

Krisch, Karl

Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 4, S. 117-124

urn:nbn:de:bsz-psydok-27919

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

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

INHALT

Aus Praxis und Forschung

F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour)	124
G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics)	163
G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms)	79
G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program)	95
A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ)	47
R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children)	203
W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ...	51
H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants)	213
W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers)	55
R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment)	182
G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families)	90
F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy)	37
B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide)	218
F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History)	292
K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”)	42
K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention)	117

F. Matthejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasie Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics)	83
W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path)	298
J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses)	115
T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling)	286
H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa)	243
H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare)	8
U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities)	271
A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania)	169
A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child)	1
H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children)	63
V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders)	252
G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa)	247
L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crises in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications)	278
B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter)	175

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress)	70
P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children)	264
R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally	

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schilhaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schilhauptschule") 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinderheimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppenarbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungs- stelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht erkrankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Erzieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechen- land — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familien- dynamik 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ich- bildung 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, 269, 317

Aus der Heilpädagogischen Station des Landes Niederösterreich
(Leiter: Wirkl. Hofrat Dr. med. E. Schmuttermeyer)

Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltensthera- peutischen Intervention

Von Karl Krisch

Zusammenfassung

Diese Arbeit berichtet über die simultane stationäre Therapie dreier enkopretischer Knaben mit Hilfe eines Token-Programmes. Die Patienten wurden in der ersten Behandlungsphase nur für adäquate Entleerungsreaktionen verstärkt, im zweiten Abschnitt der Therapie gab es dagegen Belohnungen, wenn die Kinder eine Woche lang nicht eingekotet hatten. Aversive Prozeduren wurden nicht verwendet. Die Behandlungsergebnisse waren günstig, konnten aber nicht vollständig befriedigen. Potentielle Ursachen für diesen Umstand werden deshalb ebenso wie einige interessante

Phänomene, die sich während der therapeutischen Intervention ergaben, ausführlich beschrieben und diskutiert.

Psychogenes Einkoten ist ein relativ seltenes Symptom: Unter unausgelesenen Schulkindern findet es sich mit einer Häufigkeit von etwa 1,5% (Bellman, 1966; Frederking, 1975), und in der Population pädopsychiatrischer Patienten beträgt seine Rate rund um 5% (Keilbach, 1977; Olatawura, 1973; Wagerer, 1977). Es dürfte deshalb nicht allzu oft vorkommen, daß in einer Station für verhaltensgestörte Kinder mehrere Enkopretiker gleichzeitig und nach demsel-

ben Programm, also unter weitgehend identischen äußeren Bedingungen behandelt werden – so wie das bei den drei einkotenden Knaben, deren Vorgeschichte und Therapie im weiteren beschrieben werden soll, der Fall war.

Die Patienten

Harald ist bei Beginn der Behandlung 9;6 Jahre alt. Er lebt ebenso wie seine Schwester, die nur wenig mehr als ein Jahr vor ihm geboren wurde, bei der Mutter, einer eher stillen, einfachen Frau, welche in einer großen Fabrik Hilfsarbeit verrichtet. Der Vater der beiden Kinder starb an den Folgen eines Verkehrsunfalles, als Harald noch im Babyalter war. Seither hat die Mutter einen Lebensgefährten, der sich erzieherisch wenig bemerkbar machen, dafür aber sehr dem Alkohol zusprechen dürfte, außerdem oft über Monate hinweg arbeitslos ist und so zu den Spannungen und den finanziellen Schwierigkeiten in der Familie wesentlich beiträgt.

Harald selbst scheint für seine Mutter schon von jeher ein Problem gewesen zu sein. Während der Schwangerschaft mit ihm mußte sie sich nämlich einer Injektionskur unterziehen, danach erfolgte eine Sturzgeburt, im Alter von vier Wochen wurde an dem Kind eine Pylorotomie vorgenommen, schließlich war seine frühkindliche Entwicklung deutlich verzögert, und besonders die Erziehung zur Reinlichkeit zeitigte keinerlei Erfolge. Der Knabe wurde dann verspätet eingeschult, da er wegen seiner allgemeinen Unreife zunächst für ein Jahr vom Unterricht zurückgestellt worden war. Seine Schwierigkeiten haben aber, seit er nun die Schule besucht, weiterhin zugenommen. Zwar sistierte die primäre Enuresis während eines früheren kurzzeitigen Stationsaufenthaltes, das Einkoten besteht aber nach wie vor, und zudem kommt es besonders während des Unterrichtes immer wieder zu heftigen Wutanfällen, in denen Harald wie am Spieß brüllt, wild um sich schlägt, unflätig schimpft und Dinge zerstört. Seine Klassenkameraden nennen ihn deshalb nur mehr „Stinkbombe“ und charakterisieren seine Hauptsymptomatik damit intuitiv auf eine in jeder Hinsicht sehr „treffende“ Weise.

In den Untersuchungen an der Station erweist sich Harald als graziöses, neuropathisch stigmatisiertes Kind mit einer insgesamt durchschnittlichen, jedoch äußerst uneinheitlichen intellektuellen Begabung (HAWIK-IQ: 108; VIQ: 89, HIQ: 127). Eine leichte frühkindliche Hirnschädigung kann mit einiger Sicherheit diagnostiziert werden, wie weit sie an der Symptomatik beteiligt ist, läßt sich allerdings nicht eindeutig abklären. Auf sein Einkoten hin angesprochen erklärt Harald jedenfalls, daß er manches Mal, und zwar vor allem während interessanter Spiele, ganz einfach zu faul dazu sei, auf die Toilette zu gehen, öfters verspüre er auch keinen Stuhldrang. Vor dem Klo selbst oder gar vor dem Defäkieren fürchte er sich aber bestimmt nicht. Andere Bedingungen, die das Einkoten determinieren, können nicht mehr eruiert werden. So wird der Knabe fürs erste von einer Beschäftigungstherapeutin betreut, was allerdings, wie sich bald herausstellt, weder auf die Enkopresis noch auf die Wutanfälle einen nachhaltigen Einfluß hat.

Der zweite Patient, der 9;8jährige Günter, wurde außer-ehelich geboren. Seine Mutter, eine Kindergartenhelferin,

hatte zu dieser Zeit bereits eine gescheiterte Ehe hinter sich, aus der zwei Töchter hervorgegangen waren. Der Vater des Knaben, von Beruf Vertreter, war damals verheiratet, versprach der Mutter seines Sohnes aber dennoch, er würde sie später, sobald er wieder frei wäre, zur Frau nehmen. Eine solche Verbindung kam allerdings, obwohl inzwischen möglich, nie zustande. So wurde Günter von seiner Mutter und den beiden mittlerweile schon erwachsenen Halbschwestern erzogen und dabei einerseits verwöhnt und andererseits vernachlässigt. Zu seinem Vater hat das Kind nur eher lose Besuchskontakte.

Günter kam nach einer kompliziert verlaufenen Schwangerschaft vierzehn Tage vor dem errechneten Termin zur Welt (Geburtsgewicht weniger als 2500 g). Seine frühkindliche Entwicklung gestaltete sich dann aber trotzdem unauffällig, das Sauberkeitstraining war angeblich bereits am Ende seines zweiten Lebensjahres abgeschlossen. Massive Schwierigkeiten ergaben sich auf jeden Fall erst im Kindergarten und später in der Schule. Günter ist frech, provozierend, anderen Kindern gegenüber aggressiv, er hat mehrere kleine Diebstähle begangen, raucht schon Zigaretten und will vor allem keinerlei Leistungen erbringen. Er mußte deshalb eine Klasse wiederholen und wurde, nachdem entsprechende Lernergebnisse weiterhin ausgeblieben waren, schließlich in die Sonderschule überstellt. Vor mehreren Jahren, der Zeitpunkt läßt sich nicht mehr exakt feststellen, hat er auch wieder begonnen, etwa zwei- bis dreimal pro Woche einzukoten. Die Mutter steht all diesen Problemen mit ihrem Sohn recht ratlos gegenüber und ist deshalb heilfroh, daß sie ihn zur Therapie an der Station abliefern kann.

Im HAWIK wird dem zu kleinen und etwas rundlichen, äußerlich jedoch sehr ansprechenden Knaben ein IQ im Rahmen der Norm, nämlich 108, bestätigt. Das Intelligenzprofil weist allerdings erhebliche Diskrepanzen auf (VIQ: 91, HIQ: 125), und im EEG-Befund ist von einem leichten älteren Residualschaden die Rede. Über das Einkoten will Günter nichts sagen. Dieses Thema ist ihm, der sich nach außen hin oft so ungeniert gibt, äußerst unangenehm. Er versteckt an der Station, wenn „es“ ihm wieder einmal „passiert“ ist, auch häufig seine beschmutzten Unterhosen. Eine nondirektive Spieltherapie, die mit ihm begonnen wird, wirkt sich zwar günstig auf sein Sozialverhalten aus, die Enkopresis bleibt aber unvermindert weiter bestehen.

Gerhard, 11;3 Jahre alt, ist schließlich der dritte Einkoter in der Reihe. Gemeinsam mit seiner älteren Halbschwester, einer außerehelichen Tochter der Mutter, und seiner anderen Schwester, die jünger ist als er, lebt der Knabe bei der Mutter, einer etwas abgehärmten, depressiv wirkenden Friseurin, die aufgrund ihrer Berufstätigkeit für die Kinder nicht allzu viel Zeit aufbringen kann. Der Vater ist in einem anderen, jedoch recht nahegelegenen Ort ansässig, und zwar in jenem Haus, das die Familie bis zur Scheidung der Eltern, die nun etwas mehr als ein Jahr zurückliegt, bewohnt hat. Er ist ein ruhmloser, ziemlich eigenwilliger freischaffender Künstler, der „bürgerliche Werte“ – und vor allem auch Sauberkeit – seit jeher abgelehnt hat. Da er weder bei der Erziehung der Kinder mithalf noch für einen ausreichenden Lebensunterhalt der Familie sorgen konnte, verlief die Ehe schon lange ziemlich unharmonisch. Dazu dürfte nicht

zuletzt auch beigetragen haben, daß der Vater um 29 Jahre älter ist als Gerhards Mutter. Seit der Trennung der Eltern gibt es zwischen den Kindern und ihrem Vater nur mehr unregelmäßige Zusammentreffen.

Gerhards Geburt war – nach einer unauffälligen Schwangerschaft – infolge einer Lageanomalie mit Komplikationen verbunden. Die frühkindliche Entwicklung verlief dann mit Ausnahme der Reinlichkeitsgewöhnung, welche schon im zweiten Lebensjahr gegeben war, etwas verzögert. Mit fünf, als er bereits einige Zeit den Kindergarten besuchte, begann Gerhard, und zwar ohne daß dafür eine äußere Ursache erkennbar gewesen wäre, untertags wieder seine Hose zu beschmutzen und in der Nacht einzunässen. Damals wurde scheinbar auch zum ersten Mal so richtig deutlich, daß das Kind sehr gehemmt, verschlossen und kontaktscheu war. Als Gerhard in die Schule kam, verstärkten sich diese Auffälligkeiten noch. Er wurde deshalb mit zehn Jahren schon einmal vorübergehend stationär behandelt, was mit einem fast vollständigen Sistieren der Enuresis endete. Das Einkoten klang dagegen nur für eine kurze Zeit ab und setzte nach seiner Rückkehr in die Familie mit unverminderter Stärke wieder ein; und die allgemeine Gehemmtheit des Knaben konnte damals fast überhaupt nicht beeinflußt werden.

Bei den neuerlichen Untersuchungen an der Station werden größtenteils nur die früher erhobenen Befunde bestätigt. Gerhard ist ein für sein Alter viel zu kleiner und sehr zarter Knabe, dessen intellektuelle Fähigkeiten im oberen Bereich des Durchschnitts liegen (HAWIK-IQ: 110; VIQ: 108, HIQ: 110). Auch bei ihm finden sich Anzeichen einer minimalen cerebralen Dysfunktion, die allerdings für die Symptomatik weit weniger verantwortlich sein dürfte als der Umstand, daß der sozial wenig potente, schüchterne Enkopretiker in seiner Familie nur dann Zuwendung zu erfahren scheint, wenn die Mutter, wie sie selbst einmal recht bezeichnend gemeint hat, versucht „etwas aus dem Buben herauszubekommen“. Und in dieser Redewendung sind auch schon recht klar die Determinanten von Gerhards neurotischem Verhalten angesprochen. Er selbst sagt zu dem Thema Einkoten noch – und er zeigt sich dabei ganz besonders verlegen –, daß er zumeist gar keinen Defäkationsreiz empfinden würde; Furcht habe er auf der Toilette nicht. So wird das Kind in eine lerntheoretisch orientierte Behandlung aufgenommen, in der es neue soziale Fertigkeiten erwerben und vor allem lernen soll, Gefühle und Bedürfnisse zu äußern und sich etwas besser durchzusetzen. Diese Therapie gründet sich auf die Überlegung, daß Gerhard das Einkoten vielleicht nicht mehr notwendig hat, wenn er sich adäquatere Formen des Kommunizierens aneignen, sich also „besser ausdrücken“ kann als sich, wie bisher, zur Unzeit und in die Hose zu entleeren. Und tatsächlich hört das Einkoten, das zu Hause noch etwa vier- bis fünfmal pro Woche vorgekommen ist, sofort und vollständig auf.

Einige Gemeinsamkeiten zwischen den Kindern

Liest man diese kurzgefaßten Vorgeschichten der drei Patienten aufmerksam durch, dann müssen einige Gemeinsamkeiten, die in ähnlicher Art auch schon in anderen Arbeiten zur Enkopresis beschrieben worden sind, besonders auffallen: Bei allen drei Kindern handelt es sich um die

erstgeborenen, ja sogar um die einzigen Söhne ihrer Mütter (vgl. Hoag et al., 1971), keiner der Knaben ist körperlich altersgemäß entwickelt, und alle drei lassen Anzeichen einer geringgradigen Hirnfunktionsstörung erkennen (vgl. Niedermeyer und Parnitzke, 1963). In jedem Fall erscheint die Mutter durch ihre Aufgaben überlastet und deshalb etwas resigniert-depressiv (vgl. z. T. Bemporad et al., 1971). Die Väter aller drei Patienten sind in der Familie nicht präsent und sie stellen keine positiven Identifikationsfiguren für ihre Söhne dar (vgl. Kadinsky, 1976; Schaengold, 1977). In zwei der Familien gibt es eine akute finanzielle Problematik, in der dritten, der von Günter, dürfte sie, wenn auch nicht so offensichtlich, ebenfalls vorhanden sein (vgl. Keilbach, 1977).

Aus diesen Parallelen sollten allerdings – angesichts der kleinen Stichprobe – keine voreiligen Schlüsse gezogen werden. Zudem mögen die genannten Übereinstimmungen aus verschiedenen ätiologischen Erwägungen zwar recht interessant sein, sie muten aber doch als etwas weniger relevant an, wenn man an eine symptomzentrierte Therapie des Einkotens denkt. Und einen solchen Behandlungsansatz, in dem die Enkopresis direkt und ganz gezielt angegangen werden soll, ins Auge zu fassen, erscheint – bei aller „Symptomtoleranz“ (Winnicott, 1953) – längst notwendig, weil zwei der drei Patienten trotz monatelanger, intensiver therapeutischer Anstrengungen noch immer das tun, wovon besonders die anderen Kinder schon langsam „die Nase voll haben“ – nämlich einkoten.

Planung der verhaltenstherapeutischen Intervention

Beim Entwurf des konkreten Behandlungsprogrammes erweist sich leider gleich der erste Schritt, eine sorgfältige Symptomanalyse, als ziemlich wenig ergiebig. Zwar entsteht in den Gesprächen mit allen Beteiligten der Eindruck, als würden – wie bei Gerhard – auch bei Harald und Günter soziale Verstärker in Form von Zuwendung für das Auftreten des Einkotens verantwortlich sein, ganz klar sind die Determinanten der Stuhlinkontinenz, die erwiesenermaßen psychogen ist, aber bei keinem der zwei hartnäckigeren Einkoter zu erfassen. Deshalb müssen vor allem die bisher publizierten Erfahrungen mit der Enkopresis-Behandlung zur detaillierten Konzeption der Therapie erhalten.

Aus der einschlägigen Literatur geht dabei recht deutlich hervor, daß das Einkoten im allgemeinen durch die Techniken des operanten Konditionierens relativ gut zu beeinflussen ist (vgl. Kuhlen, 1973; Stegat, 1975; Yates, 1970). Unter der Voraussetzung, daß die einzelnen Komponenten eines normalen Toilette-Verhaltens überhaupt im Repertoire der Patienten aufscheinen – eine Bedingung, die unsere Enkopretiker eindeutig erfüllen –, genügt es aus lerntheoretischer Sicht her einfach, signifikante Verstärkungskontingenzen derart zu steuern, daß die Rate adäquater Entleerungsreaktionen soweit als möglich angehoben wird (Ayllon, Simon und Wildman, 1975; Scott, 1977). Der elementarste Ansatz, um dieses Ziel zu erreichen, besteht zunächst gewiß darin, das Defäzieren auf der Toilette konsequent zu belohnen (vgl. Bach und Moylan, 1975; Keehn, 1965; Neale, 1963; Plachetta, 1976; u. a.). Ein solches Vorgehen mutet zwar höchst simpel an, es reicht aber dennoch oft für einen raschen

Behandlungserfolg aus und bringt überdies kaum jemals Komplikationen mit sich. Etwas anders schaut die Sache hingegen schon aus, wenn in einer Therapie vorschnell das Nicht-Einkoten, das Sauber-Bleiben bekräftigt wird. In dem Bestreben, der angekündigten Gratifikation nur ja nicht verlustig zu gehen, beginnen die Kinder dann nämlich mitunter, ihre Unterwäsche, falls sie wieder einmal beschmutzt ist, zu verstecken (*McDonagh*, 1971), oder, was die Enkopresis entscheidend perpetuieren kann, den Stuhl ganz bewußt zurückzuhalten (*Gelber und Meyer*, 1965). Besonders drastische Ausmaße dürften diese unerwünschten Nebenerscheinungen aber natürlich erst in jenem Augenblick annehmen, in dem das Einkoten, das den kleinen Patienten in der Regel ohnehin schon äußerst unangenehm ist, noch zusätzlich bestraft wird – auch wenn das in den Arbeiten, in denen man sich solcher punitiver Methoden bedient hat (*Doleys et al.*, 1977; *Edelman*, 1971; *Ferinden* und *Van Handel*, 1970; usw.) nur selten (wie etwa bei *Barrett*, 1969) zur Sprache kommt. Fundierte ätiologische Vorstellungen, welche die Rolle von Strafmaßnahmen und der daraus resultierenden Angst bei der Genese der Enkopresis herausstreichen (z.B. *Huschka*, 1942; *Neale*, 1963; *Pinkerton*, 1958; *Woodmansey*, 1967), sollten jedoch für sich allein genommen schon genügend dazu mahnen, daß wenigstens in einer Therapie das strenge Ahnden des Einkotens, ein häufiger Fehler ungeduldiger und enttäuschter Eltern, möglichst vermieden, nicht ein weiteres Mal wiederholt wird. Und außerdem sprechen auch prinzipielle ethische Bedenken, die besonders bei der Behandlung unmündiger Kinder niemals ignoriert werden dürfen (*Krisch und Erhard*, 1978), gegen den Einsatz aversiver Techniken.

So enden diese grundsätzlichen Überlegungen schließlich in dem Konzept, daß – zumindest in der ersten Therapiephase – einfach nur jede Entleerung, die die Enkopretiker auf dem Klosett zustande bringen, positiv verstärkt werden soll. Dazu ist es notwendig, daß die Patienten sofort nach dem Defäzieren ihre Gruppenerzieherin¹ rufen, die besichtigt dann das Produkt, lobt dessen Erzeuger und gibt ihm (in Form eines Abziehbildes) ein Token als weitere Belohnung für seine Leistung. An einem bestimmten Tag der Woche können die erworbenen Token dann von den Kindern gegen verschiedene Eintauch-Verstärker (s. Tabelle 1) umgewechselt werden. – Ein solches Token-System erscheint – abgesehen von seinen übrigen Vorteilen (vgl. z.B. *Hippler und Scholz*, 1974; *Kazdin*, 1977) – besonders deshalb günstig, weil es einerseits bei mehreren Patienten gleichzeitig eingesetzt werden kann – was im vorliegenden Fall ja wesentlich ist –, und andererseits den Aspekt des Sammelns, der psychodynamisch gerade für den Einkoter einige Bedeutung haben mag (s. etwa *Ferenczi*, 1914), sehr stark betont.

Der gewählte Behandlungsansatz sieht weiterhin vor, daß die regelmäßige Kontrolle der Unterwäsche, eine oft getroffene Maßnahme (*Butler*, 1977; *Seymour*, 1976; u.v.a.), die die Kinder aber vermutlich frustrieren und zudem in den Augen ihrer Kameraden wohl lächerlich machen würde, bei den Enkopretikern vollkommen unterbleiben kann, da das

Einkoten ohnedies nicht bestraft und auch eine länger-dauernde Kontinenz vorerst nicht bekräftigt wird. Laxantien, Einläufe und ähnliche therapeutische Hilfen, die so häufig gemeinsam mit operanten Prozeduren verordnet werden (*Ashkenazi*, 1975; *Schaefer*, 1978; *Wright*, 1973, 1975; *Wright und Bunch*, 1977), erscheinen wiederum aus medizinischer Sicht nicht notwendig. Die Knaben sollen, so wie das sonst manchmal geschieht (vgl. *Davies, Mitchell und Marks*, 1976; *Neale*, 1963; *Scott*, 1977; u.a.), auch nicht zu bestimmten Zeiten auf die Toilette geschickt werden, sondern vielmehr für ihre Therapie insofern mitverantwortlich sein, als es ihnen völlig selbst überlassen bleibt, wann und wie oft sie ihre Versuche zu defäzieren unternehmen. Daß ihr Bemühen, sich „normal“ zu entleeren, wegen des gastroileischen Reflexes wahrscheinlich vor allem nach den Mahlzeiten Aussicht auf Erfolg haben könnte (vgl. besonders *Young*, 1973), soll ihnen allerdings in der Therapie-Instruktion eindringlich klargemacht werden. Schließlich ist noch daran gedacht, daß die Patienten, falls sie wieder einmal ihre Hosen beschmutzen, sich ohne fremde Hilfe reinigen und danach auch ihre Wäsche alleine wechseln sollen – womit zum einen die soziale Verstärkung der Symptomatik unterbunden (*Conger*, 1970), und zum anderen abermals die Eigenverantwortlichkeit der Kinder gefördert werden dürfte.

Verlauf der Therapie

Ehe nun endgültig mit dem geplanten Programm angefangen werden kann, ist noch abzuklären, ob sich auch Gerhard, der jetzt schon seit vier Wochen nicht mehr eingekotet hat, daran beteiligen soll. Seine Mitarbeit erscheint zwar sinnvoll, da seine wiedererlangte Stuhlkontinenz dadurch womöglich noch zusätzlich stabilisiert wird und er sich damit außerdem von der Behandlung „seines“ Problems nicht ausgeschlossen fühlen muß; eine endgültige Entscheidung darüber soll er jedoch selbst treffen – und er ist auch freudig zum „Mitmachen“ in jeder Beziehung bereit. Harald und Günter stimmen dann der Idee, daß sie für ihre Entleerungen etwas kriegen sollen, überrascht und etwas erheitert ebenfalls zu. So werden die drei Kinder in einer einleitenden Besprechung noch einmal klar und deutlich über das konkrete Vorgehen informiert, danach bekommen sie die verschiedenen Eintauch-Verstärker zu sehen, und gemeinsam werden zu guter letzt noch deren Preise ausgehandelt und schriftlich festgehalten (vgl. Tabelle 1).

Das Ende dieser Enkopretiker-Versammlung wirkt dann wie der Startschuß zu einem Hindernislauf: Günter und Gerhard rennen, so schnell sie können, in ihre Gruppenräume, besetzen dort die zwei Toiletten und beginnen voller Eifer ihre Versuche, mit Hilfe ihrer Ausscheidungen Besitz zu erwerben. Bereits eine halbe Stunde danach stellt sich, etwas aufgelöst und verwirrt, ihre Erzieherin beim Therapeuten ein: Ob Günter wirklich immer, wenn er „könne“, ein Abziehbild erhalten müsse – er habe nämlich in der kurzen Zeit schon dreimal gekackt?! Die Frage wird natürlich bejaht – und so vermag Günter innerhalb der ersten 24 Stunden, in denen das Programm läuft, nicht weniger als acht Token zu sammeln, Gerhard bringt es immerhin auch auf vier, und lediglich Harald, der von Anfang an etwas

¹ An dieser Stelle sei allen kooperierenden Erzieherinnen sehr herzlich gedankt.

zurückhaltender in seinen Bemühungen war, schafft „nur“ zwei erfolgreiche Entleerungen.

Tabelle 1: Die Eintauch-Verstärker und ihr in Token ausgedrückter Preis

Tier-, Rennauto- oder Fußballer-Poster	2
Kugelschreiber	2
Luftballon	2
Kamm	3
Säckchen mit Glaskugeln	5
Geldbörse	5
Spielzeug-Indianer, -Cowboy oder -Ritter	5
Tafel Schokolade	6
Packung Filzstifte	6
Schokolade-Überraschungsei	6
Comic-Heft	8
Zusätzliche Spielstunde	10
Kleinpackung Plastilin	10
Quartett	15
Matchboxauto	15
Großpackung Plastilin	15

Drei Tage später marschiert, ziemlich trotzig und ein bißchen weinerlich, Günter selbst beim Therapeuten an. Er habe, so beschwert er sich, vor einigen Stunden erbrochen und deshalb zu Mittag keine vollständige Mahlzeit essen dürfen, sondern nur etwas Zwieback und Tee. Wenn man aber oben so wenig hineintue, könne – beim besten Willen – unten kaum noch etwas herauskommen. Und überhaupt – „es“ sei schon die ganze letzte Zeit nicht mehr so oft gegangen wie am ersten Tag; deswegen möchte er aus der Therapie aussteigen. Eigentlich will der Knabe aber, wie sich im weiteren Gespräch bald herausstellt, die Preise für die Eintauch-Verstärker ein wenig drücken. Es wird ihm darum nur gesagt, daß es – und zwar besonders für ihn selbst – sehr schade wäre, wenn er bei dem Programm nicht mehr mittun würde, aber dagegen könne man eben nichts machen... So zieht Günter schließlich unzufrieden wieder ab – und hält sich selbstverständlich auch weiterhin an die vereinbarten Therapie-Regeln.

Die beiden nächsten Wochen verlaufen ohne Schwierigkeiten. Die drei Patienten sammeln brav ihre Token, Gerhard ist nach wie vor symptomfrei, Günter auf dem besten Wege dazu, und auch bei Harald werden die Intervalle zwischen den einzelnen „Malheuren“, die noch hin und wieder passieren, immer größer. An den Tausch-Tagen kommen die Kinder gemeinsam, weisen ihre Abziehbilder vor – und fangen dann stets an, langmächtig zu überlegen, was sie damit kaufen sollen. Dieses Hin und Her vor der endgültigen Entscheidung, das Herumwühlen in der großen Schachtel, in der die back-up reinforcer aufbewahrt sind, das Abschätzen der Vor- und Nachteile der verschiedenen Dinge, schlicht: die ganze Umtausch-Situation scheint an sich schon eine enorm positive, bekräftigende Wirkung für die drei Kinder zu haben. Und es dürfte für sie eine weitere Belohnung implizieren, wenn sie das Erstandene, das im Laufe der Therapie so ziemlich die ganze Palette der angebotenen Verstärker umfaßt; hierauf in der Gruppe vorzeigen

können und dafür von ihren Kameraden bewundert und wohl auch ein wenig darum beneidet werden.

Diese leicht ambivalente Haltung der anderen Kinder wandelt sich in der dritten Behandlungswoche allerdings schlagartig in eine aktive Kooperation mit den Enkopretikern um. Beinahe so, als würden sie sich daran erinnern, daß der Kot psychodynamisch als Symbol für Geschenk gilt (z. B. Freud, 1917), überlassen nämlich die Nicht-Einkoter, irgendwie ihre Erzieherinnen überlistend, ihre Fäzes gleichsam zur weiteren Verwendung den drei Enkopretikern; und die heimsen dann mit dem geschenkten Stuhl nicht wenige Token ein, die ihnen eigentlich gar nicht zustehen. Auf diese Weise „bescheißen“ die Kinder beinahe zwei Wochen hindurch auch den Therapeuten, der eine Menge unverdienter Eintauch-Verstärker ausgeben muß. Es wird das alles jedoch stillschweigend toleriert, da während jener Zeit der intimen Zusammenarbeit mit der übrigen Therapiegruppe keiner der Patienten neuerlich einkotet.

Nachdem sowohl Harald als auch Günter und Gerhard schließlich vierzehn Tage lang hintereinander völlig symptomfrei geblieben sind, scheint der Augenblick gekommen, in dem das ursprüngliche Behandlungsprogramm modifiziert werden kann – und zwar um so mehr, als die erste Phase der Therapie ohnedies auch mit den beginnenden Weihnachtsferien ihren natürlichen Abschluß findet. Deshalb wird bei ihrer Rückkehr im neuen Jahr mit den drei Kindern vereinbart, daß in Zukunft das Sauber-Bleiben belohnt werden soll: Wer eine Woche lang nicht einkotet, wird dafür Verstärker im Wert von zehn Token bekommen. Die Knaben sind auch mit diesen neuen Bedingungen voll einverstanden.

Das abgeänderte Programm – das riskiert werden kann, da nach der einleitenden Therapiephase nun nicht mehr unbedingt mit Komplikationen zu rechnen ist – läuft anfänglich wie erwartet: nämlich ohne Zwischenfälle. Nach etwa zwei Wochen verlieren Günter und Gerhard – Harald befindet sich zu dieser Zeit wegen Scharlachs im Krankenhaus – jedoch anscheinend sehr viel von ihrem früheren Interesse an den Eintauch-Verstärkern, denn sie kommen, auch wenn sie das Kriterium des siebentägigen Nicht-Einkotens erfüllt haben, jetzt nicht mehr regelmäßig, um sich die dafür festgesetzten Preise abzuholen; und Harald verzichtet dann nach seinem Spitalaufenthalt ebenfalls zumeist darauf, den Lohn für seine Kontinenz entgegenzunehmen. Das Ausblenden der Reinforcements, bei Münzökonomien sonst ein Problem (s. Hippler und Scholz, 1974; Kazdin, 1977), wird also von den Kindern ganz allmählich selbst vorgenommen – ein Phänomen, das gerade bei Enkopretikern auch immer wieder in der Literatur beschrieben worden ist (vgl. Madsen, 1965; Plachetta, 1976; Young und Goldsmith, 1972). Seine Ursache dürfte wohl in dem Umstand zu suchen sein, daß das weitgehende oder vollkommene Sistieren des äußerst unangenehmen Symptoms Einkoten in sich selbst schon derart ausgiebige Verstärkerqualitäten hat, daß die kleinen Patienten mit Fortdauer ihres Erfolges mehr und mehr auf externe Belohnungen vergessen und verzichten können. Deshalb wird schließlich nach insgesamt drei Monaten, in denen die verhaltenstherapeutische Intervention gelaufen ist, und obwohl Harald und Günter hinsichtlich ihrer Enkopre-

sis noch keineswegs als vollends geheilt erscheinen dürfen (vgl. Tabelle 2), von den drei Kindern und dem Therapeuten gemeinsam und im Konsens das Ende des Token-Programmes beschlossen.

Tabelle 2: Die monatliche Häufigkeit des Einkotens bei den drei Patienten

Monat	Token-Programm								
	Baseline			Phase I		Phase II		Follow-up	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Patient:									
Harald	9	6	14	6	1*	2	4	3	1
Günter	8	6	8	2	3	1	3	1	0
Gerhard	18**	20**	0	0	0	0	0**	0**	0**

* Beobachtungszeitraum weniger als ein Monat (wegen Spitalsaufenthalts).
** Angaben der Mutter.

Behandlungsergebnisse

Die Ergebnisse des geschilderten therapeutischen Ansatzes sind, soweit sie das Einkoten betreffen, zusammenfassend in Tabelle 2 dargestellt. Diese Angaben müssen jedoch in mancher Hinsicht noch etwas ergänzt werden.

So ist von Gerhard zu berichten, daß während seines Stationsaufenthaltes nicht nur die Enkopresis behoben werden konnte, sondern daß es in verhaltenstherapeutischen Einzelsitzungen auch gelang, seine generelle Gehemmtheit ziemlich ab- und neue soziale Fertigkeiten aufzubauen. Der Knabe konnte deshalb beinahe unmittelbar nach dem Abschluß des Token-Programmes nach Hause entlassen werden, wo die erzielten Erfolge – trotz der etwas widrigen familiären Verhältnisse – weiterhin angehalten haben.

Günter erhielt vor, während und nach der symptomzentrierten Enkopresis-Behandlung eine Spieltherapie nach Axline (1974). Vorübergehend wurde er zwar noch aggressiver als vorher, danach entwickelte er aber doch mehr soziale Anpassungsbereitschaft, sein gesamtes Verhalten wurde ruhiger, ausgeglichener und positiver. Seine Leistungsunwilligkeit, die sich vor allem in einem schulischen Versagen manifestierte, konnte allerdings nicht beeinflußt werden.

Harald, der etwa gleichzeitig mit dem Beginn des Token-Programmes von der Beschäftigungstherapie in eine lerntheoretisch orientierte Einzelbehandlung übergewechselt war, wurde nach und nach dazu geführt, Frustrationen besser zu verkraften. Während der letzten drei, vier Monate seines Aufenthaltes an der Station produzierte er keinen einzigen seiner exzessiven Wutanfälle mehr, konnte aber trotz seiner unübersehbaren Fortschritte – ebenso wie Günter – nicht mehr für ständig in die Familie zurückkehren. Die beiden Knaben mußten vielmehr auf Wunsch ihrer Mütter in einem Kinderheim untergebracht werden.

Diskussion

Abschließend ist es nun möglich, das bisher Referierte unter zwei Aspekten zu diskutieren – dem des Therapieerfolges und dem des Mißerfolges.

Dafür, daß man die Behandlung im großen und ganzen als geglückt ansehen kann, sprechen die Daten aus Tabelle 2, und zwar insoferne, als sie eine recht eindeutige Abnahme der Einkot-Häufigkeit während und nach der Token-Verstärkung belegen. Hätte es noch eines weiteren Beweises dafür bedurft, daß die Enkopresis unter gewissen Voraussetzungen verhaltensmodifikatorisch zu erfassen ist, ohne daß damit eine Symptomverschiebung evoziert wird, dann wäre er somit zumindest durch die Krankengeschichten von Harald und Gerhard gegeben. Denn die Behandlung dieser beiden Knaben zielte ja – anders als die individuelle Spieltherapie Günters – nicht auf einen tiefgreifenden Persönlichkeitswandel ab, löste bei ihrem Fortschreiten aber dennoch keine Verschlechterung in anderen Verhaltensbereichen, keinerlei zusätzliche psychogene Störungen aus. Ebenso gelang es mit den vorgelegten Ergebnissen aber auch ein weiteres Mal zu zeigen, daß bei Einkotern mit einer geringgradigen frühkindlichen Hirnschädigung die Kontinenzproblematik (weitgehend) zu beheben ist, ohne daß dabei in irgendeiner Weise therapeutisch auf die cerebrale Dysfunktion eingegangen werden muß.

In theoretischer Hinsicht dürfte der Umstand, daß diese günstigen Resultate der Token-Technik zustande kamen, vor allem auf die motivierende Funktion der Reinforcements (vgl. etwa Bandura, 1971) zurückzuführen sein, die die drei Patienten zu regelmäßigeren, häufigeren Defäkationsversuchen bewogen haben – also zu jenen Bemühungen, die ihrerseits dann nach einem Prozeß des Diskriminationslernens wahrscheinlich darin endeten, daß die Kinder den früher zu schwachen oder ganz fehlenden Stuhldrang wieder besser wahrnehmen und sich so schließlich neue, adäquatere Entleerungsgewohnheiten aneignen konnten.

Allerdings erscheint es aber, wie gesagt, auch durchaus vorstellbar, das bislang Geschilderte unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, daß die therapeutische Intervention eigentlich ein Fehlschlag gewesen sei. Wenigstens könnte eine solche Ansicht entstehen, wenn man die eben vorgelegten Ergebnisse mit den vielen Arbeiten vergleicht, die nicht nur zu ungemein raschen, sondern auch zu totalen, sehr stabilen Erfolgen bei Enkopretikern geführt haben (vgl. Balson, 1973; Butler, 1977; Conger, 1970; Keehn, 1965; Plachetta, 1976; u. a.) – so wie dies hier nur bei Gerhard der Fall war. Ausgerechnet bei ihm ist aber der Anteil des operanten Konditionierens am Wiedererlangen der Kontinenz leider kaum abzuschätzen, da doch sein Einkoten noch vor dem Anlaufen dieser Behandlungsprozedur aufgehört hatte. Und wenn auch die Frage, inwieweit Token-Programm und individuelle Therapie in ihren Auswirkungen auf Günter und Harald interagiert haben, letztlich ebenfalls nicht endgültig beantwortet werden kann, so bleibt doch der langsame und bis zum Schluß eher unvollständige Symptombau bei den zwei Kindern zu erklären. Dabei darf man mehrere, miteinander durchaus kompatible Hypothesen in Erwägung ziehen:

Als erstes muß natürlich an potentielle Fehler bei der Planung und/oder Durchführung des Behandlungsprogrammes gedacht werden: Vielleicht hätte man den kleinen Patienten doch weniger Eigenverantwortung einräumen und sie etwa konsequent auf die Toilette schicken sollen; mag

sein, daß der Übergang von der ersten zur zweiten Therapiephase allzu abrupt war; möglicherweise hätte es nicht hingenommen werden dürfen, daß die Knaben eine Zeitlang auch für die Fäzes ihrer Kameraden Belohnungen eingehamstert, also „beschissen“ haben; eventuell wurde die Behandlung doch zu früh abgeschlossen; usw.

Zum zweiten könnte man darüber spekulieren, ob nicht auch eine Art negativer Modellwirkung zu dem nur teilweise befriedigenden Therapieverlauf von Harald und Günter beigetragen hat. Da die Enkopretiker gleichzeitig und unter fast identischen äußeren Bedingungen behandelt wurden, mag nämlich Gerhard, der sehr schnell endgültig „geheilt“ war, ein derart unerreichbares Vorbild für seine beiden Leidensgenossen dargestellt haben, daß sie vielleicht allzu bald dazu verleitet waren, ein wenig zu resignieren und allmählich nicht mehr an das Gelingen ihrer Therapie zu glauben. Und daß eine solche Entmutigung dann wirklich ungünstige Resultate nach sich ziehen kann, muß an dieser Stelle wohl nicht mehr näher belegt werden.

Es ist, um einen dritten Interpretationsansatz zu skizzieren, jedoch auch nicht völlig ausgeschlossen, daß der Vergleich mit der Literatur für die vorliegende Arbeit vor allem deshalb eher nachteilig ausfällt, weil sich die da und dort beschriebenen Patienten in wesentlichen Merkmalen unterscheiden. Denn in den zitierten Studien (Balson, 1973; Conger, 1970; Keehn, 1965; u.v.a.) wurde beispielsweise überwiegend von Kindern berichtet, die im Gegensatz zu Günter und Harald ganz massive Einkoten waren und täglich mindestens einmal ihre Hosen beschmutzt haben. Gerade ein solch häufiges Auftreten des Symptoms könnte aber, unter sonst gleichen Voraussetzungen, eine Behandlung erleichtern, da die Patienten dann einen bedeutend stärkeren Leidensdruck haben und damit schon von vornherein sehr viel mehr zur Behebung ihrer Störung motiviert sein dürften als ein Enkopretiker, dem „es“ nur hin und wieder einmal passiert. – Und in ähnlicher Weise könnten wohl auch weitere Stichprobenunterschiede – in Alter, Dauer der Symptomatik usw. – zur Erklärung der leicht divergierenden Therapieergebnisse herangezogen werden.

Schließlich gibt es aber noch einen sehr wichtigen Faktor, der möglicherweise für das relativ schlechte Abschneiden von Harald und Günter verantwortlich war, einen Nachteil, den weder Gerhard noch wahrscheinlich die Enkopretiker, die in den genannten Untersuchungen beschrieben wurden, in ähnlichem Maße zu tragen hatten – nämlich die ziemlich gleichgültige Einstellung der Kindeseltern ihren Söhnen wie auch der Therapie gegenüber. Es sei nur daran erinnert, daß Günter und Harald nach dem Abschluß der Behandlung nicht mehr zurück nach Hause genommen wurden; und es kommt gewiß auch nicht von ungefähr, daß ihr sporadisches Einkoten in den letzten vier, fünf Monaten an der Station zeitlich zumeist mit Enttäuschungen durch ihre Mütter zusammenfiel – etwa wenn versprochene Besuche unterblieben oder die beiden Kinder nicht, wie vorher angekündigt, zu ihren ersehnten Wochenendurlaube abgeholt worden waren. Die Frustration ihrer grundlegenden Geborgenheitswünsche, die Unsicherheit, die seelische Belastung der zwei Knaben scheint durch das unverlässliche, vernachlässigende Verhalten ihrer Mütter einfach derart groß gewesen zu sein,

daß sie irgendwie ihren Ausdruck finden mußte – und wenn es auch, was bei Enkopretikern naheliegt, durch den analen Sphinkter war. – Der Schluß, daß eine Therapie, und ganz besonders ein Token-Programm, psychogen erkrankten Kindern die Zuwendung und Liebe ihrer Eltern wahrscheinlich noch immer nicht vollwertig ersetzen kann – ob leider oder Gott sei Dank bleibe dahingestellt –, darf deshalb zugleich Ende dieser Arbeit sein.

Summary

In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment, and Results of a Behavioral Intervention

This study deals with the simultaneous in-patient therapy of three encopretic boys with the help of a token program. At the beginning of treatment the patients were rewarded for each successful laboratory defaecation, and afterwards reinforcements were administered contingent on the children's not soiling for one week. Aversive procedures were not used. The results of this treatment proved to be favourable, however, not completely satisfying. Possible reasons for this as well as some interesting phenomena, which occurred during the treatment phase, are described and discussed in detail.

Literatur

- Ashkenazi, Z.: The treatment of encopresis using a discriminative stimulus and positive reinforcement. *J. Behav. Ther. Experim. Psychiat.* 6, 155–157 (1975). – Axline, V.M.: Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. 3. Aufl., München: Reinhardt 1974. – Ayllon, T., Simon, S.J., Wildman, R.W.: Instructions and reinforcement in the elimination of encopresis: A case study. *J. Behav. Ther. Experim. Psychiat.* 6, 235–238 (1975). – Bach, R., Moylan, J.J.: Parents administer behavior therapy for inappropriate urination and encopresis: A case study. *J. Behav. Ther. Experim. Psychiat.* 6, 239–241 (1975). – Balson, P.W.: Encopresis: A case with symptom substitution? *Behav. Ther.* 4, 134–136 (1973). – Bandura, A.: *Social learning theory*. Morristown: General Learning Press 1971. – Barrett, B.H.: Behavior modification in the home: Parents adapt laboratory-developed tactics to bowel-train a 5½-year-old. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 6, 172–176 (1969). – Bellman, M.: Studies on encopresis. *Acta Pediat. Scand. Suppl.* 170 (1966). – Bemporad, J.R., Pfeifer, C.M., Gibbs, L., Cortner, R.H., Bloom, W.: Characteristics of encopretic patients and their families. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.* 10, 272–292 (1971). – Butler, J.F.: Treatment of encopresis by overcorrection. *Psychol. Reports* 40, 639–646 (1977). – Conger, J.C.: The treatment of encopresis by the management of social consequences. *Behav. Ther.* 1, 386–390 (1970). – Davis, H., Mitchell, W.S., Marks, F.: A behavioural programme for the modification of encopresis. *Child Care, Health & Developm.* 2, 273–282 (1976). – Doleys, D.M., McWhorter, A.Q., Williams, S.C., Gentry, W.R.: Encopresis: Its treatment and relation to nocturnal enuresis. *Behav. Ther.* 8, 77–82 (1977). – Edelman, R.I.: Operant conditioning treatment of encopresis. *J. Behav. Ther. Experim. Psychiat.* 2, 71–73 (1971). – Ferenczi, S.: Zur Ontologie des Geldinteresses (1914). In: *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. I. Frankfurt/M.: Fischer 1970. – Ferinden, W., Van Handel, D.: Elimination of soiling behavior in an elementary school child through the application of aversive techniques. *J. School Psychol.* 8, 267–269 (1970). – Frederking, U.: Häufigkeiten, somatische und soziale Bedingungen von Verhaltensstörungen zehnjähriger Schulkinder. *Praxis* 24, 204–213 (1975). –

- Freud, S.: Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik (1917). In: Studienausgabe. Bd. VII. Frankfurt/M.: Fischer 1973. – Gelber, H., Meyer, V.: Behaviour therapy and encopresis: The complexities involved in treatment. *Behav. Res. Ther.* 2, 227–231 (1965). – Hippler, B., Scholz, W.: Token-Verstärkungssysteme in der Schule. In: Handbuch der Verhaltenstherapie (Hrsg. C. Kraiker). 2. Aufl., München: Kindler 1974. – Hoag, J. M., Norriss, N. G., Himeno, E. T., Jacobs, J.: The encopretic child and his family. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.* 10, 242–256 (1971). – Huschka, M.: The child's response to coercive bowel training. *Psychosom. Med.* 4, 301–308 (1942). – Kadinsky, D.: Enkopresis. In: Handbuch der Kinderpsychotherapie. Bd. 2 (Hrsg. G. Biermann). 4. Aufl., München: Reinhardt 1976. – Kazdin, A.: Münzökonomie – Therapie als Tauschgeschäft. *Psychologie heute* 4 (3), 20–26 (1977). – Keehn, J. D.: Brief case-report: Reinforcement therapy of incontinence. *Behav. Res. Ther.* 2, 239 (1965). – Keilbach, H.: Untersuchung an acht Kindern mit der Hauptsymptomatik Einkoten. *Praxis* 26, 117–128 (1977). – Krisch, K., Erhard, R.: Einige kritische Überlegungen zur Verhaltenstherapie bei Kindern. *Praxis* 27, 60–63 (1978). – Kuhlen, V.: Verhaltenstherapie im Kindesalter. 3. Aufl., München: Juventa 1973. – McDonagh, M. J.: Is operant conditioning effective in reducing enuresis and encopresis in children? *Perspect. Psychiat. Care* 9, 17–23 (1971). – Madsen, C. H.: Positive reinforcement in the toilet training of a normal child: A case report. In: Case studies in behavior modification (Eds. L. P. Ullman, L. Krasner). New York: Holt 1965. – Neale, D. H.: Behavior therapy and encopresis in children. *Behav. Res. Ther.* 1, 139–149 (1963). – Niedermeyer, K., Parnitzke, K. H.: Die Enkopresis. Beobachtungen somatischer, pneum- und elektroencephalographischer sowie psychischer Befunde. *Z. Kinderheilk.* 87, 404–431 (1963). – Olatawura, M. O.: Encopresis. A review of thirty-two cases. *Acta Paediat. Scand.* 62, 358–364 (1973). – Pinkerton, P.: Psychogenic megacolon in children: The implications of bowel negativism. *Arch. Dis. Child.* 33, 371–380 (1958). – Plachetta, K. E.: Encopresis: A case study utilizing contracting, scheduling and self-charting. *J. Behav. Ther. Experim. Psychiat.* 7, 195–196 (1976). – Schaefer, C. E.: Treating psychogenic encopresis: A case study. *Psychol. Reports* 42, 98 (1978). – Schaengold, M.: The relationship between father-absence and encopresis. *Child Welfare* 56, 386–394 (1977). – Scott, E. A.: Treatment of encopresis in a classroom setting: A case study. *Brit. J. Educat. Psychol.* 47, 199–202 (1977). – Seymour, F. W.: The treatment of encopresis using behaviour modification. *Aust. Paediat. J.* 12, 326–329 (1976). – Stegat, H.: Verhaltenstherapie bei Enuresis und Enkopresis. *Z. Kind. Jugendpsychiat.* 3, 149–173 (1975). – Wagerer, M.: Vier Fallskizzen über Jungen mit dem Symptom Enkopresis. *Praxis* 26, 21–27 (1977). – Winnicott, D. W.: Symptom tolerance in paediatrics. *Proc. roy. Soc. Med.* 46, 675–684 (1953). – Woodmansey, A. C.: Emotion and the motions: An inquiry into the causes and prevention of functional disorders of defecation. *Brit. J. Med. Psychol.* 40, 207–223 (1967). – Wright, D. F., Bunch, G.: Parental intervention in the treatment of chronic constipation. *J. Behav. Ther. Experim. Psychiat.* 8, 93–95 (1977). – Wright, L.: Handling the encopretic child. *Profess. Psychol.* 4, 137–144 (1973). – Ders.: Outcome of a standardized program for treating psychogenic encopresis. *Profess. Psychol.* 6, 453–456 (1975). – Yates, A. J.: Behavior therapy. New York: Wiley 1970. – Young, G. C.: The treatment of childhood encopresis by conditioned gastro-ileal reflex training. *Behav. Res. Ther.* 11, 499–503 (1973). – Young, I. L., Goldsmith, A. O.: Treatment of encopresis in a day treatment program. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 9, 231–235 (1972).
- Anschr. d. Verf.: Dr. Karl Krisch, Heilpädagogische Station des Landes Niederösterreich, A-2371 Hinterbrühl, Fürstenweg 8.