

# Leitlinien

## Hanne Düwell/Rüdiger Haar/Gaby Kalb/Bärbel Neumann Leitlinie Enuresis

### *1. Einleitung*

Einnässen (Enuresis) ist eines der häufigsten Symptome im Kindes- und Jugendalter. Es kann im Zusammenhang mit Einkoten (Enkopresis) auftreten. Oft wird ein Kind deswegen zum Kinderarzt gebracht, manchmal in die urologische oder psychiatrische Kinderklinik eingeliefert oder in der Erziehungsberatungsstelle vorgestellt. Bis sie zum analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kommen, haben diese Kinder häufig schon eine Odyssee an Untersuchungen (z. B. urologische Blasenuntersuchungen) und Behandlungen (Medikamente, Klingelhose u. ä.) hinter sich – häufig mit keinem oder nur kurzfristigem Erfolg. Das Einnässen als Symptom belastet die Familie und das Kind oder den Jugendlichen sehr und steht deshalb meist im Vordergrund. In den ausführlichen Anamnesegesprächen wird allerdings deutlich, dass sich dahinter oftmals eine tiefgreifendere emotionale Störung (z. B. Angst, Depression), ein intrapsychischer Konflikt (z. B. ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt), eine neurotische Störung der Eltern-Kind-Beziehung, eine traumatische Belastung mit psychosexueller Verwirrung oder aber eine Entwicklungsstörung verbirgt.

Damit ist die Enuresis als Ausprägung der genannten übergeordneten Diagnosen und Störungen zu verstehen.

Im 2. Kapitel beziehen wir uns auf die Sichtweise der Enuresis als eigenständiger Diagnose, wie sie im ICD-10 und in der Leitlinie des AWMF zu finden ist. Anschließend werden ausführlich wesentliche Erklärungsmodelle verschiedener Autoren aus psychodynamischer Sicht dargestellt, um im Folgenden das spezifische psychodynamische Diagnoseverfahren unter Berücksichtigung der besonderen Aspekte der Enuresis darzustellen. Auf Grundlage der psychodynamischen Diagnose wird die Indikation abgeleitet. Abschließend illustrieren zwei

Fallbeispiele aus der Praxis die theoretischen Annahmen, indem die Therapie eines Jungen in der Präpubertät und eines Mädchens in der Latenz sowie die dazugehörige Elternarbeit vorgestellt werden.

## 2. Definition und Symptomatik

Die Enuresis wird zu den psychosomatischen Erkrankungen gezählt, da auf organischer Ebene ein psychisches Erleben zum Ausdruck gebracht wird. Unter Enuresis wird das unwillkürliche oder auch willkürliche Einnässen eines Kindes ab einem Alter von ca. 4-5 Jahre verstanden. Die Häufigkeit des Einnässens im Wochenverlauf kann dabei sehr unterschiedlich sein. Organische Ursachen, wie zum Beispiel eine Blasenentzündung, eine Fehlbildung der Harnwege oder Diabetes, müssen durch ärztliche Untersuchungen ausgeschlossen sein (Nichtorganische Enuresis ICD-10: 98.0).

Die häufigste Erscheinungsform der Enuresis ist das nächtliche Bettnässen (Enuresis nocturna). Es kommt fünfmal häufiger vor als das Einnässen während des Tages (Enuresis diurna). Die Enuresis nocturna tritt bei 10-20% der 5-jährigen Jungen und Mädchen auf, 3-5% der 10-jährigen Jungen zeigen diese Symptomatik, bei den 12-14-jährigen Jungen sind es 2% und im Erwachsenenalter noch 1%. Die Enuresis diurna hingegen tritt bei den Mädchen dreimal so häufig auf wie bei den Jungen. Während der Pubertät kann es zu Spontanremissionen kommen (Schmid-Boß, 2005, S. 314). Bei einer kleinen Gruppe von Kindern treten beide Symptome gemeinsam auf.

Weiter wird zwischen dem durchgängigen Einnässen (Enuresis permanens oder primäre Enuresis) und der sekundären Enuresis unterschieden. Bei der primären Enuresis haben die Kinder nie gelernt, ihren Harndrang zu kontrollieren. Sie tritt zweimal so häufig auf wie die sekundäre Enuresis, bei der nach bereits abgeschlossener Sauberkeitserziehung das Kind wieder beginnt einzunässen. Die trockene Phase sollte dabei mindestens drei Monate gedauert haben. Die primäre Enuresis wird als schwerwiegendere Symptomatik gegenüber der sekundären Enuresis eingeschätzt. Sie stellt eine Entwicklungsstörung dar, in der es um eine Wachstumsweigerung geht (Schmid-Boß, 2007, S. 390). Bei der sekundären Enuresis hingegen handelt es sich um ein neurotisches Symptom, das ein konflikthafte oder regressives Geschehen zum Ausdruck bringt. Beide Formen lassen sich adäquat im Rahmen einer Psychotherapie behandeln (Schmid-Boß, 2007, S. 390).

### 3. Ätiologie

Die Enuresis ist ein Symptom, das unterschiedliche Ursachen haben kann. In der psychoanalytischen Diagnostik geht es um die Frage, was durch dieses Leitsymptom zum Ausdruck gebracht werden soll. Das Symptom hat einen Signalcharakter, den es zu verstehen gilt.

Nach der Meinung Bürgins spielt es für die Ätiologie eher eine untergeordnete Rolle, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Enuresis handelt, da sich bei beiden Formen oft ähnliche Ursachen feststellen lassen (Bürgin, 1993, S. 199).

Da die Enuresis zu den psychosomatischen Erkrankungen gerechnet wird, ist zu fragen, inwieweit eher psychische oder somatische bzw. reifungsbedingte oder genetische Faktoren eine Rolle spielen. Je nach theoretischem Hintergrund fallen die Antworten unterschiedlich aus.

Von Gontard geht davon aus, dass sowohl die primäre als auch die sekundäre Enuresis nocturna in erster Linie durch eine genetisch bedingte zentrale Reifungsstörung hervorgerufen werden. Lediglich die Harninkontinenz bei Miktionsaufschub sieht er als psychogen verursacht an. Er erkennt darin ein Moment der Verweigerung. Des Weiteren macht er darauf aufmerksam, dass einnässende Kinder häufiger psychiatrische Auffälligkeiten zeigen als andere. Er erklärt sich diese als eine Reaktion auf die Belastungen des Einnässens (v. Gontard, 2001, S. 29ff).

Haug-Schnabel, Verhaltensbiologin, sieht Enuresis als einen entgleisten Lernprozess. Dieser tritt zu Tage, wenn beispielsweise das Bedürfnis des Säuglings nach Pflege, Zuwendung und Kontakt nur durch das Einnässen erreicht werden kann oder die Sauberkeitserziehung zu früh und zu rigide einsetzt. In ihren Untersuchungen rückt sie daher von den somatischen Ursachen ab, um in erster Linie die psychischen zu betonen. Sie stellt fest, dass nächtliches Einnässen meist auf belastende Ereignisse hin, wie Schwierigkeiten in der Familie, in der Schule oder mit Freunden, auftritt. Bei der Enuresis diurna unterscheidet sie zwischen Spiel- und Konflikteinnässern, bei letzteren geht sie von psychischen Ursachen aus (Haug-Schnabel, 1994, S. 103ff).

Auf eine weitgehend genetisch begründete Entwicklungsverzögerung, die auch beim Sitzen, Laufen und Sprechen beobachtbar sei, weist auch Bürgin (1993) hin. Diese Fälle kann man aber noch nicht als pathologisch bezeichnen, da das Einnässen im Alter von 5-6 Jahren aufgegeben werden konnte. Insbesondere die sogenannten »familialen Enuretiker-Traditionen« (Bürgin, 1993, S. 188) seien die Auswirkung genetischer Einflüsse, die durch unangemessene Erziehungsmethoden mit bedingt bzw. verstärkt werden können. Wie bei Haug-Schnabel spielen hier ebenfalls missglückte Lernprozesse aufgrund fehlender oder inadäquater Er-

ziehungsmaßnahmen eine Rolle, da die Eltern durch eigene negative Erfahrungen belastet sind und über unzureichende Vorstellungen von einer erfolgreichen Sauberkeitserziehung verfügen (Bürgin, 1993, S. 194). Den größten Raum nehmen bei Bürgin die psychodynamischen Überlegungen ein, d. h. psychoanalytische Erklärungsmodelle, die sowohl von triebhaften Impulsen, von dem Einfluss der wichtigsten Bezugspersonen, i. d. R. die Eltern, von der Entwicklung der gesamten Persönlichkeit sowie von dem Selbstwerterleben ausgehen.

Neben dem Interesse an genetischen Vorbelastungen spielt also in der Literatur fast immer auch die Frage der psychologischen Begründung des Symptoms eine Rolle.

Aus psychoanalytischer Sicht lässt sich das Symptom Enuresis aus unterschiedlichen Perspektiven fassen. So wird Enuresis triebpsychologisch mit der analen und urethralen Phase in Zusammenhang gebracht. S. Freud sah in der Enuresis nocturna eine sexuelle Störung, die einer Pollution gleichkomme (Freud, S., 1905, S. 90). Hinsichtlich der Charaktermerkmale und deren Bezug zu den erogenen Zonen schreibt er vom »brennenden Ehrgeiz« des Enuretikers (Freud, S., 1908, S. 209). Auch nach S. Freud sprechen Autorinnen und Autoren von einer Sexualisierung des Urinierens. So nennt Katan (1946) die Entdeckung des Geschlechtsunterschiedes als Auslöser für eine sekundäre Enuresis. In diesem Fall werden sexuelle Unterschiede gelehnet, d. h. es wird an einer bisexuellen Identifizierung festgehalten, wodurch die Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil vermieden wird. Beispielhaft wären in diesem Fall Jungen, denen eine Loslösung von der Mutter nicht gelingt. Die Enuresis verdeutlicht dann den Konflikt zwischen der aktiven und passiven, der männlichen und der weiblichen Seite. Mehrfach wird darauf hingewiesen, dass diese mit der Enuresis verbundene Haltung zu Lernstörungen führen kann. Françoise Dolto sieht in der Enuresis ebenfalls einen gewissen Entwicklungsstillstand, da das Kind an die anal-urethrale Phase fixiert bleibe. Sie charakterisiert die unaufgelöste Spannung von Aktivität und Passivität als »sado-masochistische Abhängigkeit« in der das Kind, vor allem auf die Mutter bezogen, lebt (Dolto, 1989).

Auch Heinemann und Hopf (2001) gehen von der Sexualisierung des Urinierens aus, wobei dem Kind das Sexualisierte nicht bewusst ist.

Die meisten der genannten Autoren sehen in der anal-urethralen Phase den Beginn der Autonomieentwicklung, einer frühen Loslösung von den Eltern. Die Phase der Sauberkeitserziehung kann also, wenn sie »entgleist«, die Autonomieentwicklung behindern, so dass die Enuresis weiter besteht bzw. wieder auftaucht. Vor diesem Hintergrund kommt den Erziehungspersonen grundlegende Bedeutung zu.

Vertreter der Psychoanalyse, die sich im Kern auf die Trieb- oder Ich-Entwicklung beziehen, fokussieren daher das familiäre Umfeld und die vorrangigen Er-

ziehungsstile besonders in der Phase der Sauberkeitsentwicklung. A. Freud sieht Probleme für die Ich-Entwicklung des Kindes bei zu früh einsetzender und zu unnachgiebiger Reinlichkeitserziehung. Es komme hier zum Konflikt zwischen den für das Kind nicht zu bewältigenden Außenanforderungen und dem inneren Drang. Sei diese Spannung zu hoch, behindere sie die Fähigkeiten des Ichs zur Integration (Freud, A., 1968). Winnicott (1976, S. 152) erkennt in diesem Zusammenhang das Regressionsbedürfnis des Kindes, das besonders im Schlaf und durch nächtliches Urinieren befriedigt werden kann. Ohne die Berücksichtigung dieser regressiven Wünsche hält Winnicott eine Heilung für nicht möglich.

Schmid-Boß (2005, S. 312f) weist darauf hin, dass der Lustgewinn, der durch das willkürliche Zurückhalten bzw. Laufenlassen des Urins entsteht, für das Kleinkind weniger bedeutsam sei als bei der Ausscheidung analer Produkte. Eine wesentlichere Rolle spielen bei der Enuresis vielmehr die gegensätzlichen Modalitäten von Aktivität und Passivität: ein aggressives (An-)Urinieren, im Gegensatz zu einem sich verströmenden, eher hingebungsvollen Urinieren. Beidem können Überforderungen zugrunde liegen. Beim passiven Urinieren, das überwiegend nachts geschieht, wird Erleichterung gesucht, während das aktive Urinieren den Trotz gegenüber den als unangemessen empfundenen Anforderungen zeigt.

Neben triebtheoretischen Ansätzen stehen beziehungstheoretische Positionen, die auf die Bedeutung der frühen Umwelt des Kindes hinweisen. In diesem Zusammenhang interpretieren frühere Autoren (Christoffel, 1944, S. 206; Kemper, 1978, S. 52) die nächtliche Enuresis als die Wiederherstellung eines paradisiischen Zustandes. Vor diesem Hintergrund wird klar, warum betroffene Kinder schwer aus dem Schlaf geholt werden können. Sie flüchten sich in den Schlaf, verleugnen den Harndrang und machen sich für Forderungen von außen unerreichbar. Die Enuresis zeigt sich als Symptom eines Konflikts zwischen den eigenen Wünschen und den Forderungen von außen. Die Vertreterin der Außenwelt, der sozialen Umwelt, ist für das Kind gemeinhin die Mutter. Die Auseinandersetzungen mit ihr, insbesondere die um die Sauberkeit, die gerade durch ihren körperlichen Bezug große Nähe und Intimität beinhaltet, erzeugen und hinterlassen im Kind – aber auch in der Mutter – tiefe ambivalente Gefühle. Beide sind in Liebe und Hass miteinander verstrickt. Für das Kind ist es nicht nur der sichtbare Kampf um die Sauberkeit, sondern auch der innere zwischen Abhängigkeit und Autonomie, der nicht befriedigend gelöst werden kann. Hingabewünsche und Passivität einerseits, Selbstbehauptung und Aktivität andererseits können sowohl durch das Einnässen am Tag als auch in der Nacht dargestellt werden.

Im Zusammenhang mit der Objektbeziehungstheorie ist auch auf Griesers Konzept der »psychosomatischen Triangulierung« hinzuweisen (Grieser, 2008, 2010). Ausgehend von dieser These wird der eigene Körper vom Kind nicht als dem Selbst, sondern als der Mutter zugehörig empfunden. Diese Symbiose birgt den

Keim zukünftiger psychosomatischer Störungen. Grieser geht in seinen Überlegungen davon aus, dass sich neben der Triade Kind-Mutter-Vater eine weitere Triade entwickelt, die aus Kind, Mutter und Körper des Kindes besteht. Seiner Auffassung nach lebt das Baby zunächst in der Illusion, ganz mit der Mutter körperlich verschmolzen zu sein. Im Hinblick auf die primäre Enuresis heißt das, dass der Körper des heranwachsenden Kindes der Pflege der Mutter überantwortet bleibt. Das Körper selbst wird somit vom psychischen Selbst abgespalten. Unerträgliche Affekte werden auf den Körper projiziert und können daher weder mentalisiert noch symbolisiert werden. In einer geglückten psychosomatischen Entwicklung hingegen wird der Körper Schritt für Schritt dem Kind überlassen und kann somit zu etwas Drittem zwischen Mutter und Kind werden.

Ursachen für Enuresis – sowohl primär als auch sekundär – können Stressfaktoren besonders im familiären Bereich bzw. mit den wichtigsten Bezugspersonen sein: Auseinandersetzungen und Trennung der Eltern, Verlust eines Elternteils, die Geburt eines Geschwisterkindes und die damit verbundenen Rivalitätskonflikte. Auch auf Operationen, Missbrauchserfahrungen sowie Schwellensituationen wie dem Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule kann das Kind mit Enuresis reagieren. Solche Ereignisse vermögen die Entwicklung des Kindes so zu behindern, dass es – je nach Alter – in frühere Verhaltensweisen zurückfällt oder an ihnen festhält. Fehlt in diesen Situationen dem Kind eine empathisch reagierende Umwelt, kann es zu inneren Konflikten und einem Nicht-Aufgeben des Symptoms kommen. An dieser Stelle setzt auch die Lerntheorie an. Wenn Zuwendung – und sei es auch nur mit Hilfe von provokativem Verhalten – nicht erreichbar ist, bleibt die Symptomatik die einzige Form, eine Beziehung zu erhalten. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, weshalb viele therapeutische Maßnahmen, die nur auf die Beseitigung des Symptoms zielen, ohne Wirkung bleiben. So wie das nächtliche Wecken kaum zu bewerkstelligen ist, weil sich das Kind willkürlich/unwillkürlich dagegen wehrt, so rufen Maßnahmen wie z. B. Flüssigkeitsentzug, Blasentraining oder Einnässkalender nur eine verstärkte Abwehr gegen die als lieblos empfundene Umwelt hervor. Der Kampf um Autonomie und Unabhängigkeit wird auf diese Weise fortgesetzt.

Aus der Sicht der Selbstpsychologie hat die Enuresis auch deutliche Auswirkungen auf den Narzissmus des Kindes. So beschreibt Juni (1980) für die selbstpsychologische Perspektive die Schuld- und Schamgefühle, die aufgrund der Enuresis entstehen. Diese das Selbstwertgefühl verletzenden Affekte führen seitens des Über-Ichs zu einem »extremen Einhalten des Urins«, was jedoch gerade nachts zu einem erneuten Kontrollverlust erlebnis führt. Damit wiederum sinkt der Selbstwert.

Die bereits erwähnten verhaltenstherapeutischen Maßnahmen beeinträchtigen unter Umständen ebenfalls das Selbstwertgefühl und schwächen das Ich. Die

Entwicklung wird dadurch erschwert, die Abhängigkeit von der Mutter und die ambivalenten Gefühle ihr gegenüber, die schließlich diese Maßnahmen durchführt, werden größer. Mangel an Selbstvertrauen, depressive Verstimmung und ein beeinträchtigtes Selbstwörterleben sind zumeist Folge einer Enuresis und tragen nicht unwesentlich zu ihrer Fortdauer bei.

Die unterschiedlichen psychoanalytischen Perspektiven sind trotz unterschiedlicher Schwerpunkte miteinander verknüpft. Es besteht eine Interdependenz, die die Vielschichtigkeit des Symptoms Enuresis verdeutlicht. In den für die Entwicklung einer Enuresis genannten sensiblen Phasen sind die Beziehungen zur familiären Umwelt von entscheidender Bedeutung. So können konflikthafte innere Objektbeziehungen durch das Symptom Enuresis »gelöst« werden. Dies wiederum hat dann Auswirkungen, die sowohl die Ich-Entwicklung als auch das Selbstwörterleben in empfindlicher Weise stören.

#### *4. Diagnostik*

Die Vorstellung eines von Enuresis betroffenen Kindes erfolgt in der psychotherapeutischen Praxis oft erst sehr spät. Wie bereits erwähnt haben die Eltern, aus Sorge eine organische Grunderkrankung zu übersehen, ihr Kind wiederholten und umfangreichen urologischen und/oder pädiatrischen Untersuchungen ausgesetzt. Das »Problem«, wie es oftmals von Eltern und Betroffenen benannt wird, als ursächlich medizinisch betrachten zu können, würde für alle eine seelische Entlastung im Sinne einer Ent-Schuldung bedeuten. Der Therapeut spürt einen enormen Druck, das »peinliche Problem« schnell zu lösen. Nicht allein, dass das Kind einnässt, sondern dass die Möglichkeit der Verleugnung nicht mehr gegeben ist und das »Problem« nicht mehr nur innerhalb der Familie gehalten werden kann, beschämt. Gleichmaßen macht es Wut auf den »Veröffentlicher« einer Problematik, welche die ganze Familie betrifft.

Ist die Enuresis durch pädiatrische bzw. urologische Untersuchungen von organisch bedingtem Einnässen abgegrenzt, kann die Untersuchung durch den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fortgesetzt werden. Bei der Anmeldung sollte nach entsprechenden Befunden gefragt werden. Die Eltern sollten aufgefordert werden, diese zur Erstvorstellung mitzubringen. Zu diesem Zeitpunkt sollte entschieden werden, ob die Eltern gemeinsam mit dem Kind zum ersten Gespräch erscheinen. Kommen Eltern mit dem betroffenen Kind gemeinsam, muss sorgsam darauf geachtet werden, dass sich vom ersten Moment der Begegnung an für alle die Möglichkeiten des Therapieraumes öffnen, insbe-

sondere darauf, dass der Therapeut nicht als strafende Instanz funktionalisiert wird.

Während der Untersuchung ist es wichtig, auf die kindlichen Bedürfnisse zu achten. Die Patienten haben ein Anrecht darauf, ausreichend auf das Kommende unter Beachtung ihrer Nähe-Distanz-Bedürfnisse vorbereitet zu werden. In diesem Sinne sind verlässliche Untersuchungsergebnisse auch von einer positiven Beziehung zum Therapeuten abhängig. Noch einmal sei darauf hingewiesen, dass es sich bei dieser Symptomatik um eine besonders schambesetzte und mitunter tabuisierte Problematik handelt, bei der die Familiengenesse beachtet werden muss (Reinelt, Bogyi, Schuch, 1977, S. 163).

In der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie stellt die Fremdanamnese eine Besonderheit gegenüber der Psychotherapie bei Erwachsenen dar. Dabei werden die Symptomatik und die Probleme des Kindes aus der Sicht der Bezugspersonen erläutert. Eine gründliche Befragung zur Einnässproblematik sollte Fragen nach der Einnässform, Tageszeit, Miktionsfrequenz, Menge sowie der trockenen Intervalle beinhalten. Diese Fragen, erweitert durch Fragen nach dem Leidensdruck und eventuell erlebten Konsequenzen, gehören zur Exploration des Kindes, egal welchen Alters. Bei Enuresis diurna sind Fragen bezüglich des Miktionsaufschubs, der Haltemanöver, Drangsymptome, Harnwegsinfekte und Erkrankungen, sofern sie nicht von medizinischer Seite benannt sind, relevant.

Die Standarddiagnostik, wie sie von Gontard mit den entsprechenden Fragebögen vorgibt, kann durchaus übernommen werden (von Gontard, 2001). Sie wird durch die entsprechenden Methoden der psychoanalytischen Diagnostik unter Berücksichtigung der Methode des szenischen Verstehens ergänzt (vgl. Borowski, Hopf, Hüller, von der Marwitz, Schäberle, 2010).

Die klinisch-psychologische Diagnostik beruht grundsätzlich auf der Verknüpfung von Gespräch, Test und Beobachtung. In Anlehnung an die Methode des psychoanalytischen Erstinterviews (Argelander, 1992) verknüpft der analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut objektive, subjektive und szenische Informationen, die er von der ersten Begegnung an in allen Teilen zusammenträgt. Daraus erstellt er erste Hypothesen zur Persönlichkeit und zu den unbewussten Konflikten, die hinter der Symptomatik verborgen liegen. Projektive Testmethoden, Beobachtung des freien Spiels und des Verhaltens als weitere Instrumente der Persönlichkeitsdiagnostik dienen der Klärung psychodynamischer Prozesse und geben Hinweise auf den Stand der Trieb- und Ich-Entwicklung. Dabei kommen verschiedene verbale, zeichnerische und gestalterische Verfahren zur Anwendung.

Nach Auswertung der Befunde erfolgt eine erste diagnostische Einordnung in primäre Enuresis als Persönlichkeitsentwicklungsstörung oder sekundäre Enuresis als neurotische Störung (Schmid-Boß, 2007, 390f).



Die primäre Enuresis ist als Entwicklungsstörung zu betrachten, wenn eine innere Wachstumsverweigerung die zentrale Rolle bei der Entstehung der Symptomatik spielt. Sie stellt die mangelnde innere Bereitschaft dar, Verantwortung für die Blasenfunktion selbst zu übernehmen, weil diese der Mutter bei einer symbiotischen Umklammerung obliegt. Bei der Befunderhebung zeigt sich in den meisten Fällen schon gleich zu Beginn eine enge Bindung sadomasochistischen Charakters zur Mutter. Vor diesem Hintergrund sollte bei der diagnostischen Erhebung der Eltern auf bestehende unbewusste Schuldgefühle geachtet werden. Ebenso sollte exploriert werden, inwieweit die frühe Triangulierung und die spätere Separation beeinträchtigt sind. Ein triangulierendes Objekt ist dabei häufig nicht repräsentiert, d. h. die väterliche Instanz als Ausdruck von Realität, Grenzen und Verzicht ist nicht hinreichend internalisiert. Es lässt sich feststellen, dass die Schilderungen betroffener Familien, insbesondere über konflikthafte Situationen, ähnlich sind. Bezüglich des Geschlechtsunterschiedes wird geleugnet, dass nicht alle Familienmitglieder gleich sind. So wird sorgsam darauf geachtet, dass die Toilette nur im Sitzen benutzt wird und aggressive Ausdrucksformen wie schießen, fechten und kämpfen im Spiel der Kinder missbilligt werden. Die Symptomatik zeigt sich ich-synton.

Eine sekundäre Enuresis kann als neurotische Reaktion oder als ein solches Symptom verstanden werden, wenn sie schamhaft und ich-dyston erlebt wird und sich in der Entwicklungsgeschichte Hinweise auf ein starkes emotionales Erleben verdichten. Dies können z. B. die Geburt eines Geschwisters, beängstigend erlebte Sexualität der Eltern oder eigene konflikthaft erlebte sexuelle Regungen, Traumatisierungen durch Objektverlust oder sexuellen Missbrauch sein. Der Konflikt bzw. das Trauma kann nicht anders verarbeitet werden als durch ein Zurückfallen auf ein früheres Entwicklungsniveau. Dies entspricht einer klassischen neurotischen Symptombildung.

Um weitere Aussagen zur Indikation und therapeutischen Technik treffen zu können, muss eine strukturelle Einordnung erfolgen. Streeck-Fischer (1992) weist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung und den Schutzaspekt der Symptomatik hin, die diese auf den verschiedenen Entwicklungsniveaus haben kann.

Enuresis ist als regressive Symptomatik auf *psychosenahem Entwicklungsniveau* einzustufen, wenn es um abgetrennte Bereiche einer verlorengegangenen Selbstbestimmung und Selbstkontrolle geht. Eine Einstufung auf *niedrigem Entwicklungsniveau* erfolgt, wenn die Symptomatik Ausdruck einer Bedrohung von innen und außen ist. Es lassen sich primitive Abwehrmechanismen, ein archaisches Über-Ich, Identitätsdiffusion und Angst vor Vernichtung diagnostizieren. Ergibt sich, dass die Enuresis dazu dienlich ist, die elterlichen versorgenden Objekte zu binden, kann von einem *mittleren Strukturniveau* ausgegangen werden. Hier soll der drohende Selbst- und Objektverlust, die Objektverlustangst, mit eher unreifen

Abwehrmechanismen bewältigt werden. Es existiert ein strenges Über-Ich mit narzisstischer Balancierung. Es besteht eine ausreichende Ich-Identität. Als bedeutendster Konflikt zeichnet sich ein Separations- und Individuationskonflikt ab. Handelt es sich um ein *höheres Strukturniveau*, so sind Selbst- und Objektpräsenz deutlich getrennt. Es besteht ein strenges integriertes Über-Ich mit einer stabilen Ich-Identität. Kastrationsängste oder Liebesverlustängste entstehen durch ödipale Konflikte und sollen durch die regressive Symptomatik abgewehrt werden. Bei einem nicht bewältigten Ödipuskomplex, dessen Folge Kastrationsängste sind, kann die Enuresis die Bedeutung einer Sexualisierung des Urinierens haben (Streeck-Fischer, 1992). Bleibt das Sexualisierte unbewusst, so kann davon ausgegangen werden, dass die Verschiebung in den somatischen Bereich gelungen ist.

### 5. Indikation

Nach der ausführlichen Befunderhebung erfolgt auf deren Grundlage die Indikationsstellung. Nur wenn die Symptomatik einen nachweisbaren Zusammenhang mit psychodynamischen Verarbeitungen hat, ist eine psychodynamische Psychotherapie – gegebenenfalls mit verhaltenstherapeutischen/psychiatrischen Maßnahmen kombiniert – sinnvoll. Hierzu zählt das Vorliegen einer Entwicklungsstörung (häufig bei der primären Enuresis), eines intrapsychischen Konflikts, einer neurotischen Störung (häufig bei der sekundären Enuresis) oder einer traumatischen Belastung mit psychosexueller Verwirrung (ebenfalls häufig bei der sekundären Enuresis).

Bei psychosenahem bis niedrigem Strukturniveau, was häufiger bei der primären Enuresis auftritt, ist eine strukturbezogene Psychotherapie mit einer Frequenz von in der Regel einer Wochenstunde für das Kind und die Elterngespräche indiziert. Im Rahmen dieser Therapieform steht der Aufbau von inneren Strukturen mit Hilfe des haltgebenden, strukturierenden Therapeuten als Realobjekt im Vordergrund. Hier könnten auch verhaltenstherapeutische und psychiatrische Maßnahmen die (analytische) Psychotherapie unterstützen.

Bei mittlerem bis höherem Strukturniveau, häufiger bei der sekundären Enuresis, sind eine analytische Psychotherapie mit einer Frequenz von in der Regel zwei Wochenstunden für das Kind sowie Elterngespräche indiziert. Im Mittelpunkt dieser Behandlungsform steht die Wiederbelebung des verdrängten Konfliktes mithilfe der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten.

## 6. Therapie

Psychoanalytische Psychotherapie von Kindern ist zur Behandlung von emotionalen Störungen und neurotischen Konflikten geeignet. Durch die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen können auch neurotische Formen der Eltern-Kind-Beziehung positiv beeinflusst und traumatische Belastungen aus der Vergangenheit therapiert werden. Die Enuresis ist häufig ein begleitendes Symptom solcher die Entwicklung des Kindes einengender Faktoren. In der psychoanalytisch orientierten Therapie wird die Fähigkeit des Kindes, eine innere Separation von den Eltern und damit eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit zu erreichen, unterstützt. Diese Unterstützung der Autonomie hilft dem Kind bei der Bewältigung der primären Enuresis und ist auch eine Grundlage für die Bearbeitung von Konflikten, die eine sekundäre Enuresis herbeigeführt haben. Der Therapeut ist da häufig mit dem Konflikt des Patienten zwischen Wachstumsinteresse und Angst vor Überforderung konfrontiert. Er kommt manchmal erst weiter, wenn er darauf verzichtet, in erster Linie eine Veränderung des Symptoms erreichen zu wollen. Dieser Verzicht auf inneren und äußeren Druck (zugunsten der Wahrung der Autonomie des Kindes) ermöglicht eine eigene Entscheidung des Patienten zum Wachstum (vgl. Schmid-Boß, 2007, S. 392). Es geht also in der Therapie um die Arbeit an Kontrollverlust- und Objektverlustängsten und um die Reifung des Ichs ihnen gegenüber.

### 6.1 Begleitende Psychotherapie der Beziehungspersonen

Zunächst ist das Gespräch mit den Eltern eine Möglichkeit, den Hintergrund von Spannungen und Minderwertigkeitsgefühlen des Kindes zu beleuchten: Soll das Kind noch »klein« bleiben, etwa weil es einen Trost für fehlende Geborgenheit der Eltern bietet oder der vom Partner vernachlässigten oder alleingelassenen Mutter einen »Ersatz« bieten muss? Die Bedeutung des Kindes für die Eltern ist ein Thema, bei dem diese ihre latenten Aufträge und Wünsche an das Kind überprüfen und bearbeiten können.

Die Eltern können dann darauf aufmerksam werden, wann sie das Kind verführen, in der Rolle von Baby und Tyrann gleichzeitig zu bleiben (z. B. wenn es einen Stammplatz im elterlichen Bett hat). Eine besondere Rolle kann dabei spielen, inwieweit die Eltern die Triangulierungsfähigkeit des Kindes unterstützen, also ihm aufzeigen, dass sie verschieden sind, sich aber gegenseitig verstehen und annehmen können und dem Kind die Möglichkeit geben, aus dieser Annäherung eine dritte Lösung zu entnehmen: ich kann böse und lieb, trotzig und

brav, aktiv und passiv sein und habe die Kraft darüber zu entscheiden. So unterstützen die Eltern das Therapieziel des Kindes, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, statt sich entweder im Sinne einer Regression fallen zu lassen oder progressiv Autonomie zu behaupten. Dazu brauchen sie in der begleitenden Beratung die klärende und stützende Hilfe des Therapeuten, der ihnen helfen kann, emotionale Wünsche an das Kind, Defizite in der eigenen kindlichen Entwicklung und mangelndes Vertrauen auf autonome Fähigkeiten zu bedenken.

Die Eltern müssen dabei in die Lage kommen, geduldig abzuwarten, bis das Kind Mut zur Abgrenzung, zu mutigen Schritten auf die Eigenständigkeit und zum Wunsch nach Beherrschung der Körperfunktionen bekommt. Jede Stärkung des Selbstbewusstseins, des Selbermachens, der inneren Größe hilft dabei weiter. Die Beratung hat das Ziel, die Eltern zu unterstützen, damit sie ihre Funktion erfüllen und dabei psychisch stabil sowie zuversichtlich bleiben. Darüber hinaus hilft sie dem Kind über den Weg der Kompetenzerweiterung der Eltern, die ruhiger und sicherer werden. Zudem wird die Aufrechterhaltung und Verbesserung des Systems Familie angezielt (Haar, 2010, S. 69).

Manche Eltern nehmen gern Zugriff auf ein Medikament, auch um die beschämende und belastende Symptomatik aus der Beziehung herauszuhalten und wieder eine Hoffnung von außen zu bekommen. Dies kann auch ein Widerstand gegen die Ziele einer langfristig angelegten analytischen Psychotherapie sein und zum Machtkampf mit dem Therapeuten führen. Eine Beratung der Eltern über die Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung ist dann sinnvoll. Wenn diese parallel zur Psychotherapie angewendet wird, ist die Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt zu überlegen. Oft sind aber auch schon wenige Gespräche mit dem Kind über seine Situation, über die Möglichkeiten, sich selbst weiter zu helfen und die Ermutigung an sich zu glauben, hilfreich. Entscheidend ist, ob das Kind lernt, an sich zu glauben und Eigenständigkeitsregungen und schließlich Autonomie zu entwickeln.

Die angedeuteten neurotischen Konflikte werden bei Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen und bei äußeren Konflikten (Gewalt und Überforderung in der Familie) nicht immer sofort deutlich.

Die Berücksichtigung verschiedener Strukturniveaus in der Therapie (s. o.) ist wichtig.

Die Therapie der Eltern kann auch systemische Bedingungen bearbeiten und durch pädagogische bzw. verhaltenstherapeutische Hilfen Halt und Struktur geben.

## 6.2 Psychotherapie des Kindes

Der Verzicht auf symptomzentrierte Maßnahmen ist ein erster Schritt, die Persönlichkeit des Kindes wieder in den Vordergrund zu rücken. Es gilt zunächst, einen guten, vertrauensvollen Kontakt zum Kind herzustellen. Es ist wichtig, seine Entscheidung für oder gegen eine Therapie ernst zu nehmen. So kann man dem Autonomiebedürfnis des Kindes Rechnung tragen und später willkürhafte Abbrüche verhindern.

Da intrapsychische Konflikte im Kindesalter häufig interpersonell organisiert sind, ist die Beobachtung der Eltern-Kind-Beziehung wichtig. Welche offenen oder latenten Konflikte haben Eltern und Kind? Welche unter Umständen manipulativen Einflüsse nehmen die Eltern auf das Kind und das Symptom? Wie wird der Drang des Kindes zur Autonomie behandelt? Werden die Gefühle des Kindes angemessen wahrgenommen und im Sinne einer mentalisierten Affektivität gespiegelt? Oder soll das Kind funktionieren und eine Rolle übernehmen? Der Widerstand des einnässenden Kindes macht sich häufig an solchen Erlebnissen von Übergangen-Werden, Nicht-ernst-genommen-Werden, Nicht-wichtig-Sein fest. Das Kind zeigt sich sensibel gegenüber den möglichen eindringenden und manipulierenden Versuchen der Beeinflussung durch den Erwachsenen. Seine Schamangst, die auch mit dem spezifischen Ansehen der Symptome in der Gesellschaft und insbesondere bei den Gleichaltrigen zu tun hat, führt zu einer besonderen Vorsicht oder gar zu Misstrauen bei Behandlungsbeginn. Die verschlossene Haltung des Kindes kann aber auch Ausdruck der Abwehr von aggressiven oder zärtlichen Gefühlen gegenüber dem Kinderpsychotherapeuten/der Kinderpsychotherapeutin sein.

Während der Therapeut am Anfang manchmal eine abweisend wirkende Verschlossenheit erlebt, kann später das Vertrauen in die Beziehung wachsen und es vermehren sich Übertragungsphänomene, die das Kind dazu bringen, die Hand des Therapeuten nicht loszulassen, in seinem Blick eine Orientierung und Ermutigung zu suchen, anhänglich zu sein sowie Körperkontakt oder -nähe zu suchen. Hier zeigt sich in der Übertragung die regressive und passive Seite des Erlebens, was dem hingebungsvollen und sich verströmenden Aspekt des Einnässens gleicht. Später tauchen unter Umständen Willkürregungen auf: der Therapeut wird in der Phantasie zum Sklaven, zum Gefangenen und Gefolterten gemacht. Das Kind versucht dadurch, ihn (und in ihm die Mutter/den Vater) aktiv zu beherrschen, ihn festzuhalten, ihn triumphierend zu besiegen. Bei Rivalitätskämpfen, die bevorzugt mit Regelspielen ausgetragen werden, schwenkt das einnässende Kind manchmal von hilfloser Wut und Angst vor der Niederlage um in triumphierende, hämische Depotenzierung des Gegenübers. Es zeigt einerseits sein Bedürfnis, etwas zu gelten, stark und selbständig zu erscheinen. Anderer-

seits wird seine Angst deutlich, ähnlich wie der Gegner überrannt, überrumpelt, ausspioniert zu werden und damit klein und abhängig zu bleiben. Diese Angst kann bis zu aktiven und passiven Vernichtungsphantasien gehen. Hier zeigt sich die überschießend aktive, aggressive Haltung, die eine Nähe zum Trotz bzw. zu dem von S. Freud beobachteten »brennenden Ehrgeiz« des Enuretikers (s. o.) hat. Mit dieser Haltung und den Aktionen des Kindes kommen der bei einnässenden Kindern beobachtete Entwicklungsstillstand und eine sadomasochistische Verwicklung mit der Mutter in Bewegung. Diese Dynamik bestimmt die Interaktion in der therapeutischen Beziehung und lässt die tiefe Ambivalenz von Liebe und Hass erkennen. Des Weiteren wird in diesem »Beziehungskampf« die altersgemäße Ambisexualität, d. h. die Unsicherheit gegenüber der eigenen Geschlechtsidentität, deutlich. Wenn sich die Therapeutin/ der Therapeut gelassen und verständnisvoll verhält und dabei gleichzeitig deutlich Grenzen aufzeigt, kann das Kind lernen, sich aus der Verstrickung zu lösen, eine eigene Position und eine Geschlechtsidentität zu erlangen. Die oftmals stürmisch behauptete Autarkie weicht einem selbstbewussten Autonomie-Empfinden. Je sicherer das Kind sich in der therapeutischen Beziehung fühlt, umso eher wird es die Angst vor einem Selbst- und einem Kontrollverlust (nächtliches Einnässen) sowie vor der Beschämung und der narzisstischen Kränkung verlieren. Es trägt zum Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit bei, wenn die Therapeutin/der Therapeut es versteht, die affektiven Zustände des Kindes zu erspüren, mit ihm zu verarbeiten und ihm die empathischen Eindrücke zu spiegeln.

Diese Formen von Containing (Bion) und Mentalisierung (Fonagy) sind gute Möglichkeiten, vom psychosomatischen Ausdruck der Affekte zu einem bewussten und verbalisierungsfähigen Ich zu gelangen.

Die folgenden Fallbeispiele illustrieren kindliche Haltungen, die hier auch als geschlechtsspezifische Ausdrucksgehalte des Einnässens verstanden werden können – aggressives (An-)Urinieren oder hingebungsvolles Sich-Verströmen.<sup>1</sup> Im ersten Fallbeispiel liegt der Schwerpunkt der Therapie auf der Bearbeitung eines verzweifelten Rivalisierens, häufig zu finden bei Jungen, wenn diese sich ihrer männlichen Position nicht sicher sind und versuchen, sie mit aggressiver Attitüde zu behaupten. Im zweiten Fallbeispiel wird die Berücksichtigung des ängstlichen »Sich-Abgrenzens« fokussiert, was vorzugsweise bei Mädchen der Fall ist, wenn diese sich ihrer Grenzen und der Fähigkeit, sie zu halten, nicht sicher sind und versuchen, sie durch depressiven Rückzug zu schützen. Allerdings muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich das Verhalten eines Kindes nicht allein als aggressives oder depressives charakterisieren lässt. Die Fallbei-

<sup>1</sup> Bei der Enuresis diurna, die bei Mädchen häufiger vorkommt, ist der Konflikt zwischen dieser Hingaberegung und der aktiven Verweigerung der Miktion erkennbar.

spiele der Kinder Heiner und Esther zeigen, dass Aggression und Depression die Kehrseite einer Medaille sind.

### 6.3 Fallbeispiele

#### 6.3.1 Fallbeispiel »Heiner«

Der dreizehnjährige Heiner wurde wegen durchgehendem nächtlichem Einnässen vorgestellt. Er ist Sohn einer Pädagogin, die nach der Scheidung in H.s erstem Lebensjahr allein mit den Kindern lebt. Während der ältere Bruder eher als ein draufgängerisches und bestimmendes Kind geschildert wurde, das H. beispielsweise zum Feuerspielen in der Wohnung anstiftete, zeigte sich H. empfindlich und schwächlich. Er gab oft vor, krank zu sein, versäumte dadurch die Schule und äußerte sich depressiv und verängstigt. Bis zum 12. Lebensjahr sprach er Babysprache. Beim Essen hatte er besondere Wünsche und setzte die Mutter unter Druck.

Von Geburt an war der zarte Junge ihr »Sonnenschein«. Sie wollte ihn nicht durch Härte oder Abgrenzung verändern. Sie bezeichnet sich selbst als chaotisch, wollte nie autoritär sein.

Die Ehe von H.s Eltern war nach drei Jahren geschieden worden. Der Vater wird als bemüht, aber gegenüber eigenen Gefühlen als hilflos und darum manchmal schroff sowie zynisch beschrieben.

Er wollte – wie die Mutter berichtete – knackige, harte Kinder und versuchte auch, seine sehr sensible Frau zur Härte zu erziehen. Nach den harten Auseinandersetzungen und dem Scheitern der Ehe hat sie H. als Trost und Aufmunterung gebraucht.

Die Mutter wuchs in luxuriösen Verhältnissen bei einem Bruder ihrer Mutter auf, nachdem diese gestorben war, als sie neun Jahre alt war. Sie wurde vorwiegend von Dienstpersonal erzogen. Die Moral des Hauses war von pietistischer Strenge gekennzeichnet. Die Mutter des Jungen führt darauf ihre »Helferhaltung« zurück. Zwischen dem Patienten und seinem 1½ Jahre älteren Bruder herrscht starke Rivalität, bei der es um die Gunst der Mutter geht. Während der ältere Bruder sehr beherrscht ist, fühlt sich H. ihm gegenüber ohnmächtig und gekränkt.

H.s Psychogenese war von dem starken Wunsch seiner Mutter geprägt, die harte gefühlskalte, männliche Identität des Ehepartners aus der Familie herauszudrängen und eine harmonische, Grenzen verwischende Gemeinschaft mit den Kindern aufzubauen. Schon als Säugling registrierte die Mutter H.s forderndes Schreien und später seine negativistische Einstellung. Gegenüber Hingabereignungen und Zärtlichkeitswünschen zeigte ihm die Mutter nie Grenzen auf. H.

behielt bis zum Zeitpunkt seiner Vorstellung äußerlich und innerlich weiche, wenig konturierte Züge. Er weinte bei jeder Frustration hilflos und verhielt sich in Gefahrensituationen wie ein Tier in der Schreckstarre: schreiend vor Panik, aber sonst bewegungsunfähig.

Hinsichtlich der Einstufung (s. o.) zeigt sich H.s Enuresis als eine mittleren Strukturniveaus. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass das Kind mit seinen Symptomen und seinem Verhalten versucht, das elterliche versorgende Objekt an sich zu binden und sich an ihm festzuhalten, um einen drohenden Selbst-/Objektverlust zu vermeiden.

In der Elternberatung war es nötig, die Mutter zu beruhigen, die eine grundlegende Veränderung der Persönlichkeit ihres Jungen befürchtete (wieder von einem Mann, diesmal dem männlichen Therapeuten herbeigeführt). Daher war sie vornehmlich an der Therapie des Symptoms Einnässen interessiert. Erst nach der Entwicklung einer Vertrauensbeziehung zum Therapeuten war sie bereit, die enge, Angst besetzte Bindung des Jungen zu lockern.

Im Kontakt zum Psychotherapeuten war H. nach anfänglichem Misstrauen zugewandt und angepasst. Nach einiger Zeit aber zeigte sich sein Wille, über sein Gegenüber triumphierend zu siegen, größer als er sein zu wollen und ihn hämisch zu depotenzieren. Er agierte damit etwas, was er für sich immer schon befürchtete: seiner Selbstsicherheit und Autonomie beraubt zu werden, hilflos ausgeliefert zu sein sowie seine männliche Identität zu verlieren.

Nach Meinung der Mutter veränderte sich H.s Haltung schon in der Anfangsphase der Therapie. Er konnte sich der Mutter und seinem Bruder gegenüber besser behaupten, wirkte kräftiger. Die Mutter lernte, ihn nicht mehr wie ein Kleinkind zu behandeln (»das Heinerchen«), sondern fordernder und anerkennender zu reagieren. H. wurde zwar weiterhin von Überforderungsgefühlen, Wut und Traurigkeit überflutet, aber er forderte die Mutter nun auf, ihn damit allein zu lassen. Sie solle ihn nicht mit Gesprächsangeboten anstrengen und zu einer Meinungsäußerung drängen, nur weil sie nicht allein entscheiden wolle. Er grenzte sich ab, prügelte sich erstmals mit einem anderen Jungen, so dass die Mutter zwischenzeitlich befürchtete, dass er ein sich isolierender und harter Mann werden könnte. In der Therapie experimentierte H. mit aggressiver Ausdrucksweise, sprach aber auch über seine Ängste. Er zeigte nach 30 Stunden Therapie zunehmend die Fähigkeit, sich abzugrenzen sowie durchzuhalten, und war gleichzeitig stolz darauf. Das Einnässen trat seit einiger Zeit nicht mehr auf. Er wollte aber mit der Therapie fortfahren, weil er »nicht mehr so oft weinen« wolle. Bald mochte er nicht mehr im Spielzimmer sein, sondern bis zum Abschluss der Therapie im Sprechzimmer sitzen. Hier berichtete er von seinen Bemühungen, sich von der Nähe suchenden Mutter abzugrenzen, weil sie ihn zum »Bravsein verführen«, er aber stark und unabhängig sein wolle. Mehr als ein Jahr später berichtete die



Mutter, dass der Junge weiterhin trocken, selbstbewusst und strukturiert, aber immer noch provokant und streitbar ihr gegenüber sei.

*Zusammenfassung:* In der Therapie sind einerseits H.s regressive Anlehnungs- und Geborgenheitswünsche deutlich geworden, andererseits zeigte er in der Übertragung seine progressiv wirkende, starke Rivalitätsbereitschaft und Eroberungsbedürfnisse. Die Bewältigung dieses Konflikts zwischen regressiven und progressiven Tendenzen durch die Deutung des Therapeuten und die Anerkennung seiner zunehmenden Fähigkeit zu Abgrenzung und Selbststeuerung führte zu einer deutlichen Reifung der Persönlichkeit und zur Aufgabe des Symptoms.

### 6.3.2 Fallbeispiel »Esther«

Die 9-jährige Esther wurde vorgestellt, da sie sowohl nachts als auch tagsüber einnässte. Sie war noch nie »sauber«. Es bestand eine äußerst ambivalente Beziehung zur Mutter. Diese sagte bei der Untersuchung, dass sie gezielt Grenzen aus der Erziehung des Kindes herausgelassen habe. Sie hat damit Ambivalenzen und Strukturunsicherheit in der Entwicklung begünstigt und eine neurotische Konfliktbereitschaft erzeugt, die sich in der Erprobung der eigentlich schon stabilen Selbst-/Objektgrenzen zeigte. Der Vater hatte bei der drei Jahre älteren Schwester E.s mit einer rigiden Sauberkeitserziehung »Erfolg«. Diese entwickelte eine recht zwanghafte Psychodynamik. E. entzog sich hingegen den Regeln, indem sie »klein« und anhänglich blieb und die Übernahme eigener Verantwortung vermied. Im Streit mit der Mutter behauptete sie allerdings, dass sie zum Vater wolle. Dieser hatte sich von der Mutter getrennt, als E. knapp zwei Jahre alt war, und bis dahin immer nur Interesse an der großen Schwester gezeigt.

E. wirkte weich, zart und leicht depressiv, äußerte aber anfangs auch Lust an Klingelstreichen und neckischen Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen. Sie schien ihre Mutter um den Finger zu wickeln.

Ihre Ambivalenz zwischen passiver Empfindlichkeit und Strukturunsicherheit einerseits und aggressiver Überschreitung von Grenzen andererseits wurde in der Therapie im Spiel an der Burg symbolisiert: E. stellte die misstrauische Prüfung von möglichen Eindringlingen in den Vordergrund des gemeinsamen Spiels. Sie zeigte über lange Strecken des Spiels ihre Stärke darin, an der Schwelle (Zugbrücke) Entscheidungen darüber zu treffen, wem sie vertraute und wie viel Annäherung sie zuließ. In der therapeutischen Beziehung stand dies ebenfalls im Mittelpunkt. Es ging ihr darum, den Therapeuten kennenzulernen und zu prüfen, ob sie ihm vertrauen, ihm ihre innersten Konflikte und versteckte Gefühle mitteilen konnte. Erst einmal blieb die Burg, wie auch E., »fest verschlossen«. »Es scheint eben«, wie der Therapeut sagte, »sicherer zu sein, wenn man wie die Ritter über alles hinwegtrampelt, als wenn man sich anderen ausliefert und dann nur noch um Gnade bitten kann.« Nach einem halben Jahr einer wöchentlich

zweistündigen Therapie meldete die Mutter Fortschritte: E. habe weniger eingenässt, wirke zielgerichteter, wenn sie sich gegen etwas wehre, und explodierte auch nicht mehr im Zorn. Im Endstadium der Therapie ging es an der Burg mehr darum, dass E. die vom Therapeuten geführten Männer eroberte, gefangen nahm und in der Burg für Beziehungen der Herrscher zur »Gräfin« sorgte. Sie führte also eine aktive Bewältigung von Konflikten und eine erotische Note in das Spiel ein. Außerdem zeigte sie in der direkten Beziehung zum Therapeuten aktive und selbstbewusst-neckische Züge.

Zusammenfassung: Anders als in der Therapie mit Jungen stehen bei Mädchen die passiv-aufnehmenden Eigenschaften und die Angst vor ihren negativen Folgen – überrumpelt werden, sich nicht abgrenzen können, die Selbstkontrolle verlieren – im Vordergrund. Das Therapieziel besteht darin, die Sicherheit im Halten der Grenzen zu festigen. In der Spielhandlung versucht das Kind, Innen und Außen abzugrenzen und »Nein« zur Invasion zu sagen. Das führt auch im Fall von E. zu einem größeren Selbstbewusstsein und zur Gelassenheit. Für den Therapieerfolg war eine langfristige Beziehung nötig. Dabei zeigte der Therapeut seinerseits Gelassenheit gegenüber den Experimenten an den Grenzen und nahm die Werbung der Patientin um Anerkennung und Beziehung ernst.

Beide Fälle zeigen das Ziel einer psychoanalytischen Therapie auf, allen Beteiligten die dem Symptom zu Grunde liegende, tiefgreifende emotionale Störung, den intrapsychischen Konflikt, Schwierigkeiten der Eltern-Kind-Beziehung oder die traumatische Belastung bewusst zu machen. Der Erfolg der Behandlung wird dementsprechend nicht nur in der Beseitigung der Symptomatik des Einnässens gesehen, sondern in einer Weiterentwicklung der Persönlichkeit, einer Zunahme des Selbstbewusstseins und der Beziehungskompetenz.

## 7. Literatur

Argelander, H. (1992): *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft).

Bogyi, G. (1997): Variationen des therapeutischen Handelns. In: Reinelt, T./Bogyi, G./Schuch, B.: *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie*. München/Basel (Reinhardt): 189-206.

Bion, W. R. (1962/1990): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).

Borowski, D./Hopf, H./Hüller, T./Marwitz T. von der/Schäberle, T. (2010): Psychoanalytische Grundbegriffe – Leitlinie des Arbeitskreises Leitlinien VAKJP. In: *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, Heft 145, XLI. Jg., 1/2010: 99-135 (Brandes & Apsel).

- Bürgin, D. (1993): *Psychosomatik im Kindes- u. Jugendalter*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Christoffel, H. (1944): *Trieb und Kultur. Zur Sozialpsychologie, Physiologie und Psychohygiene mit besonderer Berücksichtigung der Enuresis*. Basel (Schwabe).
- Dolto, F. (1989): Die Enurese. In: *Psychoanalyse und Kinderheilkunde*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).
- Dührssen, A. (1972): *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen (Verlag für medizinische Psychologie).
- Fonagy, P. u. a. (2002): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Freud, A. (1968): *Wege und Irrwege in der Entwicklung*. Stuttgart (Huber/Klett).
- Freud, S. (1968): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. In: GW V, Frankfurt a. M. (Fischer).
- Freud, S. (1968): *Charakter und Analerotik*. In: GW VII, Frankfurt a. M. (Fischer).
- Gontard, A. von (2001): *Einnässen im Kindesalter – Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie*. Stuttgart (Thieme).
- Grieser, J. (2008): Die psychosomatische Triangulierung. In: *Forum der Psychoanalyse*. Bd. 24, Heft 2: 125-147.
- Grieser, J. (2010): Der Körper als Dritter. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. Heft 2: 140-158.
- Haar, R. (2010): *Eltern unter Druck. Beratung von hilflosen und überforderten Eltern*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Haar, R. (1986): Untersuchungen zur Psychosomatik von einnässenden Kindern. In: Zauer, J., Biermann, G. (Hrsg.): *Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen*. München (Reinhardt): 169-180.
- Haug-Schnabel, G. (1994): *Enuresis. Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen*. München (Reinhardt).
- Haug-Schnabel, G. (2000): Enuresis und Enkopresis – Ventile des Körpers. In: *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. Frankfurt a. M.: 49-60.
- Heinemann, E./Hopf, H. (2001): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Juni, S. (1980): Reaction formation and over-control in enuresis. In: *Psychoanalytic Review*, Heft 9: 263-266.
- Katan, A. (1946): Experiences with Enuretics. In: *Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. II: 241-255.
- Kemper, W. (1978): *Bettnäasser-Leiden (Enuresis). Zur Entstehung, Vorbeugung und Behandlung kindlicher Fehlentwicklungen*. München (Reinhardt).
- Kemper, W. (1976): Psychotherapie des Bettnässens. In: Biermann, G. (Hrsg.) *Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. II*, München (Reinhardt): 951-962.
- Laimböck, A. (2000/2011): *Das psychoanalytische Erstgespräch*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel), 2. Aufl.
- Reinelt, T., Bogyi, G. Schuch, B. (Hrsg.) (1997): *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie, Grundlagen und Methoden*. München (Reinhardt).
- Rosenberger, P. W. (1976): *Enuresis*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schmid-Boß, S. (2005): Enuresis und Enkopresis – eine Übersicht. In: *Analytische Kin-*

*der- und Jugendlichen-Psychotherapie*. Heft 127, XXXVI. Jg., 3/2005: 311-348.

Schmid-Boß, S. unter Mitarbeit von Kunze, B. (2007): Enuresis und Enkopresis. In: Hopf, H./Windaus, E. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. München (CIP): 385-401.

Streck-Fischer, A. (1992): Analytisch orientierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 134: 38-44.

Winnicott, D. W. (1976): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München (Kinder).

*Hanne Düwell, Gehrenring, 52, 37085 Göttingen*

*Rüdiger Haar, Heinrichstr. 8, 34260 Kaufungen*

*Gaby Kalb, Rohrbergstr. 8, 34128 Kassel*

*Bärbel Neumann, In der Klappe 2, 37186 Moringen*