

Reinhard, Hans G.

Zur Daseinsbewältigung bei Kindern mit Enkopresis

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 5, S. 183-187

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31096

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

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany–Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschiesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Zur Daseinsbewältigung bei Kindern mit Enkopresis

Von Hans G. Reinhard

Zusammenfassung

146 enkopretische Kinder werden mit 105 enuretischen, 55 psychotischen und 371 Kindern mit Hirnfunktionsstörung verglichen. Besonderer Wert wird dabei auf die Erfassung therapierelevanter Persönlichkeitsdimensionen (Formen der Daseinsbewältigung nach *Thomae*) gelegt.

Enkopretische Kinder sind jünger und hinsichtlich sozialer Schicht, Familie und Schule belasteter als andere Patienten. Sie setzen sich jedoch weniger als andere mit dieser Belastung auseinander. Aktiv-emotionale Anpassung und Steuerung gelingen weniger gut; Belastungen und Begrenzungen, aber auch Wünsche nach Expansion sind im Erleben nicht maßgebend. Anpassung und Fehl-anpassung werden nicht durch adäquates Coping, durch Flucht, Widerstand und Aggression, sondern apathische Passivität und Situationsakzeptanz ohne eigenen Beitrag zur Problemlösung bestimmt. Die Symptomatik wird als Ausdruck einer schweren Ich-Störung interpretiert, bei der die Differenzierung von Selbst und Objekt nicht gelingt. Familiendynamisch kann die apathische Selbstaufgabe enkopretischer Kinder als Versuch einer Kontrolle intrafamiliärer Aggressivität gewertet werden.

1 Einleitung und Fragestellung

Enkopresis gehört zu den früh (*Hennoch*, 1887), jedoch eher selten beschriebenen kinderpsychiatrischen Syndromen. Der Entleerungsbereich scheint in so starkem Ausmaß tabuisiert (*Artnier* u. *Castell*, 1981), daß auch Fachleute mit oberflächlich-verachtender Einstellung und der Neigung zu schneller Überweisung auf diese Patienten reagieren (*Baird*, 1974). Wir haben unserer Untersuchung die Definition *Bellmans* (1966) zugrunde gelegt, der Enkopresis als wiederholtes, unwillkürliches Absetzen von Stuhl bei Kindern über vier Jahren definiert und voraussetzt, daß das Symptom wenigstens einen Monat bestanden hat. Schmierern als ‚partielle Enkopresis‘ (*Tramer*, 1964) kann zusammen mit Enkopresis auftreten. Eine Klassifikation ist bisher sowohl nach Begleitsymptomen als auch nach Persönlichkeitstypen erfolgt (*Wille*, 1984); *Jekelius* (1936) und *Asperger* (1968) unterscheiden Indolente, Angstkinder und Bosheitskinder, *Anthony* (1957) sieht deutliche Unterschiede zwischen primärer und sekundärer Enkopresis. Diese Klassifikationen konnten jedoch bisher empirisch nicht belegt werden (*Bellman*, 1966; *Strunk*, 1976), auch die zuletzt von *Wille* (1984) vorgelegte Untersuchung hat hier keine Belege erbracht.

Die hohe therapeutische Relevanz von Persönlichkeitsunterschieden hat uns veranlaßt, empirisch zu untersuchen, welche Formen der Daseinsbewältigung bei enkopretischen Kindern vorherrschen. Die Notwendigkeit einer solchen Untersuchung erscheint auch nach dem neusten Forschungsstand unstrittig; die vorliegende Untersuchung ergänzt insofern die zuletzt von *Wille* (1984) durchgeführte Analyse.

2 Forschungsstand zur Enkopresis

In der epidemiologischen Untersuchung *Bellmans* (1966) an 8800 Kindern von 7–8 Jahren fanden sich bei 1.5%, *Rutter* u. a. (1970) sahen bei 1.3% der Jungen (10–12 Jahre) und bei 0.3% der Mädchen Enkopresis. Klinische Stichproben berichten über 3% (*Levine*, 1975), 4.5% (*Wagerer*, 1977) sowie 5% (*Remschmidt* u. a., 1974; *Frederking*, 1975). Diese Zahlen können jedoch angesichts der vermutlich sehr hohen Dunkelziffer als Minimalangaben betrachtet werden.

Strunk (1976) berichtet zur Geschlechtsverteilung (Jungen/Mädchen) Verhältniszahlen von 3:1 bis 10:1; *Wille* (1984) bezieht sich auf Werte von 3,5:1 (*Kirsch* u. *Jahn*, 1981) und 5:1 (*Rutter*, 1981) und findet selbst in 77% Knaben. Der Schwerpunkt der Erkrankung liegt vor der Pubertät; statistisch signifikante Unterschiede zwischen primären und sekundären Enkopretikern werden nicht gefunden (vgl. *Belman*, 1966; *Bemporad* u. a., 1971; *Levine*, 1975; *Wille*, 1984). Als häufigstes Begleitsymptom der Enkopresis gilt die Enuresis, über die zwischen 31% (*Levine*, 1975) und 78% (*Schwidder*, 1951) berichtet wird. Nach *Henning* (1977) ist der Vergleich beider Syndrome aufschlußreich; er fand bei enkopretischen und enuretischen Kindern eine durchschnittliche Intelligenz, die Enkopretiker erwiesen sich als beeindruckbarer, aggressiver, autoaggressiver und destruktiver, zeigten mehr Angst und Minderwertigkeitsgefühle, Kritik und Ablehnung gegenüber anderen und wiesen eher Zeichen einer cerebralen Dysfunktion auf. *Wille* (1984) findet bei einem ähnlichen Vergleich häufiger Hinweise auf Verwahrlosung, auf neurotische Störungen, Ängste, Depression, Zwänge und Tics, Entwicklungsrückstände, Hirnfunktionsstörungen und mehr psychische Störungen bei den Eltern enkopretischer Kinder. Als weitere Vergleichsgruppen – für die diese Befunde ebenso gelten – bezieht er psychotische Patienten mit ein.

Auf aggressive Aspekte der Symptomatik hat bereits *Schwidder* (1951) verwiesen und Enkopresis als ‚aggressive Karikatur adressierter Gebefreudigkeit‘ bezeichnet. *Keilbach* (1976) und *Harbauer* (1978) unterstützen diese

Auffassung, die durch den Hinweis auf magische Beeinflussungs- und Machtphantasien (*Schücking*, 1981) und auf Einkoten als Abwehr (*Krisch*, 1983) ergänzt werden. *Binet* (1979) und *Dufour* (1982) interpretieren schließlich die Symptomatik ich-psychologisch und sprechen von mangelnder Differenzierung zwischen Selbst und Objekt, von lückenhafter Ich-Abgrenzung und Selbstregulierung als einem Konflikt von innerem Drang und äußerer Einschränkung, der nicht integriert werden kann und zu apathischer Selbstaufgabe führt.

Die Auffassung *Strunks* (1976), nach der Enkopresis vor dem aufgezeigten psychodynamischen Hintergrund als Ausdruck einer schwerwiegenden Konflikthaftigkeit der Gesamtfamilie gesehen werden kann, wird durch Untersuchungen von *Keilbach* (1977), *Bellman* (1966), *Wolters* (1978), *Artner* u. *Castell* (1979) sowie *Wille* (1984) bestätigt. Es wurden zwar keine krankheitstypischen Störungsmuster beschrieben, allerdings eine stärkere Konflikthaftigkeit und Dysfunktionalität belegt.

Aus daseinsanalytischer Sicht kann das Kind sein Sein nur leiblich austragen (*Weber*, 1973); Retention und Entleerung des Stuhls werden von *Weber* (1973) und *Herzka* (1981) als Korrelate seelischer Haltungen verstanden und als Zurückhalten und Weigerung bzw. als aggressives Sich-Äußern interpretiert. Aus *Jungscher* Sicht kann die Symptomatik als Nicht-Annehmen eigener Grenzen (*Kadinsky*, 1973; *Wille*, 1984) bei noch nicht vollzogener Trennung zwischen Eigenwelt und Umwelt gewertet werden. Familientherapeuten sehen schließlich Enkopresis als Ausdruck einer gestörten familiären Beziehung an, die durch Zurückhaltung, Infantilisierung, Unfähigkeit der Aggressionsbewältigung und eine insgesamt erheblich gestörte Kommunikation gekennzeichnet werden kann (*Baird*, 1974; *Wolters*, 1978; *Wille*, 1984).

Welche ‚typischen‘ Wesenszüge werden nun von einkotenden Kindern berichtet? Der Forschungsstand ist uneinheitlich; es werden sehr kleine Stichproben herangezogen, die entweder Unterschiede bestätigen (*Bemporad u. a.*, 1971) oder (mit Ausnahme einer ausgeprägteren Aggressivität) nicht belegen können (*Krisch*, 1980). Lediglich *Bellman* (1966) und *Wille* (1984) haben mit einer größeren Patientenstichprobe und Vergleichsgruppen mit anderer Diagnose gearbeitet. *Bellman* findet mehr Ängstlichkeit und Kontaktstörung bei geringerer Durchsetzungsfähigkeit und stärker ausgeprägter Stimmungs labilität. *Wille* kann Geschwisterrivalität und Kontaktprobleme, Verwahrlosungszeichen und neurotische Züge häufiger beim Vorliegen einer Enkopresis belegen. Hinweise auf krankheitsspezifische Persönlichkeitszüge bzw. Abwehr- und Bewältigungspräferenzen, die therapeutisch sehr wertvoll wären, fehlen jedoch noch immer.

3 Fragestellung und Methode der empirischen Untersuchung

Entsprechend der aktuellen Untersuchung *Willes* (1984) zielt die vorliegende Arbeit eine vergleichende Studie zwischen Enkopretikern und Enuretikern, psycho-

tischen Patienten und Patienten mit infantilem psychoorganischem Syndrom perinataler Genese an. Solche Untersuchungen sind sehr selten; der Vergleich mit Enuretikern hat bisher widersprüchliche Ergebnisse erbracht (*Henning*, 1977; *Krisch* u. *Jahn*, 1981). Ein zusätzlicher Vergleich mit psychotischen Patienten liegt nahe, nachdem *Anthony* (1957) die Enkopretiker-Persönlichkeit in die Nähe zur Psychose rückte. Die Gruppe von Patienten mit Hirnfunktionsstörung eignet sich nach *Wille* vor allem wegen ihrer klaren organischen Symptomenentstehung zum Vergleich mit enkopretischen Kindern und Jugendlichen. Auf die Thematik bezogen soll jedoch der Ansatz *Willes* hinsichtlich der Erfassung von Bewältigungs- und Abwehrformen erweitert werden; klinisch-therapeutisch relevante Dimension des Lebensstils im Sinne instrumenteller Daseinstechniken sollen erfasst werden (vgl. *Reinhard*, 1984).

Folgende Patientengruppen stehen zur Verfügung:

- 146 enkopretische Kinder mit dem Symptom Enkopresis als Haupt- oder Nebendiagnose,
- 105 enuretische Kinder mit dem Symptom Enuresis als Hauptdiagnose,
- 55 psychotische Kinder mit der Hauptdiagnose einer Psychose (Schizophrenie, endogene Depression, Manie, Mischformen),
- 371 Kinder mit der Diagnose eines infantilen psychoorganischen Syndroms als Haupt- oder Nebendiagnose,
- 634 Patienten mit anderen Diagnosen als Vergleichsgruppe.

Diskutiert werden im folgenden lediglich Ergebnisse, die sich sowohl in der Varianzanalyse als auch im Gruppenvergleich mit dem t-Test (Enkopretiker verglichen mit allen übrigen Gruppen) als hoch signifikant ($p = .01$) unterschiedlich erwiesen haben.

Daten zum familiären Hintergrund, zur Vorgeschichte, zum psychopathologischen und psychologischen Befund sind nach dem von *Schmidt* (1977) beschriebenen Vorgehen erfasst worden. Die Operationalisierung der formalen, thematischen und instrumentellen Aspekte der Daseinsbewältigung durch das Kategoriensystem *Thomaes* (zuletzt *Thomae*, 1984) sind in einem Beitrag zur Psychodiagnostik (*Reinhard*, 1984) ausführlich beschrieben worden.

4 Ergebnisse zur Daseinsbewältigung enkopretischer Kinder

Betrachtet man die hoch signifikanten Ergebnisse (Tab. 1), so fällt zunächst auf, daß Kinder mit Enkopresis jünger sind als andere; hinsichtlich der sozialen Schicht sind sie benachteiligt. Als häufigstes zusätzliches Symptom tritt Enuresis auf; andere Patienten nassen sehr viel seltener ein.

Sehr auffällig ist die Kombination einer hohen familiären und schulischen Belastung mit einer sehr geringen Bereitschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit dieser Belastung. In Zusammenhang damit sind zahlreiche Er-

Tabelle 1: Ergebnisse der Varianzanalysen und Gruppenvergleiche mit dem t-Test ($p = .01$)

	Enkopresis N = 145	Enuresis N = 105	Psychosen N = 55	POS* N = 371	andere N = 634
Alter	8.6	9.6	12.7	10.4	11.5
Mittel-/Oberschicht (%)	26.2	39.5	75.8	45.9	48.8
Symptommhäufigkeit: Einnässen (%)	77.3	100	4.2	17.6	7.2
Familiäre Belastung	7.2	7.0	6.6	6.9	7.0
Akt. Auseinandersetzung fam. B.	2.3	2.9	4.3	2.8	3.4
Schulische Belastung	6.6	6.1	5.3	6.5	6.1
Akt. Auseinandersetzung schul. B.	2.8	3.4	4.1	3.0	3.5
Lebensstil 1. formale Aspekte:					
– aktiv-emotionale Anpassung	11.8	13.3	15.2	13.7	14.5
– kontrollierte Anpassung	10.1	10.9	12.8	11.3	12.3
Lebensstil 2. themat. Aspekte:					
– Belastung und Begrenzung	11.1	12.8	15.4	12.9	14.8
– Wunsch nach Expansivität	8.5	10.2	9.6	10.0	10.4
Lebensstil 3. instrument. Aspekte:					
– Bewältigung (Coping)	10.9	13.9	10.7	13.2	13.0
– Gleichgültigkeit	7.5	6.7	6.4	6.7	6.0
– Fluchttendenzen	6.2	7.0	9.0	7.1	8.2
– Widerstand	5.0	6.0	7.4	5.5	6.7
– inadäquate Aggressivität	8.3	9.9	11.6	9.6	10.5

* psychoorganisches Syndrom

gebnisse zu formalen, thematischen und instrumentellen Aspekten des Lebensstils in Varianzanalyse und t-Test hervorzuheben.

Sowohl die durch Aktivität und Emotionalität bestimmte formale Anpassungsleistung als auch die kontrollierte, durch Steuerung bestimmte Adaptation ist am geringsten bei enkopretischen Kindern ausgeprägt. Das gilt auch für die maßgebenden Dimensionen der Daseinsthemen: Restriktion durch Belastung und Begrenzung bestimmen bei enkopretischen Kindern weniger als bei anderen Patienten die Lebensthematik. Auch der Wunsch nach Expansion, nach einer Erweiterung des Lebensraumes, tritt bei diesen Kindern in den Hintergrund.

Dominierend ist bei enkopretischen Kindern hinsichtlich ihrer Daseinsstechniken eine Tendenz zur Gleichgültigkeit. Die Situation wird akzeptiert, eine Problemlösung wird den Umständen überlassen, ohne daß das Kind selbst etwas zur Lösung beitragen will. Alle anderen Bereiche der instrumentellen Formen der Daseinsbewältigung – Bewältigung im Sinne eines adäquaten Copings, Flucht, Widerstand und Aggressivität – sind geringer ausgeprägt als bei anderen Patienten.

Faßt man die Ergebnisse zusammen, so handelt es sich bei den enkopretischen Kindern unserer Stichprobe um jüngere Patienten, die hinsichtlich der sozialen Schicht, der Familie und der Schule belasteter sind, sich mit dieser Belastung jedoch weniger als andere Patienten auseinandersetzen. Aktiv-emotionale Anpassung und Steuerung gelingen ihnen weniger gut, Belastungen und Begrenzungen einerseits, Wünsche nach Expansion andererseits ste-

hen im Erleben stärker als bei anderen zurück. Eine Anpassung und Fehlanpassung ist bei diesen Patienten weniger durch adäquates Coping, durch Flucht, Widerstand und Aggression gekennzeichnet; vielmehr sind hier ein Sich-Treibenlassen, eine Situationsakzeptanz ohne eigenen Beitrag zur Problemlösung charakteristisch, wobei Lösungen dem Zufall überlassen bleiben.

5 Diskussion

Während die vorliegenden Ergebnisse zu Alter, sozialer Schicht, Geschlechtszugehörigkeit und zusätzlicher Symptomatik die Befunde, die Wille (1984) referiert und z.T. auch selbst erzielt hat, bestätigen, stellen vor allem die Befunde zu formalen, thematischen und instrumentellen Aspekten der Daseinsbewältigung dieser Kinder eine Ergänzung bisher vorgestellter Befunde dar. Die hier erzielten Ergebnisse lassen sich am ehesten mit den Befunden Bellmans (1966) und Willes (1984) vergleichen, die eine stärkere neurotische Persönlichkeitsstörung und deutlichere Hinweise auf Passivität und Angst sowie Kontaktschwäche bei enkopretischen Kindern nachweisen konnten. Vor allem die erheblichen Defizite im Bereich der Copingfähigkeiten verweisen dabei auf schwerwiegende Ich-Störungen dieser Patienten (Binet, 1979), denen Ich-Abgrenzung und Selbstregulierung nicht gelingen. Drang und Begrenzung werden dabei kaum bemerkt, eine apathische Selbstaufgabe ist charakteristisch. Das weitgehende Fehlen reifer Ich-Funktionen

und Abwehrformen spricht auch für die These *Dufours* (1982), nach der die Differenzierung zwischen Selbst und Objekt bei diesen Kindern nicht gelingt. Die extreme Passivität der Enkopretiker wird dann erst sekundär von der Mutter als Aggressivität empfunden (*Keilbach*, 1977). Emotional entgeht ihnen die negative Auswirkung ihrer Symptomatik, ein leerer Gesichtsausdruck bei den Patienten spricht ebenso wie ein Gefühl der Fremdheit und Unbehaglichkeit für eine massive Kontaktstörung auf der Grundlage einer gleichgültigen Passivität. In Therapieverläufen bestätigt sich so die Relevanz einer Ergänzung psychopathologischer Befunde durch die Beschreibung von Formen der Daseinsbewältigung. Gerade der Vergleich mit anderen Patientengruppen hat gezeigt, daß aufgrund formaler, thematischer und instrumenteller Aspekte der Daseinsbewältigung eine adäquatere Beschreibung dieser Patienten möglich ist.

Wille hat darauf hingewiesen, daß vor allem neurologisch unreife Kinder, die sich schlecht abgrenzen können, durch Traumatisierungen bedroht werden und mit apathischer Selbstaufgabe reagieren. Beziehungen werden als nicht veränderbar definiert, Aggressionsprobleme herrschen in der ganzen Familie vor, wenn ein enkopretisches Kind zum Sündenbock wird und durch sein Symptom in passiv-abhängiger Weise direkte Kommunikation vermeidet, jedoch gleichzeitig hintergründig aggressiv reagiert und die Spannungen der übrigen Familienmitglieder kontrolliert (*Wille*, 1984). Soziale Ausgrenzung, Erniedrigung und Bestrafung sind für das Kind die Folge, aber auch Aufmerksamkeit und Zuwendung, die den Zirkel apathischer Passivität aufrechterhalten.

Summary

Coping Styles of Children with Encopresis

146 children with encopresis are compared with 105 children with enuresis, 55 psychotic children and 371 children with brain dysfunction. Great importance is attached to personality dimensions relevant for therapeutic interventions (coping styles according to *Thomae*).

Children with encopresis are younger than other patients and more tainted with respect to social class, family, and school. However they are coping less actively than others with this stress. They are less successful in active-emotional adaptation and regulation, stress and limitation, but also wishes for expansion are not decisive for their experience. Adaptation and misadaptation are not determined by adequate coping, flight, resistance, and aggression, but by apathetic passivity and acceptance of the situation without an own contribution to the solution of their problems. The symptomatology is interpreted as an expression of a serious ego-dysfunction, which makes impossible the differentiation between self and object. Relative to family dynamics the apathetic self-abandonment of children with encopresis can be valued as an effort to regulate aggressivity in the family.

Literatur

- Anthony, E. J.* (1957): An experimental approach to the psychopathology of child encopresis. In: *Brit. J. Med. Psychol.* 30, 146–175. – *Artner, K., Castell, R.* (1979): Stationäre Therapie von einkotenden Kindern. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 28, 119–132. – *Artner, K., Castell, R.* (1981): Enkopresis – Diagnostik und stationäre Therapie. In: *Steinhausen, H.* (Hg.): Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. S. 93–119. Stuttgart: Kohlhammer. – *Asperger, H.* (1968): Heilpädagogik. 5. Aufl. Wien: Springer. – *Baird, M.* (1974): Characteristic interaction patterns in families of encopretic children. In: *Bull. Menninger Clinic* 38, 144–153. – *Bellman, M.* (1966): Studies on encopresis. In: *Acta Paediatr. Scand. Suppl.* 170. – *Bemporad, J. R., Pfeiffer, C. M., Gibbs, L.* (1971): Characteristics of encopretic patients and their families. In: *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 10, 272–292. – *Binét, A.* (1979): Zur Genese von Störungen der Sphinkterkontrolle. In: *Psyche* 12, 1114–1126. – *Dufour, R.* (1982): Pour une approche structurale et dynamique de l'encopresie. Thèse Université de Genève. Genève: Editions Médecine et Hygiène. – *Frederking, U.* (1975): Häufigkeiten somatischer und sozialer Bedingungen von Verhaltensstörungen 10-jähriger Schulkinder. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 24, 204–213. – *Harbauer, H.* (1978): Das aggressive Kind. In: *Monatsschr. Kinderheilkd.* 126, 472–478. – *Henning, H.* (1977): Einige Ergebnisse psychologischer Untersuchungen bei Enuretikern und Enkopretikern im Kindesalter. In: *Ärztl. Fortbildung* 9, 431–434. – *Hennoch, E.* (1887): Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 3. Aufl. Berlin: Hirschwald. – *Herzka, H. S.* (1981): Kinderpsychopathologie. Basel: Schwabe. – *Jekelius, E.* (1936): Incontinentia alvi im Kindesalter. In: *Arch. Kinderheilk.* 109, 129. – *Kadinsky, D.* (1973): Enkopresis. In: *Biermann, G.* (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. München: Reinhard. – *Keilbach, H.* (1976): Aus der Behandlung eines achtjährigen Jungen mit Enkopresis acquisita als Hauptsymptom. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 2, 81–91. – *Keilbach, H.* (1977): Untersuchung an acht Kindern mit der Hauptsymptomatik Einkoten. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 27, 117–128. – *Krisch, K.* (1980): Eine vergleichende Untersuchung zum 'Enkopretischen Charakter'. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 30, 42–47. – *Krisch, K.* (1983): Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32, 260–265. – *Krisch, K., Jahn, J.* (1981): Anamnesedaten und Untersuchungsergebnisse von 36 Enkopretikern. In: *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 9, 16–29. – *Levine, M. D.* (1975): Children with encopresis. A descriptive analysis. In: *Pediatrics* 56, 412–416. – *Reinhard, H. G.* (1984): Lebensstil und Daseinstechnik als Ausweg aus der Krise der Psychodiagnostik. In: *Z. f. Individualpsych.* 9, H. 4. – *Remschmidt, H., Dauner, J., Schulz, U.* (1974): Zur Strukturanalyse des Krankengutes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Station für Kinder und Jugendliche. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 23, 42–46. – *Rutter, M., Tizard, J., Whitmore, K.* (1970): Education, Health and behavior. London: Longmans. – *Schmidt, M. H.* (1977): Verhaltensstörungen bei Kindern mit sehr hoher Intelligenz. Bern: Huber. – *Schücking, B.* (1981): Psychosomatik des Kindes – aus familientherapeutischer Sicht. München: Reinhard. – *Schwidder, W.* (1951): Zur Symptomatik und Ätiologie der Enuresis und Enkopresis (1951). In: *Schwidder, W.* (1975): Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und psychosomatischen Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – *Strunk, P.* (1976): Enkopresis. In: *Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G., Strunk, P.* (Hg.): Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: Springer. – *Thomae, H.* (1984): Formen der Auseinandersetzung mit Konflikt und Bela-

stung im Jugendalter. In: *Olbrich, E. und Todt, E. (Hg.): Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen.* S. 89–110. Berlin: Springer. – *Tramer, M. (1964):* Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. 4. Aufl. Basel: Schwabe. – *Wagerer, M. (1977):* Vier Fallskizzen über Jungen mit dem Symptom Enkopresis. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 26, 21–27. – *Weber, A. (1973):* Daseinanalyse und psychosomatische Medizin. In: *Fortbildungskurse Schweiz. Ges. Psych.* 6, 14–21. – *Wille, A. (1984):*

Die Enkopresis im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer. – *Wolters, W. H. G. (1978):* The influence of environmental factors on encopretic children. In: *Acta Paedopsychiatrica* 43, 159–172.

Anschr. d. Verf.: Dr. Dr. Hans G. Reinhard, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rheinische Landeslinik Düsseldorf, Postfach 120510, 4000 Düsseldorf 12.