

Leitlinien

Monika Büse-Kastner/Klaus Dillhoff/Ulrike Held Leitlinie Enkopresis

Inhalt

1. *Einleitung*
2. *Definition und Symptomatik der Enkopresis*
3. *Prävalenz, Komorbidität und Prognose*
4. *Ätiologie*
5. *Primäre und sekundäre Enkopresis*
 - 5.1 *primäre Enkopresis*
 - 5.2 *sekundäre Enkopresis*
 - 5.3 *Enkopresis mit und ohne Obstipation*
6. *Psychoanalytische Diagnostik/Differentialdiagnose*
7. *Behandlung/Therapie*
 - 7.1 *Zur psychotherapeutischen Arbeit mit den Eltern/Bezugspersonen*
 - 7.2 *Zur psychotherapeutischen Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen*
 - 7.2.1 *bei primärer Enkopresis*
 - 7.2.2 *bei sekundärer Enkopresis*
 - 7.2.3 *beim Toilettenerweigerungssyndrom*
8. *Fazit*
9. *Literatur*

1. Einleitung

Wenn bei den Azteken der Götterkot als Gold bezeichnet wurde und im Märchen »Tischlein deck dich« der Esel beim Bricklebrit sogleich von vorn und hinten Gold speit und sich hiermit eine geradezu achtvolle Bewertung eines Ausschei-

dingsproduktes (aus Kot wird Gold) zeigt, erfahren Kindertherapeuten¹ in ihrer täglichen Praxis das Gegenteil: Nämlich wie verpönt das Einkoten bei einem Kind ab einem bestimmten Alter ist und wie viel Ekel- und Schamgefühle das Sprechen darüber auslöst. Oftmals wird das Symptom erst lange nach Beginn der Behandlung mitgeteilt – andere Symptomatik steht im Vordergrund –, es kommt aber auch vor, dass es gleichsam wie ein stinkender Haufen in der ersten Stunde ins Zimmer getragen wird. Und auch was die wissenschaftliche Erforschung der Thematik angeht, stellt diese sich sowohl qualitativ als auch quantitativ eher dürftig dar. Gilt das Einnässen und Einkoten zu Beginn des Lebens als etwas völlig Normales, verändert sich die Sichtweise vollständig, wenn ein bestimmtes Lebensalter des Kindes erreicht ist. Sicher ist diese Einstellungsänderung mit der von Norbert Elias beschriebenen vorgerückten Ekel- und Schamgrenze im Prozess der Zivilisation verbunden (Elias, 1978, S. 155ff., 1977, S. 369ff.). Urinieren und Defäzieren werden heute als unliebsam und ekelregend empfunden, wenn in der Öffentlichkeit verrichtet. Sie müssen im Rahmen elterlichen und pädagogischen Handelns mittels Erziehen und Strafen eingedämmt und beseitigt werden.

Wenn wir das Einkoten nicht als Ungezogenheit, sondern als Ausdruck einer Entwicklungs- oder einer neurotischen Störung betrachten, so verlangt es mehr als erzieherisches Einwirken. Das Symptom will verstanden werden, wenn es sich auflösen soll. Einen Beitrag dazu will diese Leitlinie leisten.

2. Definition und Symptomatik der Enkopresis

Die *Enkopresis* (F 98.1) wird nach der ICD-10 definiert als willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Faeces normaler oder fast normaler Konsistenz an nicht dafür vorgesehenen Stellen (Fußboden, Kleidung). Die Störung kann auch als Überlaufinkontinenz infolge eines funktionellen Stuhlverhalts auftreten (Dilling/Freyberger, 1999, S. 312f.).

Organische Erkrankungen, die das Symptom verursachen könnten, müssen ausgeschlossen sein. Allerdings kann sich aufgrund einer organischen Störung eine sekundäre neurotische Erkrankung entwickeln. Vom Einkoten als Erkrankung ist erst zu sprechen, wenn das tatsächliche und das Entwicklungsalter des Kindes mindestens vier Jahre betragen. Das Einkoten muss mindestens ein Mal pro Monat auftreten und für drei bzw. sechs Monate als Symptom beibehalten werden.

¹ Zur besseren Lesbarkeit findet die männliche Form Verwendung. Die Namen der Patienten, von denen wir viel gelernt haben und denen wir hiermit sehr danken, wurden verändert.

In der 2006 erschienenen Rome-III-Klassifikation internationaler pädiatrischer Gastroenterologen (v. Gontard, 2007, S. 494), die ICD-10- und DSM-IV-Kriterien einschließt, wird zudem ausdrücklich unterschieden in funktionelle Obstipation und Störung ohne Stuhletention (ebd.).

Die Enkopresis tritt hauptsächlich während des Tages auf, nachts ist die Darmmotilität deutlich verringert. Von einer *primären Enkopresis* wird gesprochen, wenn ein Kind noch nicht länger als ein Jahr sauber war. Konnte ein Kind bereits seinen Stuhlgang kontrollieren (>1 Jahr) und beginnt dann wieder einzukoten, wird eine *sekundäre Enkopresis* diagnostiziert. Die ICD-10 trennt hier nicht. Unter psychodynamischem Gesichtspunkt ist eine Unterscheidung sinnvoll, da wir Auskunft über das psychische Entwicklungsniveau erhalten.

Die Enkopresis ist *Hauptdiagnose*, wenn sie das dominierende Symptom ist – also auch bei gleichzeitigem Vorkommen einer Obstipation oder einer Enuresis sowie bei anderen Störungen. Dazu gehörige Begriffe in der ICD-10 sind: funktionelle Enkopresis, nichtorganische Stuhlinkontinenz und psychogene Enkopresis. In den Leitlinien der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird die Enkopresis als psychiatrische Diagnose der I. Achse und *nicht* als Entwicklungsstörung der II. oder gar als körperliche Erkrankung der IV. Achse klassifiziert (DGfKJP, S. 343).

3. Prävalenz, Komorbidität und Prognose

In der Altersgruppe der 7-Jährigen taucht das Symptom je Autorenangabe bei 1,5% bis 3% der untersuchten Kinder auf (z. B. Heinemann, Hopf, 2001, S. 212; Bürgin, 1993, S. 215; v. Gontard, 2007, S. 11; Schmid-Boß, 2005, S. 393). Es zeigt sich eine deutliche Geschlechterrelation: Jungen sind öfter betroffen, im Verhältnis 3,4:1 (Bellmann, zit. nach Schmid-Boß, 2005, S. 393). Die Enkopresis tritt als Symptom seltener auf als die Enuresis. V. Gontard berichtet unter Bezugnahme auf zwei Zürcher Längsschnittstudien von Largo et al. (v. Gontard, 2004, S. 22ff. u. S. 135), dass gegenüber der kontinuierlichen Abnahme bei der Enuresis die Prävalenz bei der Enkopresis *zunächst* steigt und mit zehn bzw. elf Jahren das Maximum erreicht. Eine große Gruppe von Kindern mit einer Enkopresis sind deprivierte Kinder, die im Verlauf ihrer psychosozialen Entwicklung keine Anleitung seitens der Eltern erhalten, wie und wann man die Toilette benutzt (v. Gontard, 2004, S. 24). Geistige Behinderung bzw. Intelligenzminderung im Zusammenhang mit neurologischen Defiziten kann nach Ansicht einiger Autoren dazu führen, dass die willentliche Kontrolle über die Ausscheidungsvorgän-

ge schwerer und meist später erlernt/erworben wird (dazu: Wille, 1984, S. 63; Krisch, 1985, S. 110-112).

Die Enkopresis kann bei jüngeren Kindern durchaus als Folge einer besonderen Belastung (familiärer und sozialer Art) auftreten und nach kurzer Dauer verschwinden. Das gilt jedoch nur, wenn die sonstige psychische Entwicklung unauffällig war. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass sich die Enkopresis – gerade bei älteren Kindern und Jugendlichen – auf dem Boden zahlreicher psychischer Krankheitsbilder entwickeln kann. Als Begleitsymptome lassen sich nennen:

- Enuresis als häufigstes Begleitsymptom
- Schlaf- und Essprobleme
- Zündeln
- Diebstähle
- Nägelbeißen, Daumenlutschen
- Wutanfälle
- Ängste verschiedener Art
- Lern- und Leistungsstörungen, Teilleistungsstörungen
- verzögerte Sprachentwicklung
- hyperkinetisches Syndrom
- Obstipation, an der jedes 7.-8. Kind leidet (vgl. Bürgin, 1993, S. 219).

Die Vielzahl der Symptome ist beeindruckend, wenn auch nicht jedes einkommende Kind ein weiteres oder mehrere andere Symptome aufweist. Das gehäufte Vorkommen von psychopathologisch relevanten und klinischen Zeichen zeigt jedoch, dass die Enkopresis als Indikator einer schweren psychischen Störung gelten kann.

Alle Studien belegen, dass das Symptom *nach dem 11. Lebensjahr* mit steigendem Alter zurückgeht, um in der Adoleszenz in der Regel fast vollständig zu verschwinden. Dies ist nicht verwunderlich, da das Kind mit dem Eintritt in die Pubertät unabhängiger von seinen Eltern/primären Bezugspersonen wird. Die Möglichkeit, ein deprivierendes Milieu zu verlassen und auf Peergroups auszuweichen, kann allerdings mit der Gefahr eines Symptomwechsels hin zu antisozialen Verhaltensweisen einhergehen. Die Spontanremissionsrate beträgt pro Jahr ca. 28%. Dies sagt allerdings nichts über die zugrunde liegende Störung aus (vgl. Bürgin, 1993, S. 227). Haug-Schnabel konstatiert, dass bei einer nichtbehandelten Enkopresis im weiteren Entwicklungsverlauf mit Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten gerechnet werden muss (Haug-Schnabel, 2006, S. 55).

4. Ätiologie

Wie die Enuresis wird auch die Enkopresis zu den psychosomatischen Erkrankungen gerechnet. Rein physiologisch betrachtet sind die Vorgänge bei der Darmentleerung andere als die beim Urinieren. Die Peristaltik von Dünn- und Dickdarm vollzieht sich an sich selbstständig und autonom. Erst im letzten Darmabschnitt (Mastdarm) kann der Wille in die Darmbewegung einsetzen: Der Schließreflex des Afters erfolgt beim Niedergang der Kotmassen in den Mastdarm zwar reflektorisch, kann jedoch willentlich unterstützt werden.

Nach Haug-Schnabel ist aus verhaltensbiologischer Sicht zwar durch Tierversuche vielfach herausgefunden worden, dass durch Verhaltenssteuerung eine gezielte Anpassung (im Sinne eines Andressierens) an spezielle Umweltgegebenheiten stattfinden kann – eine Übertragung von Ergebnissen aus der Verhaltensbiologie von Tier auf Mensch kann jedoch nur nach ausgewiesener Auswertung aller Daten erfolgen. Für die Enkopresis steht eine entsprechende Forschung jedoch noch aus.

Alle Versuche der Beschleunigung der Sauberkeitserziehung haben sich als wirkungslos erwiesen. Mehr noch: wird zu früh mit dem Toilettentraining begonnen, dauert der gesamte Prozess bis zur endgültigen Sauberkeit in der Regel länger, da intakte anatomische Strukturen für eine erfolgreiche Darmkontrolle notwendig sind. Erst nach Ausreifung der entsprechenden Voraussetzung erlernt das Kind durch Modell und Nachahmung den in der jeweiligen Kultur üblichen Toilettengang. In der Regel sind bis zum 3. Lebensjahr 97% der Kinder in der Lage, ihren Sphinkter zu beherrschen. Als anerkannte störungsspezifische Risikofaktoren nennt Haug-Schnabel »vernachlässigende, überfordernde, zwanghafte und konfliktreiche Praktiken der Sauberkeitserziehung« (Haug-Schnabel, 2006, S. 57).

Aus medizinischer, vor allem auch aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht steht der physiologische Zusammenhang zwischen Enkopresis und Obstipation im Mittelpunkt. Nach v. Gontard erfolgen 3% der Vorstellungen beim Kinderarzt und 25% der Vorstellungen in den Abteilungen für pädiatrische Gastroenterologie wegen Enkopresis und Obstipation. Die Obstipation wird von vielen Autoren als Auslöser für die Enkopresis angesehen. Auch eine vermutete angeborene Darmträgheit, die paradoxe Spinkterreaktion (Verschluss), sowie eine geringe Wahrnehmungsfähigkeit des Stuhldranges könnten Auslöser sein. Bei der habituellen Obstipation kommt es zu einem *Circulus vitiosus*: Wenn der Kot zu lange in den unteren Darmpartien verweilt, wird ihm Wasser entzogen, was zu einer Eindickung führt, die eine Defäkation entsprechend erschwert. Das führt zu weiterer Stuhlverhaltung und zu weiterer Ansammlung von Kot im Rektum (Herausbildung eines Megarektums oder Megakolons), wobei eine zunehmende

Verstopfung eine sogenannte Überlaufenkopresis zur Folge haben kann. Bei dieser Sichtweise kommt es dazu, dass eine rein medizinische Behandlung mit Einläufen, Darmspülungen und Abführmitteln in Gang gesetzt und die Notwendigkeit und Bedeutung einer Psychotherapie ausgeschlossen bzw. lediglich bei Therapieresistenz empfohlen wird (vgl. v. Gontard, 2004, S. 12).

In der Diskussion sind aber auch polyätiologische Ursachen. In einer Studie von Olatawura (1973) werden Armut und soziale Inkompetenz als Ursache für das Auftreten der Enkopresis genannt. Als weitere mögliche Teilfaktoren werden akzidentielle Auslösesituationen wie Belastungen durch Trennungserlebnisse, Lebensereignisse, familiäre Übergangsperioden oder heftige emotionale Reaktionen beschrieben (Steinhausen, 1985, S. 98). In einer später veröffentlichten Studie findet sich die Aussage, dass Sozialschicht und Auslöseereignisse unbedeutend für die Prognose seien (Steinmüller, Steinhausen, 1990, S. 77).

Krisch betont die Wichtigkeit des Vaters beim Entstehen der Symptomatik. In den meisten Fällen sei der Vater physisch oder emotional kaum präsent (Krisch, 1985, S. 129). Nach einer Studie von Bemporad sprach die Hälfte ihrer Fälle (14 ges.) auf eine veränderte Rolle/Präsenz des Vaters prompt an (Bemporad et al., 1971). Unseres Erachtens haben auch die Veränderungen der Familienstrukturen zu Verunsicherungen in der Erziehungshaltung geführt. Eine nachlässige, wenig grenzsetzende Haltung in der Sauberkeitserziehung kann ebenfalls Probleme bei der Stuhlentleerung zur Folge haben.

Bei der psychodynamischen Betrachtungsweise fällt auf, dass sich bis heute nur wenige psychoanalytische Untersuchungen zur Enkopresis finden lassen (vgl. Heinemann/Hopf, 2001, S. 212). Dass der anale Bereich eine besondere psychische Bedeutung im Rahmen der kindlichen psychosexuellen Entwicklung hat, beschreibt aber bereits Sigmund Freud in den *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (Freud, S., 1905, S. 92ff.), in denen er darauf hinweist, wie die bislang führende erogene Zone der oralen Phase (Mundschleimhaut) des Babys von der Analzone abgelöst wird, und wie diese für die Sexualbetätigung (autoerotisch masturbatorisch) und den Lustgewinn des Kindes Bedeutung erlangt.

Man muss sich die erogene Bedeutung dieser Körperstelle als ursprünglich sehr groß vorstellen. Durch die Psychoanalyse erfährt man (...), welche Umwandlungen mit den von hier (der Afterzone, Anm. Autoren) ausgehenden sexuellen Erregungen normalerweise vorgenommen werden, und wie häufig der Zone noch ein beträchtliches Stück genitaler Reizbarkeit fürs Leben verbleibt. (Freud, S., ebd., S. 92)

Die gesamte Muskulatur wird im Laufe der kindlichen Entwicklung beherrschbarer und stellt eine Quelle der Lust dar, so auch die Darmmuskulatur.

Der Darminhalt kann als Reizkörper auf die Darmschleimhaut wirken. Mit der neu gewonnenen Fähigkeit der willkürlichen Betätigung des Sphinkters gewinnt das Kind die Möglichkeit, sich autoerotisch Lust zu verschaffen.

Kinder, welche die erogene Reizbarkeit der Afterzone ausnützen, verraten sich dadurch, dass sie die Stuhlmassen zurückhalten, bis dieselben durch ihre Anhäufung heftige Muskelkontraktionen anregen und beim Durchgang durch den After einen starken Reiz auf die Schleimhaut ausüben können. Dabei muss wohl neben der schmerzhaften Empfindung die Wollustempfindung zustande kommen. (Freud, S., ebd.).

Karl Abraham hat in einem »Fahrplan« der Libidoentwicklung die masochistischen und sadistischen Komponenten in die Phasen der Triebentwicklung einzugliedern versucht (Abraham, 1982, S. 44f. und S. 84ff.). Dieses Konzept erscheint hilfreich zur Erklärung der psychodynamischen Unterschiede in den Erscheinungsformen der Enkopresis. In der frühen Stufe der analsadistischen Phase setzen sich danach (ähnlich der oralen Phase) die objektzerstörenden und objekt-ausstoßenden, nämlich sadistischen Tendenzen durch, während in der zweiten, späteren Phase die objektfreundlichen Tendenzen, die nach Festhalten und Beherrschung streben, überwiegen. Im Umgang des Kindes mit seinem Darminhalt können wir die allmähliche Wandlung der Ambivalenz beobachten (Loch, 1989, S. 104ff.). Auf der frühen Stufe dominieren die destruktiven Strebungen. Der Kot repräsentiert dabei das introjizierte äußere Objekt, das bedrohliche destruktive Qualität gewinnt und deshalb ausgestoßen werden muss, weil das Kind um einen überwiegend destruktiven Kern keine befriedigende Identität finden kann. Unabhängig von der realen Einstellung dem Objekt gegenüber wird in dieser Phase das Objekt mit seinen vielen Neins und Begrenzungen oft als störend und bedrohlich erlebt. Die sofortige Entleerung/Ausstoßung dient der Trennung von den bedrohlichen Objekteindrücken.

Wenn die Erfahrungen mit dem Objekt überwiegend freundliche Eindrücke hinterlassen haben, beginnt das Kind in der zweiten Phase bei normaler psychischer Entwicklung, seinen Darminhalt wie einen wertvollen Schatz zu hüten – mitunter beginnt es lustvoll mit der Kotsäule und auch mit dem Kot zu spielen. Das Kind hält den Kot trotzend zurück und gibt ihn erst her, wenn das Objekt sich unterwirft (Selbstbehauptung und Objektbeherrschung), oder es macht ihn zum Geschenk um Liebe (-sbeweise) der Bezugsperson zu bekommen. In diese Phase fällt nach Loch und de Senarclens eine grundsätzliche Entscheidung zwischen »Objektliebe und narzisstischer Prädisposition« (Loch, 1989, S. 105; de Senarclens, 2004, S. 14).

Das kleine Kind vollzieht um das zweite Lebensjahr herum eine enorme Entwicklung. In diesem Alter erweitern sich normalerweise infolge der Entwicklung motorischer und kognitiver Fähigkeiten die Möglichkeiten des Kleinkindes, seine Umwelt als Spiegel zu benutzen und Omnipotenz und Grandiositätsgefühle zu entwickeln, die von den nächsten Bezugspersonen bestenfalls wohlwollend und akzeptierend bestätigt werden. In dieser Zeit wird das Kind seiner Möglichkeit gewahr, »Nein« sagen und Kontrolle ausüben zu können. Es erlebt bewusst, dass

es hergeben oder zurückhalten kann und die Freude eines Kindes an solchen Spielen spricht Bände. Über den positiven Umgang mit dem Kot kann das Kind erste direkte Erfahrungen von Ambivalenz machen.

Vignette

Der knapp 3-jährige Luis, der plötzlich aufs Töpfchen muss, als seine Bezugsperson (B.) auf der Toilette sitzt, will, als er fertig ist, sehen, was diese gemacht hat. Beide Produkte, die sehr unterschiedlich sind, werden verglichen. Luis freut sich über seine lange »Wurst«, bei beiden zeigt sich die Mischung von Freude über das Produkt und Ekel über den Gestank. Der Inhalt des Topfes wird zum Produkt der B. geschüttet, beides ist in der Toilette zu sehen. Luis will abspülen. B. hebt ihn hoch, so dass er gleichzeitig spülen und zuschauen kann, wie der Kot beider verschwindet, was der Junge mit Freude quittiert. Das Defäzieren wird zu einem gemeinsam erlebten und dennoch vom anderen getrennten lustvollen Ereignis, wobei auch Ekel gemeinsam erlebt und bewältigt wird.

De Senarclens beschreibt, dass sich in dieser Entwicklungsphase eine grundlegende Organisation von Zeitlichkeit, Raum und sozialen Bezügen entwickelt im Sinne eines:

- Nein, nicht jetzt, aber später.
- Nein, nicht alles auf einmal, Du musst einen Teil loslassen.
- Nein, nicht Du allein, zusammen mit den anderen (vgl. de Senarclens, 2004, S. 5).

Das kleine Kind lernt in der analen Phase, seiner ursprünglichen Lust auf Absetzen des Kotes, wo und wann immer es die körperlichen Funktionen dazu drängen, mit Reaktionsbildung zu begegnen. Aus Liebe zu den Eltern, zu den nächsten Bezugspersonen, aus Angst vor Verlust ihrer Liebe lernt es, den Kot an der gewünschten Stelle abzusetzen, zumeist in den Topf oder die Toilette. Das Kind trennt sich von einem Teil, das es zuvor als zu sich gehörig erlebt hat, weil es sich als getrennt von seiner Mutter, seinen Eltern erleben kann und sich weiter aufgehoben bei ihnen fühlt. Dies gelingt, wenn es zuvor die Erfahrung machen konnte, dass seine Affektäußerungen von der primären Bezugsperson aufgenommen und gespiegelt werden. Nach Fonagy bildet dies die Grundlage zur Mentalisierungsfähigkeit, einer Theory of Mind und einer sicheren Bindung (vgl. Fonagy, 2004, S. 31ff.). Ebenso ist von großer Bedeutung die von Bion beschriebene Container-contained-Funktion der primären Bezugsperson (Bion, 1992). Danach erlebt das Kind im günstigsten Fall, dass es Regungen, Wünsche und Gefühle, von denen es überflutet wird, bei der Bezugsperson loswerden, sich von diesen quasi trennen kann. Die Bezugsperson nimmt die »rohen« Gefühle (Beta-Elemente) auf und gibt ihnen Bedeutung und Sinn, verwandelt sie in Alpha-Elemente. Die

Alpha-Elemente können vom Kind zurückgenommen werden und somit als Eigenes und Aushaltbares erlebt werden. Dieser seelische Verdauungsprozess, der mit Hilfe der Bezugsperson geschieht, kann dem Kind dazu verhelfen, dies auch auf der körperlichen Ebene zu erleben. Anspannung, die sich im Sinne von natürlicher Somatisierung auch in Form von Obstipation zeigen kann, kann bestenfalls desomatisiert werden. Der physische Verdauungsvorgang wird wieder in Gang gesetzt, und das Kind kann sich vom Unverdaubaren trennen. Therapeuten erleben in solchen Phasen der Therapie oft eigene somatische Reaktionen, die als Ausdruck von Gegenübertragung verstanden werden können.

Bei pathologischer psychischer Entwicklung kommt es zur Fixierung. Einkoten sowie das Zurückhalten des Kotes im Sinne einer Obstipation sind danach als Ausdruck einer Entwicklungsblockade zu verstehen. Mit dem Symptom wird aus psychodynamischer Sichtweise ein unbewusster intrapsychischer oder interpersoneller Konflikt zum Ausdruck gebracht. Ein innerseelisches Geschehen (nicht bewältigbare Affekte, ein verdrängter Trieb, ein Beziehungskonflikt) tritt durch ein körperliches Symptom in Erscheinung.

Sehen wir die Symptomatik als einen Ausdruck der Schwierigkeit an, den Inhalt vom Behälter zu trennen, so können wir das Problem in der frühkindlichen Entwicklung lokalisieren. Da, wo die Angst vor Trennung und vor Trennendem emotionales Hauptentwicklungsmerkmal ist, findet sich demnach die Fixierung.

Vignette

Nachdem dem 5-jährige Sven von der Therapeutin und zu Hause auch von seiner Mutter ausdrücklich versichert wurde, dass er nicht »kaputt« gehe und auch nicht mit im Klo verschwinden würde, wenn er sich auf die Toilette setze und »kacke«, weigerte er sich nicht mehr, zur Toilette zu gehen. Auf diese Weise erlebt Sven, dass das Sich-Lösen von einem Teil nicht den Verlust des Ganzen mit sich bringt. Damit ist eine Voraussetzung für die Organisation von Symbolisierungsfähigkeit geschaffen. Das Kind macht die Erfahrung, dass das Loslassen des Kotes nicht bedeutet, dass es selbst komplett verloren geht oder fragmentiert, und die emotionale und körperliche Entwicklung kann voranschreiten.

5. Primäre und sekundäre Enkopresis

5.1 Primäre Enkopresis

Bei einem Kind mit *primärer Enkopresis* konnte ein wichtiger psychosexueller Entwicklungsschritt nicht vollzogen werden, die Entwicklungsanforderung, Trennung zu vollziehen, wird unendlich gefürchtet und innerlich vermieden. Altersentsprechende entwicklungsfördernde Aggression kann nicht zugelassen werden. Das Kind ist nicht in der Lage, »Nein« zum wichtigen Objekt zu sagen, weil es entweder bereits real verlassen worden ist (im Sinne von sozialer/emotionaler Deprivation) oder fürchtet, real verlassen zu werden bzw. das Objekt im Sinne der Objektkonstanz innerlich nicht halten zu können. Ist das primäre Objekt selbst durch Trennung traumatisiert (z. B. durch Fehlgeburt, Eltern- oder Partnerverlust), wird es keine inneren Spielräume bei der Entwicklung von Trennungstoleranz zulassen können (vgl. das Konzept der »Gespenster im Kinderzimmer«, Fraiberg, Adelson, Shapiro, 2003). Somit gibt es keinen Übergangsraum, keine Möglichkeit, in der Anwesenheit eines versorgenden schützenden Objektes allein zu sein (vgl. Winnicott, 1974, S. 10ff.). Mit Binet (1979, S. 1114) haben wir es in der Folge mit einer Ich-Störung, d. h. einer mangelnden Ich-Abgrenzung und mangelnden Fähigkeit der Selbstregulation zu tun.

Objektbeziehungstheoretisch betrachtet benötigen die von primärer Enkopresis betroffenen Patienten die Beherrschung des Objektes. Obstipation kann demnach als Ausdruck des Festhalten-Wollens des Objektes gelten, Einkoten und Durchfall, der nicht aufgrund einer körperlichen Erkrankung auftritt, als Ausdruck des Sich-selbst-Aufgebens verstanden werden, des Aufgebens eines verlorenen oder nie gehabt Objektes (ebd., S. 1116ff.). Es ist schwierig, etwas zu betrauern, was nicht geschehen ist. Um den Mangel denken zu können, muss man zunächst in der Lage sein, sich diesen Mangel vorstellen zu können. Nach Green (1993) ist es die allmähliche Repräsentanz der mütterlichen Abwesenheit, das Nichts, welches die Schaffung eines psychischen Raumes ermöglicht, in dem Vorstellungen ihren Platz finden können. Auf das Symptom des Einkotens bezogen würde das heißen: Das Nichts war so groß, dass ein neuerlicher Verlust nicht zugelassen werden konnte. Oder: die Trauer war zu mächtig, als dass sie gedacht oder vorgestellt, gefühlt werden durfte (vgl. ebd.). Das Spiel mit der Kotsäule ist danach gleichzusetzen mit der Verleugnung der Leere, dem Nicht-zulassen-Können von Trauer, Trennung und Verlust. Denn was ich nicht festhalten konnte, weil es nicht da war, kann ich nicht loslassen. Deshalb das Paradox beim Einkoten: Seelisches wird auf die Körperebene verschoben und dort dann real gleichzeitig losgelassen und festgehalten.

Ein weiterer Aspekt des Einkotens verbindet sich mit der Frage »Wem gehört der Körper?« (vgl. Grieser, 2008). Mit der Entwicklung motorischer Fähigkeiten und im Verlauf der Beherrschung der Schließmuskeln erfährt das kleine Kind einen erheblichen Zuwachs innerhalb seiner Autonomieentwicklung, die zur Individuation beiträgt. Bei einkotenden Kindern ist von einer Störung dieser Autonomieentwicklung und Individuation auszugehen. Eine Trennung von der primären Bezugsperson kann nur unter der Voraussetzung erfolgen, dass ein bedeutsamer Dritter zur Verfügung steht. Bei einer misslungenen Triangulierung tritt der Körper – sozusagen als Notlösung – an die Stelle dieses Dritten. Wenn die Mutter als primäre Bezugsperson die »Fremdbestimmung« über den Körper des Kindes altersentsprechend aufgibt und diesen mehr und mehr dem sich entwickelnden Selbst des Kindes überlässt, kann sich das Kind den eigenen Körper und die Vorstellung darüber, dass dieser Körper mit allen Funktionen ihm allein gehört und seiner Kontrolle unterliegt, zunehmend aneignen. Ein Zuviel, aber auch ein Zuwenig an mütterlicher Regulationshilfe führt dazu, dass das Kind in dieser Entwicklung gestört wird. So verwundert es nicht, wenn wir von vielen einkotenden Kindern hören: »Ich spür' nix.«

5.2 Sekundäre Enkopresis

Bei der sekundären Enkopresis konnte der Entwicklungsschritt der Individuation vollzogen werden. Ein Kind, das einmal sauber war, aber wieder einzukoten beginnt, greift auf ein Entwicklungsniveau zurück, das schon einmal bewältigt wurde. Es ist davon auszugehen, dass das Kind Schwierigkeiten hat, einen neuen Entwicklungsschritt zu bewältigen (mehr Autonomie führt zu mehr Einsamkeit) und diesen Konflikt mit Hilfe von Regression zu lösen versucht. Ursachen können Strukturprobleme in den Familien sein. Getrennte Eltern ohne klare Besuchsregelungen, unklare Generationengrenzen, Machtkonflikte der Eltern, Loyalitätskonflikte der Kinder. Foreman und Thamirajah wiesen in ihren empirischen Untersuchungen bei Kindern mit sekundärer Enkopresis erhöhte Raten psychosozialer Belastungen (69%) und Störungen des Sozialverhalten (45%) nach (Foreman/Thamirajah, 2007, S. 551). Die Berücksichtigung solcher belastender Ereignisse als auslösende Faktoren hat bei der sekundären Enkopresis entscheidenden Einfluss auf die Behandlungsplanung.

Wir haben es bei der sekundären Enkopresis nicht mit einer Entwicklungsstörung zu tun, sondern mit einem neurotischen Problem, einem Konflikt zwischen Ich-, Es- und Über-Ich-Anteilen der Psyche. Triebansprüche und Ansprüche eines relativ stabilen Über-Ichs stehen einander gegenüber. Das Ich scheitert in der Vermittlung zwischen diesen unvereinbar erscheinenden Antagonisten. Dabei kann

es sich um einen ödipalen Konflikt und die Angst vor dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, dessen Rache gefürchtet wird, handeln. Kastrationsängste können regressiv über das Festhalten der Kotsäule abgewehrt werden. Aber auch ein traumatischer Verlust kann über den Umgang mit der Kotsäule aktiviert oder reguliert werden. Zu denken ist auch an die Möglichkeit einer Autoerotik ohne Sublimation, an selbstfabrizierten Trost in scheinbarer Unabhängigkeit vom Objekt.

5.3 Enkopresis mit und ohne Obstipation

Bei einer Enkopresis ohne Obstipation handelt es sich psychodynamisch betrachtet meist um eine Form von Selbstaufgabe und tief empfundener Machtlosigkeit. Das zerstörerisch und destruktiv erlebte innere Objekt muss sofort ausgestoßen werden. Die fehlende Aggression in Bezug auf die primären Objekte drückt sich lediglich im Geruch aus, der in das Gegenüber allerdings als gewaltige Aggression eindringt. Binet (1979, S. 1123) beschreibt es so, dass das stuhlinkontinente Kind sozusagen aufgegeben hat zu kämpfen; »das Ich ist waffenlos«. Dazu im Gegensatz steht beim obstipierten Kind, dass es das gute innere Objekt festhalten möchte, gerade weil es Angst hat, es könnte ihm verlorengehen. Nichtsdestotrotz zeigt es Verhaltenswidersprüche, weil das innere Objekt hochambivalent besetzt ist und das Kind zwischen Festhalten und Loslassen oszilliert. Liebe und Hass in Bezug auf das Objekt sind noch nicht integriert. Der Konflikt, den das Kind mit Obstipation auf den Körper verschiebt, ist der, sich nicht trennen zu können, weil das Kind die Dualunion noch nicht aufgeben kann, zur Triangulierung noch nicht bereit ist. Therapiestunden mit solchen Kindern verlaufen in der Regel mühselig und zäh, weil die Verstopfung sich im Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen niederschlägt.

6. Psychoanalytische Diagnostik bei Enkopresis/Differenzialdiagnose

In den probatorischen Sitzungen kann über die Erhebung der Anamnese (Genese des Kindes und Familiengenese) ein erstes Verständnis des Konflikts erworben werden. Das szenische Verstehen, das sich aus Gesprächsreflexion, Spielbeobachtung, Reflexion der Übertragung und Gegenübertragung generiert, ermöglicht abschließend ein umfassenderes Verständnis des intrapsychischen und interpersonellen Konflikts des Kindes, der Psychodynamik der Erkrankung (als Beschreibung der bewussten und unbewussten Prozesse, die das Verhalten und

Erleben beeinflussen) sowie der Familiendynamik. Daneben sind Rückschlüsse auf die psychische Struktur und das Entwicklungsniveau des Patienten möglich. Ist es einerseits notwendig, eine organisch bedingte körperliche Erkrankung auszuschließen bzw. zu verifizieren, so ist andererseits genau abzuwägen und mit dem Kinderarzt zu besprechen, welche Folgen eine vom Patienten möglicherweise als eindringend/invasiv erlebte Diagnostik haben könnte. Das kann bedeuten, dass eine an sich notwendig erscheinende Untersuchung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden sollte bzw. im Verlauf der Therapie obsolet wird. Wenn organische Faktoren ausgeschlossen sind, richtet sich das Interesse der psychodynamisch orientierten Psychotherapie auf die Frage, welcher innere Konflikt von dem Kind mit Enkopresis mit seinem Symptom/seinen Symptomen zum Ausdruck gebracht soll, welche assoziativen Koppelungen an der Entstehung der Symptomatik beteiligt sein können bzw. welchen affektiven Bedeutungsgehalt der Defäkationsakt für das Kind oder für die betreuenden Eltern hat.

7. Therapie

7.1 Zur therapeutischen Arbeit mit den Eltern/Bezugspersonen

Das Symptom Enkopresis erzeugt in der Umwelt und vor allem bei den Bezugspersonen eine Heftigkeit an Reaktionen in der Bandbreite von Ohnmacht, Ekel, Wut und Grenzüberschreitungen dem Kind/Jugendlichen gegenüber. Entsteht ein analer Machtkampf zwischen den Bezugspersonen und dem Kind, ist die Gefahr groß, dass dieser in einem Teufelskreis endet. Der interpersonelle Konflikt wird im Prozess der Bewältigung und Abwehr zu einem inneren Konflikt des Kindes, der dann wiederum externalisiert wird und auf der interpersonellen Ebene (Eltern-Kind) zur Verschärfung des Konfliktes führen kann.

Das Augenmerk ist auf die Ausprägung der familiären Strukturen zu legen. Unklare Besuchsregelungen bei getrennt lebenden Eltern, divergierende Erziehungsstile, Fehlen von Familienritualen (z. B. gemeinsames Essen), »laissez faire«-Haltung und nicht zuletzt die Unfähigkeit, mit eigenen aggressiven Impulsen wie auch denen des Kindes angemessen umgehen zu können, lassen sich auffinden. Wille verweist darauf, dass Väter von Kindern mit Enkopresis vermehrt durch psychische Störungen belastet sind. Viele dieser Männer sind, bedingt durch Beruf oder die Freizeitgestaltung, häufig von ihrer Familie abwesend. Diese physische oder auch psychische Abwesenheit scheint das durchgängigste Kennzeichen der Väter einkotender Kinder zu sein und ein gewisses

Desinteresse an der Familie auszudrücken (Wille, 1984, S. 13ff., S. 72ff.). In der Praxis kann beobachtet werden, dass die verstärkte Präsenz des Vaters zu einer Reduzierung des Symptoms führt, solange er nicht in Konkurrenz zur Mutter geht, sondern als triangulierendes Objekt zur Verfügung steht. Hierdurch kann sich Objekt Konstanz bezogen auf den Vater entwickeln.

In Familien mit inkotenden Kindern zeigen sich in der kinderpsychotherapeutischen Praxis infantile Reaktionsmuster, die analog zur psychischen Ebene des Kindes mit den Schlagworten »Ausstoßung« und »Festhalten« umschrieben werden können. Zu beobachten ist ein Mangel an einer gewissen Großzügigkeit und Gelassenheit der Bezugspersonen gegenüber kindlichen Bedürfnissen, was sich in einem starren oder inkonsequenten Erziehungsstil niederschlagen kann. Die Familien haben die Tendenz, in paranoid-schizoiden Mustern zu verharren. So sind die Reaktionen auf das inkotende Kind selten einfühlsam und verstehend, sondern eher verfolgend negativ und aggressiv, der Patient gerät in die Rolle des »Sündenbocks«. Dies führt beim Kind leicht zu »analer Rebellion«, die Patienten verfügen in der Folge über ein großes Machtpotential in der Familie. Es entwickelt sich eine Eigendynamik, eine Spirale von Macht und Ohnmacht, die sich weiter hochschaukelt. Hinter diesen sichtbaren Konfliktstrukturen verbergen sich bei den Eltern Gefühle von massiver Schuld und Scham. Analog zur Therapie des Kindes ist es erforderlich, dass auch die wie synchron zu betrachtenden intrapsychischen Konflikte der Eltern im containenden Setting einer Elternarbeit zu halten und zu bearbeiten sind. Unregelmäßiges Kommen wie spontane Absagen sind als Angriffe auf den Rahmen zu verstehen. Mit verbal aggressiven Angriffen wird die Kompetenz des Therapeuten in Frage gestellt, eigene Schamgefühle abgewehrt. Sobald das Symptom verschwindet, neigen die Eltern oft dazu, die Therapie beenden zu wollen. Teilweise geschieht das quasi »hinten rum« mit dem Wunsch, die Stundenfrequenz zu reduzieren. Der Therapeut ist gefordert, eine Balance zwischen »Halten« und Loslassen zu finden, dabei nicht ein »Festhalten« und »Ausstoßen« zu agieren, wie es die Eltern mit ihren Kindern geneigt sind zu tun. Dabei gilt es, die abstinente Haltung beizubehalten.

7.2 Therapie mit dem Kind

»Das typische enkopretische Kind« gibt es nicht, somit kann es auch die »Enkopretiker-Therapie« nicht geben (Bürgin, 1993, S. 224).

Als *Leitthemen in der Therapie* von Kindern mit Enkopresis sind identifizierbar:

- Unterscheidung von innen und außen
- Entstehung des Selbstbildes (Verweigerung – das Nein, eigene Leistung)

- Abgrenzung: Konflikt zwischen Festhalten-Loslassen, gesteigerte Auseinandersetzung mit aggressiven Bedürfnissen (Sadismus – Masochismus)
- Konflikt zwischen Autonomie gegen Scham und Zweifel (Erikson in: Hoffmann/Hochapfel, 1995, S. 47ff.).

In teilweise hochanstrengenden, zäh verlaufenden Sitzungen bleiben Therapeut wie Kind/Symptomträger in der »Verstopfung des Psychischen« wie verhaftet, solange ein Denken über und Verstehen der Dynamik der Symptomatik nicht möglich ist. Es gilt, das körperliche Symptom zu dekodieren.

Leitaffekte in der Übertragung und Gegenübertragung sind vielfältig. Es können auftreten: Langeweile, Druckgefühle, Wut, Ohnmacht, intrusive sadistische Phantasien wie auch Ängste vor intrusiver Vereinnahmung, Unfähigkeit zu denken (zähes, wie verstopftes Denken).

7.2.1 Zur therapeutischen Arbeit bei primärer Enkopresis

Bei einem Kind mit Enkopresis, die aufgrund von Deprivation auftritt, ist es notwendig, zunächst sozialpädagogische Maßnahmen einzuleiten.

Bei Kindern, bei denen eine gestörte Individuationsentwicklung feststellbar ist, muss es um Nachreifung gehen (Ich auf *niedrigem Strukturniveau* vgl. Ermann, 2007, S. 93ff.). Dies stellt erhebliche Anforderungen an den Therapeuten, da Kinder mit Enkopresis in der Regel mit starken widersprüchlichen Gefühlen ihren nächsten Bezugspersonen gegenüber zu kämpfen haben, was sich in der Gegenübertragung des Therapeuten ebenso heftig widerspiegelt. Es ist zu erwarten, dass das Kind mit einer Übertragung auf den Therapeuten reagiert, die einer eher »feindseligen Abhängigkeit« gegenüber den Eltern (Mahler, 1966, S. 321) entspricht. Das Kind ist unsicher bezüglich der emotionalen Verfügbarkeit der Eltern. Das Selbstwertgefühl ist aufgrund des Zusammenbruchs des Glaubens an die eigene Omnipotenz gering. Der Therapeut muss in der Lage sein, die interaktionelle Ambivalenz zu ertragen, auftretende Konflikte wahrzunehmen und mit Geduld und der Fähigkeit zum Containment zu reagieren und Verhandlungsspielraum zu bieten. So erhält das Kind die Möglichkeit einer innerseelischen Grenzbildung zwischen Selbst und Objekt. Durch eine bindungsstiftende wie auch autonomiefördernde Haltung des Therapeuten, die Selbsterfahrung, Neugierverhalten und Wirklust des Kindes unterstützt, kann sich ein gutes Selbstwertgefühl des Kindes entwickeln, das Trennungsängsten und inadäquaten Abhängigkeitsgefühlen entgegenwirkt. Der Therapeut sollte sich einerseits als idealisierbares Objekt anbieten, das dem Kind ermöglicht, sich selbst als ideal zu erleben. Er sollte sich aber auch als Objekt zur Verfügung stellen, mit dem sich das Kind auseinandersetzen darf und bei dem es erfahren kann, dass das Objekt als Gegenüber in der Lage ist, die Angriffe zu begrenzen und zu überleben.

Vignette

Der Patient gibt zu verstehen, etwas Bestimmtes spielen zu wollen. Die Signale erscheinen für den Therapeuten klar. In dem Moment, als er auf die vermeintlichen Wünsche des Kindes eingeht, kommt es zur Ablehnung durch das Kind – er habe falsch verstanden –, das Kind möchte eigentlich Gefühlsklarheit, erschafft dabei jedoch zunächst eine Menge Unklarheit und Durcheinander (einen großen Haufen), den es zu ordnen gilt.

Nach Winnicott kann das Kind das Objekt im günstigsten Fall nutzen und damit eine Verbindung zu seinem eigenen Körper herstellen. In der Therapie wird es versuchen, den Therapeuten, das Setting zu zerstören in der unbewussten Hoffnung, eine Erfahrung zu machen, dass beides bestehen bleibt. Wenn der Therapeut dafür sorgt, dass er, dass das Setting erhalten bleibt, kann das Kind erleben, dass ein Behälter, auch der eigene Körper nicht zerstört wird, wenn es aggressiv ist, wenn es ausscheidet, was heraus muss.

Fallbeispiel für primäre Enkopresis

Der 5; 1 Jahre alte Kai wurde wegen heftiger Wut- und Trotzattacken gegenüber der Kindesmutter und seiner 2; 4 Jahre älteren (zwerghüchsig) Schwester und einer primären Enuresis (diurna) vorgestellt. Der Patient wurde – wie die Schwester – als ein sehr trennungsängstliches Kind beschrieben. In den Vorgesprächen stellte sich heraus, dass bei Kai eine seit acht Monaten bestehende Enkopresis (mehrmals täglich, meist zuhause) festzustellen war, die sich durch den Konsiliarbericht als eine primäre Enkopresis erwies. Offenbar hatten Menge und Häufigkeit so zugenommen, dass die Kindeseltern auf die bestehende Symptomatik überhaupt erst aufmerksam geworden waren. Seit acht Monaten war die Mutter krankgeschrieben, ein Verlust ihres Arbeitsplatzes drohte. Die Mutter, eine kleine kräftige Frau mit anfangs eingefrorener Mimik und eingeschränkter Gestik, beschrieb, wie sehr Kai sie provoziere und wütend mache: Sie reagiere lauter und heftiger als beabsichtigt – die Therapeutin konnte spüren, dass ein Kontrollverlust drohte und die Mutter selbst Hilfe und Unterstützung brauchte. Beide Eltern sind trockene Alkoholiker – die Mutter ist »trocken«, seit der Patient 1; 6 Jahre alt ist – der Vater erst seit zwei Jahren. Dem Entzug der Mutter vorangegangen war ein Krankenhausaufenthalt mit Operation nach bedrohlicher Erkrankung (Magendurchbruch), als der Patient 1; 3 Jahre alt war. Ein Kindesentzug drohte und führte zum Entzug bzw. zur Therapie der Mutter und zur Trennung der Eltern. Die Mutter hinterließ in der Therapeutin eine große Leere, ein Vakuum: alle Geräusche schienen um sie herum zu verstummen. Der Vater wirkte ebenfalls bedürftig und zudem sehr schwach und gefährdet, die Therapeutin selbst fühlte Schwindel – so als hätte sie getrunken.

Wie ist die Symptomatik des primären Einkotens hier psychodynamisch zu verstehen?

Der Patient hat in seiner frühen Situation wenig tragende und verlässliche Erfahrungen machen können, die primären Objekte waren innerlich wenig verfügbar. Der Vater war zudem äußerlich abwesend (trinkend und verwahrlost). Die Entwicklung der frühen infantilen Triebstruktur (z. B. Affektregulierung, Lust-/Unlustregulierung, motorische Einschränkungen, Sprachentwicklung) und des Selbstwertsystems (Befriedigung oral-narzisstischer Bedürfnisse) erfahren eine Beeinträchtigung. Auf den Patienten treffen, eher als auf die Schwester, ungeschützt die Gefühle von Wut und Ablehnung durch die Mutter, die den wenig verlässlichen und enttäuschenden Männern (besonders dem eigenen Vater) gelten. Bisher konnte die Mutter ihre Ausstoßungsimpulse (bzw. aggressive Vernichtungsimpulse) zugunsten von Libido zurückhalten. Trotzige Selbstbehauptung ist für Kai gegenüber den von Sucht betroffenen Eltern nur schwer möglich, das »Nein« könnte zum Verlust des Objektes führen. Dennoch wagt der Patient das »Nein«, den Trotz. Das Einkoten kann einerseits gesehen und verstanden werden als Verstärkung der aggressiven Strebungen (das wütende Anschießen), andererseits kann es für die drohende Angst stehen, das Objekt zu verlieren (vor Angst in die Hose schießen). Sein Symptom ermöglicht es dem Patienten, ein Baby zu bleiben und sich so die körperliche Zuwendung der Mutter zu holen. Sie verfügt über seinen Körper, wenn sie ihn sauber macht, weil sie fürchtet, er könnte alles verschmieren. Er kann jedoch mit seinem Symptom ebenso die Mutter beherrschen (im Sinne der von Abraham beschriebenen zweiten analadistischen Phase). In der Folge treffen auf ihn Abneigung und Aggression der Mutter, die sich ekelt und viel Wut entwickelt (sadomasochistische Verflechtung). Ein Teil dieser Gefühle ist gegen sie selbst gerichtet und wird von ihr auf den Patienten verschoben. Ebenso kann daran gedacht werden, dass der Patient mit dem verwahrlosten frühen Vater identifiziert bleibt. Die emotionale Situation der Mutter hat sich durch die Krankschreibung (möglicher Verlust des Arbeitsplatzes) verschlechtert und verschärft, Wut und Depression haben infolge der Erkrankung zugenommen. Sie ist durch eine rheumatisch bedingte Erkrankung bewegungseingeschränkt, hat viele Schmerzen im rechten Oberarm – eine Operation ist notwendig. Der Patient befürchtet die Gefahr eines erneuten Objektverlustes. Unter diesem Gesichtspunkt stellt die Symptomatik den Versuch dar, die Mutter und sich selbst zu retten bzw. den drohenden Selbst- und Objektverlust zu verhindern. Trotz der ungünstigen frühen Situation war die Versorgung der Kinder immer gesichert. Die Eltern erlebt die Therapeutin zwar bemüht, aber gleichzeitig als sehr eingeschränkt in ihrer Möglichkeit, sich in die innere Welt des Kindes einzufühlen. Alle kindlichen Gefühle, besonders die archaischen und somit heftigen, bedrohen die fragile innere Balance aufgrund instabiler Ich-Strukturen

und der ständig drohenden Regressionsgefahr. Zwischen der Trennungsängstlichkeit von Kai und der frühen Bedrohung durch Objektverlust (Alkohol und Operation) können beide Eltern lange keine Verbindung sehen.

Kai ist ein Kind, das im ersten Kontakt Abneigung, fast Ekel hervorruft. Er ist schmutzig gekleidet, die Windel bildet sich in der Jogginghose ab. Er wirkt wie ein kleines Kind, seine Sprache ist verwaschen, so »unsauber« wie seine Kleidung. Wird mit ihm gesprochen? Das Lallende des Trinkers – geht der Therapeutin später durch den Kopf. Beschämend für die Therapeutin, die sich in ihrer spontanen Abwertung wie ertappt fühlt, sagt er zum Abschied der ersten Begegnung, sich selbst im Spiegel betrachtend: »Niemand soll mehr sagen, dass ich hässlich bin!« In der beginnenden Therapie toleriert er zunächst kaum die Trennung von der Mutter (sie soll im Zimmer sein) – auf der anderen Seite scheint er ihr entkommen zu wollen, indem er sich in die Beziehung zu einem Dritten (Therapeutin) »schmeißt«. Zwischen zu viel und zu wenig pendelt er, unreguliert, hin und her. In den projektiven Tests kann er sich nicht spontan und phantasievoll äußern, so »als könnte alles, was der Kai denkt, vielleicht wirklich geschehen«, deutet die Therapeutin. Er ist auf der Ebene eines Zwei- bis Dreijährigen dabei, den Dingen einen Namen zu geben, wenn er die Spielzeugtiere sortiert: in Große und Kleine, in Familien- und nach Geschlechtszugehörigkeit. Das Entleeren der Playmobil-Mülltonnen macht ihm großen Spaß. In einer Form von »symbolischer Gleichsetzung« (Äquivalenzmodus) »spielt« er, was er konkret tut. Spielen kann er (noch) nicht, weil das Symbolisieren, das Als-Ob, ihm Angst macht. Er wird aufmerksam und wach, als die Therapeutin anspricht, dass es Gründe für sein Einkoten und Einnässen geben wird und sie dies gern mit ihm zusammen herausfinden möchte. Steht zu Beginn der Behandlung im Vordergrund, das Tun des Patienten zu benennen, ihn zu sehen und zu spiegeln, ist es später möglich, dem Tun einen Sinn zu geben – zu deuten. Bis dahin ist es ein weiter Weg. Im Therapieverlauf differenzieren sich (ohne Logopädie) die Laute, sehr schnell lernt Kai in der ersten Klasse das Schreiben. In den Therapiestunden spielt er symbolisch; großen Spaß macht es ihm, Briefe an die Therapeutin zu schreiben. In den Briefen geht es thematisch um die Beschreibung dessen, was in seinem Innenraum geschieht, um die Affekte, die er wahrnimmt und beschreibt – also um das Mentalisieren. Ist es anfangs ein Beschreiben seiner Trennungsangst, geht es später um zunächst vorsichtig formulierte Trennungsaggression, die immer deutlicher wird: »Ich kann jetzt nicht mehr kommen, weil ich mich mit Freunden treffen muss/etwas zu Hause tun will.« Das schönste Geschenk macht Kai der Therapeutin in einer der letzten Stunden in Form einer Geschichte: »Es war einmal ein Baum, der war so hässlich, dass alle sich ekelten und fast umfielen. Da kam die (Name der Therapeutin) und goss den Baum. Der wurde dann schön und fruchtig und alle freuten sich.«

Offensichtlich profitiert die Mutter sehr von ihrer Anwesenheit im Wartezimmer, von dem, was sie durch die Tür mitbekommt und hört, was sie sich in der Wartezeit denkt. Später schreibt auch sie der Therapeutin Briefe, in denen sie mitteilt, was geschehen ist oder Kai möglicherweise beunruhigt hat. Sie kann sich nunmehr vorstellen, dass er ein Inneres hat, was von ihrem verschieden ist.

7.2.2 Zur therapeutischen Arbeit bei sekundärer Enkopresis

Bei der sekundären Enkopresis hat das Kind einen wichtigen Entwicklungsschritt bereits getan, der neue Entwicklungsschritt scheint zu ängstigen oder das Kind befindet sich im Zweifel, ob das Voranschreiten in der psychosexuellen Entwicklung mehr Vor- oder Nachteile bringt. Häufigste Konflikte dieser Phase betreffen das Trieberleben: anal aggressives Erleben um Selbstbehauptung, Geltung und Macht (Ermann, 2007, S. 110). Es kann sich hier ein Konflikt auf *höherem Strukturniveau* herausbilden, bei dem die Abwehr durch Verdrängung erfolgt, die Regression als zweiter Abwehrschritt zu verstehen ist (ebd., S. 113). Unter dem Druck des Ödipuskonfliktes kann es zur Regression kommen, wie es auch im späteren Leben unter schweren Belastungen zum regressiven Verlust von Ich-Funktionen kommen kann.

Die Aufgaben und Konflikte des Ich auf *mittlerem Strukturniveau* lassen sich als Ringen um Autonomie und dem regressiven Sog in die Abhängigkeit beschreiben (ebd., S. 100ff.). Die Ich-Reife ist noch labil, eine phasengerechte Erziehung wirkt sich stützend auf das labile Ich aus. Wenn diese nicht erfolgt, kann es zu einer depressiven oder narzisstischen Verarbeitung des Autonomiekonflikts und der Angstabwehr kommen. So kann es verlockender sein, klein und versorgt zu sein, als autonom in der Entwicklung voranzuschreiten. Für das therapeutische Vorgehen heißt das, dem Kind die Konflikte zu deuten, die der neue Entwicklungsschritt mit sich bringt. Die Eltern sollten therapeutisch ermutigt werden, das Kind mehr zu frustrieren, anstatt es wie ein Kleinkind zu behandeln und anzusehen. Bei der Suche nach der auslösenden Situation zeigt sich oft, dass eine Belastung, die für das Kind nicht zu bewältigen war, zur Regression führt. Geburt eines Geschwisters, Trennung der Eltern, aber auch tatsächliche/drohende Verluste (Verlust des Arbeitsplatzes, Umzug, Tod, Abort) können zur Symptomatik führen. Bei getrennt lebenden Eltern kann eine Veränderung in der Umgangsregelung zur Bewältigung der Krise und zum Aufgeben der Symptomatik führen, weil das Kind erlebt, dass die Eltern trotz der Trennung Eltern bleiben und sich gemeinsam einen haltgebenden Rahmen setzen.

Fallbeispiel für sekundäre Enkopresis

Der 8-jährige Ole wurde wegen depressiver Verstimmungen und Trennungsängstlichkeit von der Kindesmutter angemeldet. Über eine sekundäre Enkopresis wur-

de wie nebenbei gesprochen; als auslösend dafür eine Belastungssituation genannt: Seit der Trennung der Eltern vor drei Jahren kote Ole ein (der Vater nennt das in Schamabwehr »Rallyestreifen«). Mit drei Jahren sei er sauber gewesen. Bei der Erhebung der Familiengese wird deutlich, dass beide Eltern in ihrer Kindheit plötzliche und sie überwältigende Trennungen erlebt hatten. Der Vater habe mit acht Jahren einen unerwarteten Umzug mitmachen müssen (andere Stadt, Verlust von Freunden, altersunangemessen engere Bindung an seine Mutter). Die Mutter sei, 15-jährig, von ihrer Mutter verlassen worden. Nach der plötzlichen Trennung der Eltern habe sie beim Vater bleiben müssen. Die Eltern hätten sich jung kennengelernt, sich mehrfach getrennt. Vorherrschende Beziehungsmodi sind Rückzug aus Kränkung und/oder Rache und Vergeltung. Weil sie sich in die Erzieherin ihrer Söhne verliebt habe, hätte sie ihren Mann plötzlich verlassen. Als der Vater eine andere Frau (mit zwei Töchtern) kennenlernt und rasch mit ihr ein Kind zeugt, sei dies eine schwere Kränkung für die Mutter gewesen.

Wie ist die Symptomatik des Einkotens hier psychodynamisch zu verstehen?

Für den Patienten stellt sich nach all der Verwirrung unbewusst die Frage, ob Mädchen/Frauen begehrenswerter als Jungen/Männer sind. Oles emotionaler Rückzug löst in der Mutter Ängste aus, verlassen zu werden, was sie zuvor verschiedene Male erlebte. Beim Vater werden Erinnerungen an seine Kindheit geweckt, besonders an die ambivalent erlebte Abhängigkeit von seiner Mutter. Ole soll sich trennen (Auftrag des Vaters) und darf sich nicht trennen (Auftrag der Mutter). Er muss beiden Eltern gleichermaßen treu sein und soll für diese entscheiden, was sie selbst zu vermeiden suchen: er soll bestimmen, bei wem er leben will. Alle Aufträge sind zu groß für ihn, »es« muss sozusagen in die Hose gehen. Die Enkopresis wird zum Kompromiss zwischen den gegensätzlichen Forderungen: Ole hält den Kot ein (d. h.: er trennt sich nicht) – es kommt zur Überlaufreaktion (d. h. er trennt sich). Eine altersgerechte Autonomieentwicklung und aggressive Selbstbehauptung fallen ihm auf der Basis seiner Trennungserfahrungen schwer, der Loyalitätskonflikt ist nicht lösbar, wird somatisch und depressiv verarbeitet.

In der Übertragung kommt es gleich zu Beginn zur Inszenierung (Wiederholung) des interpersonellen Konflikts. Ole überprüft die Eltern, ob diese bei der Therapieabsicht bleiben. Die Therapeutin prüft er, ob er sich einlassen darf. In den ersten 50 Stunden seiner Therapie schließt er sie von seinem Spiel am Sandkasten völlig aus, lässt zwei unterschiedliche Banden/Gruppen gegeneinander kämpfen. Mal gewinnen die Bösen, mal die Guten. Nur wenig darf die Therapeutin sprechen, Oles Abwehrpanzer durchdringen. So denkt sie darüber nach, wie schwer der Ausgang des Kampfes vorherzubestimmen ist, wie sehr beide Banden alles versuchen, den Kampf zu gewinnen, und wie schwer es deshalb ist, für die einen oder die anderen zu stimmen. Alle Deutungen beziehen sich zu diesem Zeitpunkt

ganz bewusst auf das Spiel selbst, eine Beziehung zu seinem Loyalitätskonflikt wird bewusst nicht hergestellt. In der folgenden Phase (50.- 90. Stunde) geht Ole in den Konflikt mit der Therapeutin, lotet ihre Grenzen aus. So kommt er zu früh und spielt mit dem Ende der Stunde, das er hinauszuzögern sucht (wie den Kot). Er verlässt den Raum, um die Toilette aufzusuchen, die er verdreht zurücklässt. Es kann ihm jetzt direkt (auf der Beziehungsebene) gedeutet werden, dass er versucht, die Therapeutin vor seinem Ärger zu schützen, ihn lieber ins Klo spült (ungeschehen macht), als die Beziehung zu schädigen. Zu Hause (man könnte sagen »hinten herum«) erzählt er – überwiegend der Mutter –, dass er nicht zur Therapie will. Auch ihre Grenzen testet er aus. In den Stunden versteckt er »Diamanten« in einer Sandpyramide. Die Therapeutin kann deuten, dass er seine inneren Schätze vor ihr zu verbergen sucht. Dass es wichtig für einen Jungen ist, Geheimnisse zu haben, etwas zu behalten und nicht einfach herzugeben (analog zum Kot). Am Ende der 115 Stunden umfassenden Behandlung geht es um einen aggressiv-analen Machtkampf. Ole will die Therapeutin besiegen, sie unterwerfen. Er beschwört dazu die Würfel, damit sie ihm helfen, zu siegen. Er schreibt minutiös die Punkte auf – verliert er, lässt er den Zettel auf dem Tisch liegen. Negatives/das Böse: das Verlieren wird wie der Kot aus dem Körper ausgeschieden. Der unerträgliche Affekt wird entsorgt. Positives/das Gute: das Gewinnen wird in der Kiste – symbolisch der Körper – wie der Kot festgehalten, aus Angst, das Gute könnte sonst verlorengehen. Diente das Spiel zunächst als Abwehr von Depression, wird es zunehmend lebendiger. Die Spiele des Anfangs können nun integriert werden: Wer ist der Gute? Wer der Böse? Darf man mit allen Mitteln um seinen Sieg kämpfen?

In Oles innerer Welt trägt er die Schuld an der Trennung der Eltern, weil er sich zu anspruchsvoll und fordernd fühlt. Zuhause kann er sich nun streiten, sich behaupten, weil er in der Übertragung erfahren hat, dass die Therapeutin seine Angriffe überlebt. Er kommt zu einer neuen Bewertung über den Anlass der Trennung der Eltern: »Bloß wegen eines Streits« hätten die sich getrennt. Nach dem Ende seiner Therapie trifft die Therapeutin Ole zufällig vor dem Schaufenster eines großen Autohauses: Sie versonnen anlächelnd, schaut er sich die ausgestellten Rennautos an– er ist in seiner Autonomie vorangeschritten, die »Rallyestreifen« sind aus der Hose verschwunden.

7.2.3 Zur therapeutischen Arbeit bei Toilettenverweigerungssyndrom

Beim Toilettenverweigerungssyndrom ist es die Aufgabe der Therapeutin, unverdaubare Affekte aufzunehmen und bei der Umwandlung, Verdauung, behilflich zu sein sowie Nicht-Wissen und Nicht-Können auszuhalten. Mit zunehmender Fähigkeit des Patienten, Trennung und bedrohliche Affekte und Gefühle zu ertragen und im Als-ob-Modus zu spielen, kann sich die Symptomatik auflösen.

Die Eltern des 3½-jährigen Arved suchten um ein Beratungsgespräch nach, weil ihr Sohn vor Bauchschmerzen weine, es aber vermeide, zur Toilette zu gehen. Dies sei so, seit er einmal seine »Wurst« in der Toilettenschüssel gesehen habe. Durch das Einhalten, was er eine Woche durchhalte, bekomme er zunehmend Verstopfungen. Diese versuchten sie, durch Milchzuckergabe und »in der Not« auch mittels Klistiergabe aufzulösen. Letztlich würden sie ihn dann immer aufs Klo zwingen. Die Wochenenden, die sie als besonders schlimm erlebten, seien mittlerweile ein Horror. Nach sechs Beratungsterminen, bei denen beide Elternteile und Arved anwesend waren, entspannte sich die Lage, Arved ging freiwillig zur Toilette. Ein halbes Jahr später meldete sich die Mutter, die mittlerweile ein Mädchen per Sectio entbunden hatte, erneut bei der Therapeutin. Arved wolle seit Januar wieder nicht zur Toilette, leide an Obstipation. Nach einem weiteren Gespräch mit den Eltern, bei dem Arved und das Baby dabei waren, klang die Symptomatik wiederum ab. Eine therapeutische Behandlung, die die Therapeutin ansprach und empfahl, hielten die Eltern für nicht notwendig. Im August meldeten sie sich erneut und beschlossen, dass Arved eine Therapie machen solle, die dann über zwei Jahre andauerte. Im Anamnesegespräch erfuhr die Therapeutin, dass Arved per ICSI gezeugt wurde (Intracytoplasmatische Spermieninjektion: das Spermium wird dabei außerhalb des mütterlichen Körpers direkt in die Eizelle gebracht und danach als mehrzelliges Embryo in die Gebärmutter eingesetzt). Dieser Eingriff musste dreimal wiederholt werden, bis sich der Fötus erfolgreich im Uterus einnistete.

Die außerhalb des Körpers stattgefundenen, mit Technik unterstützte Zeugung findet eine Art Wiederholung in der Nutzung des Klistiers, um einen körperlichen Vorgang in Bewegung zu setzen. Die mit der Obstipation einhergehenden Schmerzen von Arved ließen die Therapeutin an die Angst der Mutter denken, die diese vor jedem Toilettengang litten, als sie schwanger war und einen Abort fürchtete. Der Fötus will bewahrt sein, ebenso will der Patient seinen Körperinhalt bewahren. Nach de Senarclens ist anzunehmen, dass sich Arved bereits »jenseits der Trennlinie von Narzissmus und Objektliebe« (de Senarclens, 2004) auf reiferem Niveau befindet und das »gute Objekt« in Identifikation festhalten will. Allerdings wird in der Folge dieses Festhaltens das gute Objekt zum verfolgenden, das dann von außen gewaltsam entrissen wird. Bemerkenswert ist, dass die Eltern erstmals um Beratung nachsuchten, als die Mutter gerade ca. einen Monat mit dem auch per ICSI gezeugten zweiten Kind schwanger gewesen sein muss. Auch Arved schien beim Defäzieren das Gefühl zu haben, selbst verloren zu gehen bzw. einen Schatz, die guten inneren Objekte, die Kontrolle über sich und andere zu verlieren. Das Herausholen der Faeces mittels Klistier verstärkt das Gefühl der Ohnmacht, die immer auch mit aggressiven Gefühlen den Eltern gegenüber einhergeht.

Arveds bestehende Aggressionshemmung zeigte sich in den Therapiestunden in seinem fast zwanghaften Verschieben von Autos, die er immer wieder in Reihe auf dem Tisch der Therapeutin aufbaute. Wie stark musste es in ihm brodeln, dass er sich äußerlich so zwanghaft kontrollierte? Wie wütend musste er auf seine Eltern sein, die immer ängstlich über seine Schritte wachten, auf die Mutter die seines Erachtens das Baby ihm vorzog, auf den Vater, der ihm oft mit abschätzigen Bemerkungen begegnete? Arved hielt alles zurück: Wut, Kot, Motorik und Sprache. Die Therapeutin hatte die Aufgabe, bei der Metabolisierung dieser Gefühle behilflich zu sein, also eine Container-contained-Funktion zu übernehmen und auch für eine Decodierung des körperlichen Symptoms zu sorgen. Der Körper hatte das Nein übernommen, das Arved nicht in die Sprache bringen wollte/konnte. Als die Dekodierung des Symptoms in der Therapie sichtbar werden durfte – das auf den Körper verschobene Ja – Nein, Festhalten – Ausstoßen –, konnte er auf das Symptom verzichten. Dies wurde »hörbarer«, als er sich traute, im Therapieraum statt zu flüstern, normal laut zu sprechen und zu spielen. Ein Wagnis für ihn war es, überhaupt die Wildtierfiguren (Löwen, Krokodil) aus dem Regal zu nehmen. Aufgabe der Therapeutin war es, die unverdaubaren Affekte aufzunehmen und bei der Umwandlung, Verdauung behilflich zu sein sowie ein Nicht-Wissen und Nicht-Können auszuhalten. So konnte Arved es im weiteren Verlauf sogar wagen, Wildtierfiguren (Löwen, Krokodil) aus dem Regal zu nehmen und mit ihnen zu spielen. Mit zunehmender Fähigkeit, Trennungen, bedrohliche Affekte und Gefühle zu ertragen und im Als-ob-Modus zu spielen, nahm die Symptomatik ab und war zum Ende der Therapie verschwunden. Diese Entwicklung geschah analog zur Über-Ich-Lockerung der Eltern, welche in den Elterngesprächen deutlich wurde.

8. Fazit

Vordringliche Aufgabe der Therapie eines Kindes mit Verdauungsstörung/Enkopresis ist es, eine klare Struktur zu schaffen/beizubehalten sowie gegebenenfalls die Lösung bzw. Auflösung der schwierigen Ambivalenz zwischen Bewahren und Ausstoßung zu ermöglichen.

9. Literatur

- Abraham, K. (1982): *Gesammelte Schriften, Band 1 und 2*, Frankfurt a. M. (Fischer).
- Adler, R. H./Herrmann, J. M. u. a. (2008): In: Thore v. Uexküll: *Psychosomatische Medizin*. München (Urban und Fischer), 6. Aufl.
- Bemporad, J. R./Pfeifer, C. M./Gibbs, L./Cortner, R. H./Blomm, W. (1971): Characteristics of encopretic patients and their Families. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 10: 272ff.
- Binet, A. (1979): Zur Genese von Störungen der Sphinkterkontrolle. *Psyche*, 33/1979, 1114-1126.
- Bion, W. R. (1992): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).
- Von Brisinski, I. S./Lüttger, F.: Familientherapie bei Enkopresis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2007, 56/6, S. 549-564.
- Bürgin, D. (1993): *Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart (Gustav Fischer)
- Dilling, H./Freyberger, H. J. (1999): *Taschenführer zur ICD-10*. Bern (Huber).
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie u. a. (Hrsg.) (2007): *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln (Deutscher Ärzte-Verlag), 3. Überarb. Aufl.
- Dührssen, A. (1954): *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen, (Vandenhoeck & Ruprecht), 15. Aufl. 1992.
- Düwell, H. (2005): Von der Somatisierung zur Verbalisierung. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. Heft 127, XXXVI. Jg., 3/2005, S. 393-416.
- Elias, N. (1977): *Über den Prozeß der Zivilisation. Zweiter Band. Wandlungen der Gesellschaft*. Baden-Baden (Suhrkamp), 3. Aufl.
- Elias, N. (1978): *Über den Prozeß der Zivilisation. Erster Band. Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes*. Baden-Baden (Suhrkamp), 5. Aufl.
- Ermann, M. (2007): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Stuttgart (Kohlhammer), überarb. Aufl.
- Fonagy, P./Gergely, G./Jurist, E. L./Target, M. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Fraiberg, S./Adelson, E./Shapiro, V. (2003): Gespenster im Kinderzimmer. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. Heft 120, XXXIV. Jg., 4/2003, S. 465-504.
- Freud, S. (1909, 1914, 1918): Zwei Kinderneurosen. *Studienausgabe Bd. V*. Frankfurt a. M. (Fischer) 2000.
- Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *Studienausgabe Bd. V*. Frankfurt a. M. (Fischer) 2000.
- Freud, S. (1908): Charakter und Analerotik. *Studienausgabe Bd. VII*. Frankfurt a. M. (Fischer) 2000.
- Green, A. (1993): Die tote Mutter. *Psyche*. Heft 3/1993, S. 205-240.
- Grieser, J. (2008): Die psychosomatische Triangulierung. *Forum der Psychoanalyse*, S. 125-146.
- Haug-Schnabel, G.: Enuresis und Enkopresis – Ventile des Körpers. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. Heft 129, XXXVII. Jg., 1/2006, S. 49-60.

- Hoffmann, S. O./Hochapfel, G. (1995): *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*, Stuttgart (Schattauer), 5. erw. Aufl.
- Kapfhammer, H.-P. (1995): *Entwicklung der Emotionalität*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Heinemann, E./Hopf, H. (2001): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend*, Stuttgart (Kohlhammer).
- Krisch, K. (1985): *Enkopresis. Ursache und Behandlung des Einkotens*. Bern (Huber).
- Lang-Langer, E. (2007): Primäres und sekundäres Einkoten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2007, 56/6, S. 520-534.
- Lang-Langer, E. (2005): Primäres Einkoten. Ein Fallbericht. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. Heft 127, XXXVI. Jg., 3/2005 S. 371-391.
- Mahler, M. (1992): *Studien über die drei ersten Lebensjahre*. Frankfurt a. M. (Fischer).
- Loch, W. (1989): *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. Stuttgart (Hirzel).
- Otalawura, M. (1973): Enopresis: A review of thirty-two cases. *Acta Paediatr Scand* 62:358.
- Rudolf, G. (2004): *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart (Schattauer).
- Schmid-Boß, S. (2005): Enuresis und Enkopresis – eine Übersicht. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. Heft 127, XXXVI. Jg., 3/2005, S. 311-348.
- diess. unter Mitarbeit von Kunze, B. (2007): Enuresis und Enkopresis. In: Hopf, H./Windaus, E.: *Lehrbuch der Psychotherapie* Bd. 5, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, S. 385-401, München (CIP-Medien)
- De Senarclens, B. (2004): Zur Aktualität der Analität bei Grenzfällen. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*. Jg. XIX, S. 13-45.
- Steinhausen, H. C. (1985): Enkopresis. In: Remschmidt, H., Schmidt, M. H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*. Bd. III, S. 96-101, Stuttgart (Thieme).
- Steinmüller, A./Steinhausen, H. C. (1990): Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*. Bd. 39 (3), S. 74-79.
- Von Gontard, A. (2004): *Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Von Gontard, A.: Enkopresis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2007/56, 6, S. 492-510.
- Wille, A. (1984): *Die Enkopresis im Kindes- und Jugendalter*. Berlin (Springer).
- Winnicott, D. W. (1992): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart (Klett-Cotta).

Monika Büse-Kastner, Dortmund Str. 6, 10555 Berlin-Tiergarten, Deutschland
Klaus Dillhoff, Hildegardstr. 24, 10715 Berlin, Deutschland
Ulrike Held, Meistersingerstr. 1, 14471 Potsdam, Deutschland