/jcalb.1000116
- Sonuga-Barke EJS, Thompson M, Abikoff H, Klein R, Miller Brotman L (2006) Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD: the case for specialized parent training. *Infants Young Child* 19(2): 142–153
- Steinboff KW, Lerner M, Kapilinsky A (2006) Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Luby JL (Hrsg) *Handbook of preschool mental health*. Guilford Press, New York, NY, S 63–79
- Stern DN (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ (2007) Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 35(3): 475–495
- Tomm K, Suzuki K (1990) The Kan-No-Mushi: an inner externalization that enables compromise? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 11: 104–105
- Trad PV (1993) *Short-term parent-infant psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Tremblay RE, Japel C, Perusse D, McDuff P, Boivin M, Zoccolillo M, Montplaisir J (1999) The search for the age of onset of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Crim Behav Ment Health* 9: 8–23
- Wurmser H, Papoušek M, Hofacker N von, Leupold S, Santavicca G (2004) Langzeitrisiken persistierender exzessiven Säuglingsschreiens. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Huber, Bern, S 311–338
- Zero To Three (2005) *Diagnostic classification: 0–3. Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers, and Families*, Washington, DC
- Zeijl J van, Mesman J, Ijzendoorn MH van (2006) Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behaviour problems: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 74(6): 994–1005