

Hürter, Albert / Piske-Keyser, Karl

**Das gemeinsame Muster physiologischer und
beziehungsdynamischer Prozesse bei einer langjährigen
Enkopresis**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 5, S. 171-177

urn:nbn:de:bsz-psydok-33436

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

Erziehungsberatung

- Bittner, C./Göres, H. G./Götting, S./Hermann, J.:* Bewältigungsstrategien von Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Beratung (Adolescents Problem Solving Strategies and their Significance for Counseling) 126
- Ehrhardt, K. J.:* Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung (Are Child Guidance Clinics orientated along Middle-Class Standards?) 329
- Gerlicher, K.:* Prävention – erfolgversprechendes Ziel oder illusionäre Aufgabe für die institutionelle Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung? (Prevention – Promising Goal or Illusory Task for the Child, Youth, and Family Counseling?) 53

Familientherapie

- Buchholz, M. B./Kolle, U.:* Familien in der Moderne – Anti-Familie – Familien? (Families Today – Anti-Family-Families?) 42
- Gehring, T. M./Funk, U./Schneider, M.:* Der Familiensystem-Test (FAST): Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen (The Family System Test (FAST): A Three Dimensional Method to Analyze Social Relationships) 152

Forschungsergebnisse

- Aba, O./Hendrichs, A.:* Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen (The In-Patients of a Psychiatric Hospital for Children and Adolescents in Hessen) 358
- Brinich, E. B./Drotar, D. D./Brinich, P. M.:* Die Bedeutung der Bindungssicherheit vom Kind zur Mutter für die psychische und physische Entwicklung von gedeihschwachen Kindern (The Relevance of Infant-Mother Attachment Security for the Psychological and Physical Development of Failure-to-thrive Children) 70
- Brumby, A./Steinhausen, H.-C.:* Der Verlauf der Enuresis im Kindes- und Jugendalter (The Course of Enuresis in Childhood and Adolescence) 2
- Ernst, H./Klosinski, G.:* Entwicklung und familiales Umfeld bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen: eine Retrospektiv- und Vergleichsstudie (Development of Personality and Family Dynamics of Children and Adolescents Suffering from Compulsive Neurosis) 256
- Hüffner, U./Mayr, T.:* Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in bayerischen Regelkindergärten – erste Ergebnisse einer Umfrage (Handicapped Children in Bavarian Preschools/Kindergartens – First Results of a Representative Survey) 34
- Kammerer, E.:* Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie – eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern (Parental and Juvenile Satisfaction with Psychiatric Inpatient Treatment – Opinions and Judgements in Contrast) 205
- Mempel, S.:* Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (Children's Motivation for Treatment) 146
- Petermann, F./Walter, H. J.:* Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach be-

- einträchtigten Kindern (Effects of a Behavior Training with Social Incompetent Children with multiple Systems) 118
- Ruckgaber, K. H.:* Die Einrichtung von externer psychoanalytischer Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (How to institute External Psychoanalytical Supervision in an Child-Psychiatric-Clinic) 210
- Saile, H.:* Zur Erfassung des Temperaments bei Kindern (To Assess the Temperament of Infants) 6
- Wisniak, U. V./Posch, C./Kitzler, P.:* Erlebtes Erziehungsverhalten bei juvenilen Diabetikern in der Pubertät (Experienced Parental Rearing Behaviour of Juvenile Diabetic Children) 354
- Zimmermann, W.:* Interventionsorientierte Diagnostik der Aggressivität im Kindesalter (Intervention-oriented Diagnosis of Aggressive Social Behaviour in Childhood) 335

Frühförderung

- Artnner, K./Barthlen-Weis, M./Offenberg, M.:* Intelligenzbeurteilung mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): Pilotstudie an einer Stichprobe sprachentwicklungsgestörter Kinder (Assesing Cognitive Development with the Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): A Pilot Study with Speech- and Language-Disordered Children) 299
- Kilian, H.:* Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -theapie aus systematischer Sicht (Some Remarks on Early Education from a Systemic Point of View) 277
- Krause, M. P.:* Die „bessere Elternschaft“ – Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute (The „Better Parenthood“. Educational Attitudes in Mothers of Handicapped Children and their Evaluation by Experts) 283
- Pfeiffer, E. M.:* Bewältigung kindlicher Behinderung (Coping with a Handicapped Child) 288
- Sarimski, K./Deschler, J.:* Grundlegende soziale Kompetenzen bei retardierten Kindern: Probleme der Förderung und Evaluation (Social Skills Training with Retarded Children: Treatment Issues and Evaluation) 293

Praxisberichte

- Hürtner, A./Piske-Keyser, K.:* Das gemeinsame Muster physiologischer und beziehungs-dynamischer Prozesse bei einer langjährigen Enkopresis (The Common Patterns of Physiological and Dynamical Processes of a Chronic Encopresis) 171
- Hummel, P./Biege-Rosenkranz, G.:* Anorexia nervosa in der zweiten Generation? – Eine Fallstudie (Anorexia nervosa in the Second Generation? – A Case Study) 372
- Kilian, H.:* Eine systematische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele (Some Considerations about Hyperactivity form a Systemic Point of View) 90
- Räder, K./Specht, F./Reister, M.:* Anorexia nervosa und Down-Syndrom (Anorexia nervosa and Down's Syndrome) 343

Psychosomatik

- Hirsch, M.:* Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie (Own Body and Food as Representation of Objects in Anorexia and Bulimia) 78

Psychotherapie

- Günter, M./du Bois, R./Kleefeld, H.:* Das Problem rasch wechselnder Ich-Zustände in der stationären Langzeittherapie psychotischer Jugendlicher (The Problem of Rapidly Changing Ego-states in Long Term In-patient Treatment of Psychotic Adolescents) 250
- Herzka, S./Nil, V.:* Gemeinsame Strukturen der Psychotherapie und Bewegungstherapie (Analogies of Psychotherapy and Movement Therapy) 216
- Rohse, H.:* Zwangsneurose und Adoleszenz (Compulsive Neurosis and Adolescence) 241
- Streck-Fischer, A.:* Zwang, Ichorganisation und Behandlungsvorgehen (Compulsion, Organisation of Ego, and Approaches to Treatment) 236
- Süssenbacher, G.:* Die „Hornbärprinzessin“: Anorexie als gelebte Katachrese in der Tochter-Vater-Beziehung – ein Fallbericht (The „Hornbear-Princess“: Anorexia Nervosa as „performed“ Katachresis in Daughter-father Relationship) 164

Übersichten

- Berger, M.:* Klinische Erfahrungen mit späten Müttern und ihrem Wunschkind (Clinical Experiences with Late Mothers and their „Wished for“ Children) 16
- Blesken, K. W.:* Systemisch orientierte Supervision in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Systemically orientated Supervision of Psychotherapy with Children and Adolescents) 322
- Brack, U. B.:* Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik (The Diagnosis of mental Retardation in Children from a Medical, Psychological and Pedagogical Point of View) 83
- Frey, E.:* Über-Ich und Gewissen. Zum Unterschied der beiden Begriffe und seiner Bedeutung für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Superego or Conscience. On the Differentiation of both Terms and its Function for the Psychotherapy of Children and Adolescents) 363
- Rothaus, W.:* Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit (The Consequences of Systemic Thinking on the Therapist's Idea of Man and his Therapeutic Work) 10
- Schlaginhausen, F./Felder, W.:* Sprachliche Form des Columbustests für Sehbehinderte (Langeveld Columbus Test: Adapted for the Testing of Visually Handicapped Children) 133
- Specht, F.:* „Fremdplazierung“ und Selbstbestimmung („Outside Placement“ and Self-Determination) 190
- Steinhausen, H. C.:* Zur Klassifikation und Epidemiologie „psychosomatischer“ Störungen im Kindes- und Jugendalter (On Classification and Epidemiology of „Psychosomatic Disorders“) 195

Tagungsberichte

- „Was heißt Aufarbeiten nationalsozialistischer Vergangenheit?“ – Bericht über die XXIII. Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. 97
- Bericht über das VIII. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 100

- Bericht über die 21. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 8. bis 10. Mai 1989 in München 263

Buchbesprechungen

- Alvin, J.:* Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder 308
- Arens, C./Dzikowski, S. (Hrsg.):* Autismus heute. Bd. 1: Aktuelle Entwicklungen in der Therapie autistischer Kinder 139
- Balint, M.:* Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse 107
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 22 222.
- Berner Datenbuch der Pädiatrie.* 3. vollst. bearb. u. ergänzte Aufl. 179
- Bierhoff, H. w./Montada, L. (Hrsg.):* Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft 221
- Bodenheimer, A. R.:* Verstehen heißt antworten. Eine Deutungslehre aus Erkenntnissen der Psychotherapie 27
- Brakhoff, J. (Hrsg.):* Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie 102
- Bürgin, D. (Hrsg.):* Beziehungskrisen in der Adoleszenz 226
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Kunst und schöpferische Persönlichkeit – Anwendung der Psychoanalyse auf den außertherapeutischen Bereich 269
- von Cube, F./Storch, V. (Hrsg.):* Umweltpädagogik – Ansätze, Analysen, Ausblicke 227
- Daly, R./Sand, E. A. (Eds.):* Psychological Treatment of mental illness 60
- Erning, G./Neumann, K./Reyer, J. (Hrsg.):* Geschichte des Kindergartens. Bd. 1: Entstehung und Entwicklung der öffentlichen Kleinkindererziehung in Deutschland von den Anfängen bis zur Gegenwart. Bd. 2: Institutionelle Aspekte, systematische Perspektiven, Entwicklungsverläufe 62
- Esser, U.:* Rogers und Adler. Überlegungen zur Abgrenzung und zur Integration 110
- Esser, U./Sander, K. (Hrsg.):* Personenzentrierte Gruppentherapie – therapeutischer Umgang mit der Person in der Gruppe 223
- Flammer, A.:* Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung 379
- Flosdorf, P. (Hrsg.):* Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe. Bd. 1: Konzepte in Heimen der Jugendhilfe; Bd. 2: Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim 182
- Franke, U. (Hrsg.):* Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie 140
- Freedman, A. M./Kaplan, H. I./Sadock, B. J./Peters, U. H. (Hrsg.):* Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. 3: Neurosen, Bd. 4: Psychosomatische Störungen 179
- Fröhlich, A. D. (Hrsg.):* Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder 380
- Gerlinghoff, M./Backmund, H./Mai, N.:* Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit 139
- Graf-Nold, A.:* Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse 266
- Gruen, A.:* Der frühe Abschied. Eine Deutung des plötzlichen Kindstodes 305
- Haberkorn, R./Hagemann, U./Seehausen, H. (Hrsg.):* Kindergarten und soziale Dienste 182
- Heckerens, H. P.:* Die zweite Ehe – Wiederheirat nach Scheidung und Verwitwung 312
- Herzog-Bastian, B./Jacobi, V./Moser, P./Schewring, A.:* Straftaten Jugendlicher. Ursachen, Folgen, sozialpädagogische Maßnahmen 377
- Holle, B.:* Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes 180
- Hooper, S. R./Willis, G.:* Learning Disability Subtyping 379

<i>Iben, G.</i> (Hrsg.): Das Dialogische in der Heilpädagogik	313	der Heimerziehung: Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation	105
<i>Innerhofer, P./Klicpera, C.</i> : Die Welt des frühkindlichen Autismus. Befunde, Analysen, Anstöße	138	<i>Pothmann, R.</i> (Hrsg.): Chronische Schmerzen im Kindesalter	348
<i>Institut für soziale Arbeit e. V.</i> (Hrsg.): Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zwischen Konkurrenz und Kooperation	307	<i>van Quekelberghe, R.</i> : Anna – eine Lebenslaufanalyse	228
<i>Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Psychologische Diagnostik – Ein Lehrbuch	109	<i>Quindt, H.</i> : Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht	102
<i>Kammerer, E.</i> : Kinderpsychiatrische Aspekte der schweren Hörschädigung	308	<i>Reinhard, H. G.</i> : Formen der Daseinsbewältigung psychisch gestörter Jugendlicher	380
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen	224	<i>Reiter, L./Brunner, E./Reiter-Theil, S.</i> (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systematischen Perspektive	311
<i>Kautter, H./Klein, G./Laupheimer, W./Wiegand, H. S.</i> : Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Idee und Praxis der Selbstgestaltung in der Frühförderung entwicklungsverzögerter und entwicklungsgefährdeter Kinder	346	<i>Reiter-Theil, S.</i> : Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für die therapeutische Ethik	310
<i>Kisker, K. P./Lauter, H./Meyer, J. E./Müller, C./Strömgen, E.</i> (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart; Bd. 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie	306	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. 1: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie	105
<i>Klockhaus, R./Trapp-Michel, A.</i> : Vandalistisches Verhalten Jugendlicher	378	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	220
<i>Klosinski, G.</i> (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen	305	<i>Rerrich, M. S.</i> : Balanceakt Familie. Zwischen alten Leitbildern und neuen Lebensformen	184
<i>Kratz, B.</i> : Freuds Ehrgeiz – seine Lehrer und Vorbilder	304	<i>Rijnaarts, J.</i> : Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest	26
<i>Kübler, H. D./Kuntz, S./Melchers, C.</i> : Angst wegspielen. Mitspieltheater in der Medienerziehung	104	<i>Rosenberger, M.</i> (Hrsg.): Ratgeber gegen Aussonderung	183
<i>Kühne, H. H.</i> (Hrsg.): Berufsrecht für Psychologen	28	<i>Rudolf, G.</i> : Therapieschemata für die Psychiatrie	25
<i>Kutter, P.</i> : Moderne Psychoanalyse	270	<i>Schneider-Henn, K.</i> : Die hungrigen Töchter. Eßstörungen bei jungen Mädchen	25
<i>Lamnek, S.</i> : Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie	180	<i>Schuhmacher, D.</i> : Sprechen und Sehen	381
<i>Landenberger, G./Trost, R.</i> : Lebenserfahrungen im Erziehungsheim	313	<i>Schwob, P.</i> : Großeltern und Enkelkinder. Zur Familiendynamik der Generationsbeziehung	311
<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Reifung und Ablösung. Das Generationenproblem und seine psychopathologischen Randformen	61	<i>Speck, O.</i> : System Heilpädagogik – eine ökologisch-reflexive Grundlegung	26
<i>Liedtke, R.</i> : Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Eine empirische Studie zum elterlichen Erziehungsstil bei psychosomatisch erkrankten Kindern	220	<i>Spiel, G.</i> : Hemisphärendominanz – Lateralität	347
<i>Lohaus, A.</i> : Datenerhebung in der Entwicklungspsychologie	309	<i>Spiel, W./Spiel, G.</i> : Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	60
<i>McDougall, J.</i> : Theater der Seele – Illusion und Wahrheit auf der Bühne der Psychoanalyse	268	<i>Spring, J.</i> : Zu der Angst kommt die Scham. Die Geschichte einer sexuell mißbrauchten Tochter	225
<i>Merkens, L.</i> : Einführung in die historische Entwicklung der Behindertenpädagogik in Deutschland unter integrativen Aspekten	184	<i>Steiner, G.</i> : Lernen. 20 Szenarien aus dem Alltag	109
<i>Merkens, L.</i> : Aggressivität im Kindes- und Jugendalter	378	<i>Steller, M.</i> : Psychophysiologische Aussagebeurteilung. Wissenschaftliche Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten der „Lügendetektion“	103
<i>Merz, M.</i> : Schwangerschaftsabbruch und Beratung bei Jugendlichen – eine klinisch-tiefenpsychologische Untersuchung	225	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein Psychoanalytischer Versuch	268
<i>Moosmann, H.</i> : Der Kampf um die kindliche Imagination oder Annäherung an des Kind Jesu	61	<i>von Tetzchner, S./Siegel, L./Smith, L.</i> (Eds.): The Social and Cognitive Aspects of Normal and Atypical Language Development	380
<i>Müller-Hohagen, J.</i> : Verleugnet, verdrängt, verschwiegen – Die seelischen Auswirkungen der Nazizeit	228	<i>Thomasius, R.</i> : Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Forschungsstand und praktische Hilfen	349
<i>Mutzek, W./Pallasch, W.</i> (Hrsg.): Integration von Schülern mit Verhaltensstörungen	181	<i>von Trad, P.</i> : Psychosocial Scenarios for Pediatrics	63
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	307	<i>von Uslar, D.</i> : Sein und Deutung. Grundfragen der Psychologie	223
<i>Petermann, F.</i> (Hrsg.): Verhaltensgestörtenpädagogik	28	<i>Volpert, W.</i> : Zauberlehrlinge. Die gefährliche Liebe zum Computer	349
<i>Petermann, U.</i> : Sozialverhalten bei Grundschulern und Jugendlichen	221	<i>Walper, S.</i> : Familiäre Konsequenzen ökonomischer Deprivation	312
<i>Petermann, F./Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	110	<i>Watzlawick, P.</i> : Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“	311
<i>Petermann, F./Noeker, M./Bochmann, F./Bode, U./Grabisch, B./Herlan-Criado, H.</i> : Beratung mit krebserkrankten Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	178	<i>Weiss, T.</i> : Familientherapie ohne Familie	108
<i>Petri, H.</i> : Erziehungsgewalt – Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung	377	<i>Welsch, U./Wiesner, M.</i> : Lou Andreas-Salome. Vom „Lebensurgrund“ zur Psychoanalyse	267
<i>Pikler, E.</i> : Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen	348	<i>Wendeler, J.</i> : Psychologie des Down Syndroms	140
<i>Planungsgruppe PETRA</i> : Analyse von Leistungsfeldern		<i>Witte, W.</i> : Einführung in die Rehabilitations-Psychologie	108
		<i>Zöller, D.</i> : Wenn ich mit euch reden könnte . . . Ein autistischer Junge beschreibt sein Leben	381
		Editorial: 276, 322	
		Autoren der Hefte: 25, 58, 101, 137, 178, 219, 266, 304, 346, 376	
		Diskussion/Leserbriefe: 58	
		Tagungskalender: 30, 64, 111, 141, 185, 229, 271, 315, 350, 382	
		Mitteilungen: 30, 65, 112, 142, 186, 231, 272, 316, 351, 382	

Das gemeinsame Muster physiologischer und beziehungs-dynamischer Prozesse bei einer langjährigen Enkopresis

Von Albert Hürter und Karl Piske-Keyser

Zusammenfassung

Bei der Behandlung einer über 6 Jahre persistierenden Enkopresis eines nun 10jährigen Jungen zeigt sich, wie physiologische und beziehungs-dynamische Prozesse eine gemeinsame Entwicklung eingehen, die den Krankheitsverlauf der Enkopresis chronifiziert und zu einer weiteren Entwicklungshemmung in Form von Schulleistungsschwierigkeiten führt. Der psychotherapeutische Behandlungsansatz entspringt diesem inneren Zusammen-

hang von aktueller Symptomatik, chronifizierter Entwicklung und fehlgeschlagenen erzieherischen, medizinischen und psychotherapeutischen Lösungsversuchen.

1 Geschichte der Lösungsversuche

Nachdem der Zeitpunkt erreicht war, zu dem die Eltern S. ihrem nun 10jährigen Sohn Klaus (Namen wurden geändert) die unzureichende Stuhlkontinenz nicht

mehr nachsahen und sie als Problem erkannten, begannen sie im 4. Lebensjahr des Kindes, durch Variation des Erziehungsverhaltens Einfluß auf das enkopretische Verhalten von Klaus zu nehmen. Loben und Verstärken wechselten mit Schimpfen, Schlagen und Drohen ab. Mal beachteten sie das Symptom nicht, mal redeten sie ihm gut zu, versprachen Verlockendes und trafen mit zunehmenden Alter des Sohnes Verabredungen.

Da sich der gewünschte Erfolg jedoch nicht einstellte, veranlaßte die Kinderärztin der Familie, die für die Eltern ein Halt über all diese Jahre war und die Familie begleitete, eine stationäre Diagnostik und Therapie auf der pädiatrischen Station eines städtischen Krankenhauses. Der 4jährige Klaus blieb dort 14 Tage. Die medizinische Diagnostik erbrachte keinen körperlich-pathologischen Befund. Durchgeführt wurde ein Stuhltraining, welches die Eltern zu Hause fortführten. Diesem Versuch war ein kurzer Erfolg beschieden, bevor sich der beklagte Zustand wieder herstellte. Über einen längeren Zeitraum hinweg wurde Klaus wiederholt ambulant einer Kinder- und Jugendpsychiaterin vorgestellt, die dem 5 bzw. 6jährigen Klaus ebenfalls eine körperlich und psychisch unauffällige Konstitution bescheinigen konnte.

Wiederum einige Zeit später – Klaus war 7 Jahre alt – begann die Zusammenarbeit mit einer niedergelassenen Diplom-Psychologin. Im Verlaufe eines Jahres wurde Klaus spieltherapeutisch betreut. Diese Spieltherapie war von vereinzelt Familiengesprächen und einem in Zusammenarbeit mit den Eltern ausgearbeiteten und von ihnen durchgeführten Verstärkerprogramm begleitet. Der auch hier zu verzeichnende schmale therapeutische Erfolg war leider nur von kurzer Dauer, und es folgte eine resignative Rückzugsphase von etwa 1½ Jahren, in der sich allein die Eltern um die Inkontinenz des Sohnes bemühten.

2 Behandlungsgesuch in unserer Klinik

Im Oktober 1986 und Januar 1987 kam Klaus zur ambulanten Untersuchung sowie zur stationären Diagnostik und Behandlung in unsere Klinik. Den Wunsch nach erneuter medizinischer Diagnostik und einer sich aus einem eventuellen organpathologischen Befund ergebenden Therapie umschrieben die Eltern als ihr Bestreben „alles zu tun, um nicht irgendetwas zu versäumen, so daß wir uns oder jemand uns später würden Vorwürfe machen können“.

Durch Nachfragen erfuhren wir, daß zur Zeit die Eltern ein wesentlich größeres Problem beschäftigte: Klaus absolvierte auf Wunsch der Eltern die 3. Klasse zum zweiten Male, nachdem bereits aufgrund seiner schlechten Leistungen bei durchschnittlicher Intelligenz ein Besuch der Sonderschule überlegt worden war. Dieses Schulleistungsproblem, das in mindestens gleichem Ausmaß die Befindlichkeit und die Interaktion in der Familie dominierte wie die Enkopresis, wurde von den Eltern in keinem Zusammenhang mit der Enkopresis gesehen und folglich nicht als Problem vorgestellt.

3 Diagnostik

Im Rahmen der zweimaligen Vorstellung in der Poliklinik und während des 4tägigen stationären Aufenthaltes ergibt die medizinische und psychologische Diagnostik folgende Hinweise:

3.1 Medizinische Diagnostik

Bei der ersten Vorstellung in der Poliklinik verhält sich Klaus zunächst schüchtern, nach kurzer Zeit ist er aber recht gut zugänglich. Die körperliche Entwicklung ist entsprechend seinem chronologischen Alter. Bei der klinischen Untersuchung findet sich ein unauffälliger Abdominalbefund. Bei der rektalen Inspektion ist die Umgebung des Anus stuhlverschmiert, bei der digitalen Untersuchung tastet man einen mäßigen Sphinktertonus, der jedoch willkürlich ausreichend gesteigert werden kann. Der Analkanal ist relativ kurz, bei stark mit weichem Stuhl gefüllter Ampulle. Der Analreflex ist schwach beidseits auslösbar. Über dem Steißbein findet sich eine grubchenförmige Einziehung der Haut. Bei der neurologischen Untersuchung finden sich keine abnormen Befunde, insbesondere kein Hinweis auf Funktionsstörungen des unteren Rückenmarks. Die Sonographie der Harnwege ergibt keinen Hinweis auf eine Harntransportstörung oder Harnstauung, die Sonographie der unteren Wirbelsäule keinen Anhalt für eine pathologische Raumforderung oder Mißbildung. Bei der anorektalen Manometrie ist Klaus' Kooperation nur mäßig, es zeigen sich „deutliche Hinweise auf willkürliche Dysfunktion der Sphinktermuskulatur“. Auch bei einer späteren rektal-digitalen Untersuchung ergibt sich der Eindruck einer wechselnd starken, zeitweise aber sicher ausreichenden Willkürinnervation der Schließmuskulatur. Die elektromyographische Untersuchung des Sphincter ani externus ergibt keinen Anhalt für eine peripher-neurogene Schädigung. Zusammenfassend finden sich also keine Hinweise für eine neuromuskuläre Störung, wenngleich immer wieder der Eindruck einer zeitweiligen, rasch wechselnden „Sphinkterschwäche“ oder „Dysfunktion“ entsteht.

3.2 Psychologische Diagnostik

Klaus ist das einzige Kind der 48 (Herr S.) und 43jährigen (Frau S.) Eltern. Diese stammen ihrerseits aus kinderreichen Familien, wobei bemerkenswert ist, daß 5 der 6 Geschwister von Frau S. unter Asthma bronchiale leiden bzw. litten. Die Eltern selber sind nicht chronisch erkrankt – auch sind sonstige Belastungen der Familie nicht bekannt. Der Kindeswunsch blieb lange Jahre unerfüllt und Klaus Einzelkind, obschon sich die Eltern mehrere Kinder gewünscht hatten. So ruhen die gesamten Erwartungen der Eltern auf Klaus.

Die familiäre Interaktion im Familiengespräch enthält folgendes Charakteristikum: Die Eltern lassen keine der spärlichen Äußerungen von Klaus unkommentiert bzw. unverbessert. Klaus reagiert auf Fragen des Therapeuten stets mit Verzögerung und hilfeschendenden Blicken in Richtung der Eltern, die dieses als Aufforderung zur Beantwortung der Frage oder zur Umformulierung der Frage an Klaus verstehen. Auf diese Weise erzielen sie eine doppelte Wirkung: Sie schützen Klaus einerseits und gewähren ihm kein eigenständiges Urteil.

Klaus zeigt sich im Einzelgespräch sehr kooperativ und wißbegierig. In der Hamburger Extraversions-Neu-

rotizismus-Skala (*Buggle und Baumgärtel, 1975*) erreicht er einen durchschnittlichen Score für den Kontaktbereich, jedoch einen überdurchschnittlichen Score für eine emotionale Beeinträchtigung, Nervosität, Verstimmung und leichte psychosomatische Beschwerden. Wir meinen, daß es näher liegt, diese emotionale Beeinträchtigung als sekundäre Folge der chronisch verfestigten Problematik anzusehen. Sein bewußt erlebter Leidensdruck ist niedrig – Kommentare der Spielkameraden und Eltern stören ihn zwar, ansonsten gehört die Enkopresis zum Alltag.

Die Schulleistungen von Klaus entsprechen nicht den Erwartungen. Er zeigt sich im Unterricht meist abwesend und passiv. Er ist auch nach wie vor unkonzentriert und widerwillig beim Lesen und Schreiben. Die Intelligenzhöhe wurde mit Hilfe des Benton-Tests (*Benton, 1974*) ermittelt. Unter der Instruktion A entsprechen die Rohwerte für die Anzahl der richtigen Wiedergaben und der Fehler einem durchschnittlichen Intelligenzniveau. Auf eine detailliertere Leistungsdiagnostik wurde wegen der zu erwartenden Einschränkung der Test-Gütekriterien aufgrund der nur kurze Zeit zurückliegenden umfangreicheren Diagnostik (Sonderschulaufnahmeverfahren) verzichtet. Die Eltern kümmern sich täglich intensiv um die schulischen Belange und überfordern ihn. Beispielsweise kann sich die Erledigung einer halbseitigen Hausaufgabe über 4–5 Stunden hinziehen.

4 Die Symptomatik

Abgesehen von 1–3tägigen symptomfreien Intervallen kotet Klaus täglich ein. Dies geschieht nachmittags oder abends; während der morgendlichen Schulzeit ist er symptomfrei. Etwa alle 2 Tage hat Klaus einen normalen Stuhlgang, der allerdings verhärtet ist und ihm Schmerzen bereitet. Klaus kotet meist nur geringe Mengen ein, nach Schilderungen der Eltern seien es „½–1 Eßlöffel“ Stuhlmasse. Dieses kann bis zu 3mal pro Tag geschehen. In der Regel wechselt Klaus die Unterwäsche nicht, so daß seine Umwelt das Einkoten bemerkt bzw. riecht. Darüber, daß Klaus sein „Malheur“ nicht selbst beseitigt und so zur „Schande“ der Familie bzw. der Eltern wird, erregen sich die Eltern in viel stärkerem Maße als über die Tatsache des Einkotens selbst.

Klaus legt im Gespräch überzeugend dar, daß das Einkoten von ihm nicht unbemerkt vonstatten geht. Er registriert den Stuhlgang als dumpfen Drang oder als Spinkterschmerz. Dieses ist im Prinzip unabhängig von Ort und Zeit (Ausnahme ist die Schule) und davon, ob er alleine oder mit anderen zusammen ist oder ob er in Ruhe oder Aktivität ist. Typisch ist jedoch folgende Verhaltenssequenz: Klaus spürt den Stuhldrang zu Hause, er reagiert jedoch nur mit Passivität sowie physiologisch mit einer Anspannung der quergestreiften Anorektalmuskulatur und einer Kontraktion der gesamten Beckenbodenmuskulatur. Er wartet die Fragen und die Mahnungen der Eltern, vornehmlich der Mutter, ab, die, durch Einhalten oder Blähungen veranlaßt, Klaus zum Aufsuchen der Toiletten bewegen sollen. Klaus verharrt weiterhin abwartend. Dieses Abwarten, Ermahnen und Nichtreagieren dauert eine geraume Zeit, so daß der Stuhldrang verschwindet (*Krisch, 1985*) und der geeignete Zeitpunkt für die Defäkation verpaßt ist, wenn er schließlich doch die Toilette aufsucht. Dort versucht er, durch starke willkürliche Bauch-

presse den Stuhl herauszupressen, was in aller Regel nicht gelingt. Diese Sequenz kann sich mehrfach wiederholen. Wird sie schließlich durch spielerische Betätigung durchbrochen, so setzt aufgrund der emotionalen Entspannung der natürliche physiologische Vorgang des Stuhlabsetzens erneut ein. Klaus meidet weiterhin die Toilette, und dann gelingt es ihm oft nicht mehr, das Einkoten zu verhindern. Anstatt sich um seine Sauberkeit zu kümmern, überspielt er diese für ihn peinliche Situation und erhält regelmäßig mehr oder weniger schmeichelhafte Kommentare seiner Spielkameraden und Eltern. Die Rolle der Eltern besteht darin, daß sie ständig auf der Hut sind und Klaus kontrollieren bzw. beobachten. Sie machen ihn darauf aufmerksam, zur Toilette zu gehen. Sie drohen mit Arrest und damit, daß Besuch sich beeinträchtigt fühlen könnte, wenn er die Unterwäsche nicht wechselt. Die Eltern raten ihm, auch auf Verdacht hin, stündlich die Toilette aufzusuchen und durch willkürliches Pressen den Stuhlgang zu bewirken.

5 Co-Evolution von Symptomatik und Lösungsversuchen

5.1 Die erste Ebene des Teufelskreises

Die Sauberkeitserziehung ist ein sehr prägnantes, in der ontogenetischen Entwicklung eines Menschen früh einsetzendes Beispiel für erzieherischen Einfluß auf ein Kind, ohne daß das Ergebnis, sprich das Verhalten des Kindes, direkt vorhersagbar wäre. In unserem Fall erfuhren die Eltern S., daß ihre Sauberkeitserziehung keineswegs zum gewünschten Resultat führte: Klaus behielt eine Enkopresis und eine Enuresis nocturna, die sich aber recht bald verlor. In abstrakter Form ausgedrückt, bedeutet dies, daß sich Klaus gemäß dem grundlegenden Charakteristikum menschlicher Kommunikation verhielt, nach dem Menschen wie „nicht-triviale Maschinen“ reagieren (*Bateson, 1982, v. Foerster, 1985*), d.h. nicht a priori mit einer eindeutigen und vorhersagbaren Beziehung zwischen dem erzieherischen Bemühen (input) und dem Sauberkeitsverhalten des Sohnes (output) gerechnet werden kann.

Es bleibt aber festzuhalten, daß bei Klaus ein somatisches Korrelat seines Symptoms immer wieder, wenn auch wechselnd, objektiv faßbar war. Wir werten dies als Ausdruck der intensiven Verquickung physiologischer und psychologischer Faktoren bei diesem Krankheitsbild. Ähnliche Befunde sind gelegentlich bei chronischer Obstipation zu erheben, auch wenn dabei keine Enkopresis besteht, und werden auf die Überdehnung der Rektumampulle und eine daraus resultierende Überlastung des Schließapparates zurückgeführt. Folgerichtig war auch bei Klaus in der Vergangenheit mehrfach die vermutete Obstipation therapiert worden, jedoch ohne den gewünschten Erfolg auf das Symptom Enkopresis.

Das Mißerfolgserleben der Eltern führte zu zwei gleichzeitig verfolgten Strategien: Variationen des erzieherischen Einflusses und der Kontrolle, um Rückmeldung über das erwünschte und unerwünschte Verhalten zu erhalten. Dieses im Prinzip sinnvolle Verhalten, durch Versuch und Irrtum unter Beachtung der erzielten Wirkung den günstigsten Weg zu finden, kam in der Familie S. vermutlich aufgrund der elterlichen Ungeduld (fami-

liäre Geschichte) nie über das Erprobungsstadium hinaus. Herr und Frau S. erprobten ständig weiter, variierten gemeinsam und jeder für sich, und gemeinsam wuchsen das Mißerfolgs-erleben, die elterlichen Insuffizienzgefühle und der emotionale Druck. Die Eltern beklagten sich beispielsweise, daß es ihnen selbst während des Urlaubs, der ihnen für 3 Wochen die Gelegenheit gab, ihren Sohn zu zweit rund um die Uhr zu beobachten, nicht gelang, der Symptomatik Herr zu werden! Mit verstärktem Engagement wurden die erfolglosen Strategien weiter verfolgt, ein konsequenteres Einsetzen sollte ihnen Erfolg verschaffen. Diese Lösung erster Ordnung nach dem Motto „Mehr desselben“ (Watzlawick et al., 1974, 51) führte – wie in aller Regel – zu einer Verschärfung der Gesamtsituation bei ausbleibendem Erfolg. Solange die grundlegenden Prämissen dieses Lösungsversuches 1. Ordnung nicht in Frage gestellt werden, wirkt jedes auch noch so negative oder wirkungslose Ergebnis als Bestätigung der „richtigen“ Richtung des eingeschlagenen Weges. Dieser sich stets selbst bestärkende Charakter einer Sichtweise oder Epistemologie (Bateson, 1982) legt „logisch schlüssig“ nahe, daß es nur an der noch zu geringen Anstrengung liegen kann. Die psychische Verfassung der Familie erschöpfte sich zusehends.

5.2 Die zweite Ebene des Teufelskreises

Diese innerhalb der Familie nicht mehr zu lösende Problematik verlangte nach einer Erweiterung des Lösungsversuchs, nach einer Erweiterung des Kontextes. So konsultierten die Eltern die ihnen vertraute Kinderärztin und anschließend auf ihren Rat die erwähnte Klinik, Diplom-Psychologin und Kinder- und Jugendpsychiaterin. Die Konsultation dieser Fachleute, welche eine Lösung 2. Ordnung (Watzlawick et al., 1974) hätte werden können und sollen, zeigte leider nur geringen Erfolg. So entwickelte sich im Verlauf dieser 6 Jahre währenden Bemühungen ein zweifacher Teufelskreis. Die verzweifelten Bemühungen der Eltern erfuhren kurzfristig Erleichterung durch die familienexterne Behandlung, allerdings verstärkte jedes erfolglose Jahr und jeder wenig erfolgreiche Behandlungsversuch die elterliche Resignation und den emotionalen Druck auf Klaus.

Bei aller Problematik retrospektiven Urteilens scheint doch deutlich hervor, daß die psychotherapeutisch orientierten Vorgehensweisen, angefangen von einem Stuhltraining über Verstärkerprogramm bis zur kombinierten Spiel- und Familientherapie, von den Eltern S. in ihre beschriebenen Lösungsversuche 1. Ordnung eingebaut wurden: Sie wurden zur zusätzlichen Kontrolle und zum Versuch der direkten Verhaltenssteuerung eingesetzt.

5.3 Die dritte Ebene des Teufelskreises

Die umfassende Kontrolle und der massiver werdende Druck koppelten sich mit einer zunehmenden Passivitätshaltung und abnehmendem Selbstvertrauen und Autonomie bei Klaus. Diese beiden sich bedingenden Prozesse individueller affektiv-kognitiver und interaktion-

ler Art (Simon, 1985) verstärkten sich gegenseitig. So war es nicht verwunderlich, daß bei der Erweiterung des Lebensraumes von Klaus durch Schuleintritt Schwierigkeiten erwachsen. Die Schulleistungen sanken beharrlich, in der 3. Klasse rapide ab. Ein Wechsel auf eine Sonderschule war wegen der durchschnittlichen Intelligenz nicht durchführbar, Klaus wiederholte auf Wunsch der Eltern die 3. Klasse.

Der schulische Druck vermittelte sich Klaus auf zweifache Weise: Über die Pädagogen und den Einfluß der Pädagogen auf die Eltern. Die Lehrer erwarteten von den Eltern, daß sie die Verantwortung für Klaus' schlechte Schulleistungen übernehmen und ihn zu mehr Leistung anhalten sollten.

5.4 Das gemeinsame Muster

So unterschiedlichen Symptomen wie Enkopresis und Schulschwierigkeiten wurde von Eltern und Pädagogen in unterschiedlichen Kontexten auf höchst ähnliche Weise begegnet, so daß sich ein gemeinsames Muster von Kontrolle und Druck, Passivität und Insuffizienzgefühlen für die verschiedenen Symptome und unterschiedlichen Kontexte ergab. Unter der zeitlichen Perspektive von immerhin 6 Jahren läßt sich ein sich in positiven Rückkoppelungsschleifen (Maturana, 1982) selbstverstärkender Prozeß der Interaktionen und Bedeutungszuschreibungen (Hoffmann, 1987) von Klaus und seinen Eltern, von Symptomatik und Lösungsversuchen unter zunehmender Komplexität mit Einschluß des schulischen Bereichs und Schulschwierigkeiten erkennen. Dieses Muster war den Beteiligten natürlich nicht bewußt, obwohl sie sich im pragmatischen Sinne erfolgreich nach diesen Spielregeln verhielten (Bateson, 1985).

5.5 Familiäre Erklärungsweisen

Analysieren wir nun die Art und Weise, wie Klaus und seine Eltern über die Symptomatik denken: Sie überschätzen den lediglich unterstützenden Effekt willkürlicher Bauchpresse beim physiologisch autonom vorbereiteten Defäkationsvorgang und sehen die willkürliche Bauch- und Darmpresse als die entscheidenden Grundlagen an. Diese setzt Klaus nun unter starken Bemühungen beim Aufsuchen der Toilette ein. Da durch die lange Wartezeit der normale physiologische Ablauf unterbrochen bzw. rückgängig gemacht wurde, muß sich Klaus enorm anstrengen, um zum Absetzen einer sehr geringen Stuhlmenge zu gelangen. Dies bestätigt ihn aber durchaus in seiner Sichtweise, da er sich die Menge des Stuhl in direkter Abhängigkeit von der Schwere und vor allem der Dauer des Pressens vorstellt. Er erklärt, daß eine Sägemaschine bei einem fünfminütigen Einsatz eben längst nicht so viel eines Baumstammes sägen könne, wie bei einer einstündigen Arbeitsdauer.

Die Eltern mißinterpretieren darüber hinaus ihre eigene Gewohnheit des Toilettenganges, d. h. sie realisieren nicht, daß die Herausbildung einer Gewohnheit ein individueller Lernprozeß ist, der Zeit zur Entstehung

und einen gewissen Freiraum braucht; ferner reduzieren sie die Gewohnheit auf das Einhalten bestimmter Tages- und Stundenzeiten und vernachlässigen, daß gewohnheitsmäßige Verrichtungen in einer ganz bestimmten Situation mit genau festgelegten Charakteristika erfolgen.

Die familiäre Tradition des Toilettenbesuchs, die sich mit einer tiefenpsychologischen Beschreibung der Analthematik (Dührssen, 1978) deckt, behindert die Ausbildung einer Gewohnheit. Es ist bei den Eltern S. die Vorstellung verpönt, sich selbst und ihrem Sohn zu gestatten, den Gang zur Toilette in einer entspannten Atmosphäre ohne jeglichen Zeitdruck zu gestalten und hierzu auch angenehme Hilfsmittel wie einen Comic, Walk-man o. ä. mitzunehmen.

In der Zeit zwischen dem Verspüren des Stuhldranges und Aufsuchen der Toilette hält Klaus ein. Daß dies der richtige Weg zur Vermeidung des Einkotens sei, findet Klaus darin bestätigt, daß das Einkoten eben oft unmerklich erfolgt, woraus er den Schluß zieht, die Konzentration hierauf und das Einhalten zur Vermeidung des Einkotens seien der richtige Weg.

Parallel zu seinem an einer physiologischen Erklärungsweise orientierten Lösungsversuch, der wegen falscher Prämissen erfolglos bleiben mußte, steht die Enkopresis für Klaus in einem eindeutigen interaktionalen Zusammenhang: Erinnerungen und Ermahnungen seiner Sozialpartner sind für ihn die Anhaltspunkte, der Stuhlentleerung und dem Einkoten Beachtung zu schenken. Für ihn prägte sich die Problematik als Teil im Interaktionsprozeß mit Elternhaus, Freunden und, was die schulischen Belange anbetrifft, Schule ein, in der er der Leidtragende war. Seine Sichtweise enthielt also zirkuläre und lineare Aspekte. Seine Eltern hingegen waren allein von einer linearen Erklärungsweise überzeugt: Sie schwankten zwischen dem Annehmen fehlender Kooperationsbereitschaft und körperlichem Leiden ihres Sohnes und wollten keinen Interaktionszusammenhang erkennen.

6 Die Behandlung in unserer Klinik

Mit der stationären Aufnahme von Klaus wurden zwei Ziele verfolgt: Einmal konnten weitere Untersuchungen durchgeführt werden, und es war Zeit gegeben für eine psychotherapeutische Betreuung. Klaus fand sich sofort auf der Station zurecht, fühlte sich dort sehr wohl, hatte guten Kontakt zu anderen Patienten und den Mitarbeitern. Auch die nur seltenen Besuche der Eltern, mitbedingt durch die große Entfernung zur Klinik, wirkten sich nicht negativ aus. Die Stationserzieherin schloß Klaus in ihre gestaltungstherapeutischen Angebote ein. Das Pflegepersonal hielt Klaus zum regelmäßigen Aufsuchen der Toilette an, verfolgte ansonsten keinen expliziten psychotherapeutischen Weg. Das psychohygienisch äußerst förderliche Milieu der Station zeigt sich in Klaus' Unbeschwertheit und Aktivitätsdrang, die in krassem Gegensatz zu seinem alltäglichen Verhalten standen. Er blieb symptomfrei bis auf eine Ausnahme: Einen Tag vor

der Entlassung wurde Klaus hiervon unterrichtet, worauf er bald mit Einkoten reagierte.

6.1 Die Elternebene

Die Eltern erklärten ihre Bereitschaft, den ursprünglich nicht psychotherapeutisch ausgerichteten Behandlungswunsch um den psychologischen Ansatz zu erweitern. Ihre psychische Situation blieb jedoch von einem Widerstand gegen psychotherapeutische Bemühungen geprägt. So galt es zunächst, diesen Widerstand positiv als realistischen Skeptizismus auf dem Hintergrund der von ihnen gemachten Erfahrungen zu deuten und zu würdigen. Dies ermöglichte eine Akzeptanz, ohne daß der organisch definierte Bezugsrahmen entscheidend verändert wurde. Während des stationären Aufenthaltes von Klaus führten wir zwei Elterngespräche durch, in denen zu Beginn die Arbeit mit dem elterlichen Widerstand hinsichtlich des psychotherapeutischen Vorgehens im Vordergrund stand. Eine genaue psychologische und medizinische Anamneseerhebung klärte den einzuschlagenden Weg und hatte für die Eltern einen nicht unerheblichen kathartischen Effekt. Behutsam versuchten wir, die lineare Ursachenzuschreibung der Eltern hinsichtlich des Motivationsmangels ihres Sohnes durch Fragen, die die Symptomatik in einer zirkulären beziehungs-dynamischen Sichtweise beschrieben und damit die elterlichen Anteile deutlich machten, zu erweitern. Dieser Prozeß der Erweiterung einer linearen Epistemologie durch zirkuläres Fragen (Penn, 1983), wie auch die Erweiterung zirkulären Denkens durch lineare Fragestellungen, wurden als grundlegender Prozeß der Informationsgewinnung und damit des therapeutischen Prozesses an anderer Stelle beschrieben (Hürter, 1986; Hürter und Hürter, 1987). Den Widerstand respektierend, erläuterten wir in dosierter Form unsere psycho- und somatogenetischen Sichtweisen des chronischen Krankheitsverlaufs und klärten die Eltern über die Physiologie und Psychologie des Sauberkeitsverhaltens auf. Insgesamt gelang es uns, eine solch tragfähige Kooperationsbasis mit den Eltern herzustellen, daß sie den Prozeß ihres Sohnes begleiteten. Das von den Eltern auf Nachfragen formulierte Therapieziel von zwei- bis dreimaligem Einkoten innerhalb von 4 Wochen erschien uns als realistisch.

6.2 Die Kindesebene

Klaus zeigte hingegen keinen Widerstand, er war offen und wißbegierig; nach kurzer therapeutischer Ansprache war er bereit, seine Sichtweise zu erweitern. Dies erfolgte durch neue Informationen bezüglich seines linearen Anteils, sprich seiner alleinigen und ureigenen Einflußmöglichkeiten auf die Symptomatik. So schlugen wir jenen Weg systemisch-familiätherapeutischer Arbeit ein, der, anstatt in erster Linie die Familie bzw. Familieninteraktion und Familienepistemologie zu verändern, das Kind zu verändern sucht und Eltern lernen läßt, mit dem veränderten Kind anders zu leben (Erickson, 1985). Dem kam ferner entgegen, daß Klaus die zentrale Stellung in

den symptomatischen Kreisläufen der Familie und der Familie einschließlich Schule innehatte, und er für uns den „Systempunkt“ (Wirsching, 1982, 181) der verschiedenen Betrachtungsebenen verkörperte, so daß Aussicht auf Bewahrung der Erfahrungen der Systemtheorie bestand, nach der das Ganze die Möglichkeit zur Bewegung erhält, wenn ein Teil des Systems, hier Klaus, sich bewegt.

In der sich über 3 Sitzungen erstreckenden Therapie mit Klaus stand zunächst eine genaue Informationsschöpfung über die körperlichen, kognitiven, verhaltensorientierten und beziehungs-mäßigen Aspekte der Symptomatik im Vordergrund (Penn, 1983; Selvini Palazzoli et al., 1981). Wir vermuten, daß hier der Anfang für Klaus' Kooperationsbereitschaft gelegt wurde, denn statt schneller Belehrungen erfuhr er, daß sein Wissen wichtig genommen wurde. Es schlug positiv zu Buche, daß Klaus mittlerweile intellektuell gereift war. Der Therapeut konnte davon ausgehen, daß auch Klaus en passant während des Gespräches die umfangreichen Informationen über sein Problem aufnahm und verarbeitete. Der Therapeut erweiterte darüber hinaus gezielt Klaus' Wissen, motivierte ihn und focussierte seine Aufmerksamkeit und Suche nach dem „Woher“ auf seine Anteile und die Bereiche, die seiner Beeinflussung zugänglich waren, vor allem die Entspannung und die richtige Dosierung und zeitliche Terminierung der Bauchpresse. Einen breiten Raum nahm die Erörterung der optimalen Abfolge der physiologischen Prozesse bei der Defäkation ein und hierbei wiederum die Betonung der Zeitpunkte, an denen Klaus aktiv mit Entspannung und Pressen eingreifen und den physiologischen Prozeß unterstützen konnte. Die Umkehrung der Abfolge von Pressen und Entspannung wurde angestrebt. Anstelle von Mahnungen und Erinnerungen von umstehenden Personen sollte von Klaus das Verspüren des Stuhldranges als Signal zum Aufsuchen der Toilette verstanden werden. Hierin wurde Lob über sein bisheriges Engagement, welches lediglich als „ungeschickt“ hingestellt wurde, ferner über die Symptomfreiheit während des stationären Aufenthaltes und Zuversicht aufgrund seines offensichtlich gesunden Körpers eingestreut – dieses war im Hinblick auf seine Insuffizienzgefühle unbedingt notwendig. Das therapeutische Gespräch wurde von bildhafter Vermittlung der physiologischen Seite der Defäkation unterstützt.

Wichtiger Bestandteil der Therapiestunden waren Entspannungsübungen durch Autogenes Training. Das Erleben von muskulärer An- und Entspannung und die Erfahrung, muskuläre Entspannung herbeiführen zu können, sollten die Basis für optimales Stuhlverhalten legen. Ferner erzielt man mit diesem Verfahren eine ausgezeichnete Aufmerksamkeitserhöhung, die den therapeutischen Prozeß enorm beschleunigt.

Aus dem früheren Kontext des Symptoms Enkopresis – gemeint ist die Einheit von beteiligten Personen, ihren Beziehungen untereinander und ihre Verhaltensweisen – zog Klaus den Schluß, das Symptom habe mit Druck bzw. Drücken zu tun. Das allgemein menschliche Bestreben, seinem Verhalten einen Sinn zu geben, eine Vorstel-

lung von dem „Woher, Wohin, Wozu, Wieanders“ des Verhaltens zu haben, wird aus dem Kontext des Verhaltens gespeist, der wiederum den Sinn des Verhaltens bestimmt. Diesen Sinn „Druck-Drücken“ teilte Klaus mit Eltern und Schule. Wie die Leidensgeschichte zeigt, erzeugen die Beteiligten mit ihrem Sinn den Kontext (Bateson, 1982), d. h. die Familie S. wandte ihre relativ erfolglosen Strategien von Druck und Kontrolle auch im schulischen Bereich an und schuf damit ein weiteres Problem.

Wir gaben als medizinische und psychotherapeutische Behandler dem Symptom Enkopresis entsprechend unseren therapeutischen Vorstellungen einen anderen Sinn, der Teile des Sinns von Familie S. enthielt, aber entscheidend anders war. Klaus übernahm diesen neuen-alten Sinn. Hilfreich war Klaus' Erfahrung in der Klinik symptomfrei zu sein; dies bestärkte ihn darin, die Bemühungen der Klinik als „sinnvoll“ anzunehmen.

7 Katamnese

4 Wochen nach der Entlassung führten wir ein Gespräch mit Frau S. und Klaus. Frau S. berichtete von einer erheblichen Besserung. Allenfalls einmal pro Woche kote Klaus eine ganz geringe Menge ein. Er gehe von sich aus zur Toilette. Die schulischen Leistungen seien angestiegen, die Pädagogen sagten, es sei ein Ruck durch Klaus gegangen. Frau S. und Klaus wirkten sehr gelöst; ihr Mann habe nicht mitkommen und seine Arbeit verlassen wollen, da es sich ja so gut erledigt habe.

Nach weiteren 8 Wochen erhoben wir eine telefonische Katamnese. Der Zustand war unverändert. Herr S. äußerte am Telefon seine Befürchtung, daß Klaus in den bevorstehenden Osterferien einen Rückfall haben werde; es sei immer in den Ferien schlimmer gewesen. Die Familie S. kam nach weiteren 4 Wochen zu einem Termin in die Klinik. Das von den Eltern und Klaus erwartete Rezidiv war eingetreten. 3 Tage nach Ferienbeginn restituierte sich der alte Zustand, wie er vor der Überweisung in unsere Klinik bestand. Seine Schulleistungen seien ebenfalls wieder abgesunken. Psychologisch liegt es sehr nahe, von dem Effekt einer self-fulfilling-prophecy auszugehen. Nachfragen ergaben, daß die Eltern mit Beginn der Ferientage Klaus besonders stark beobachteten und ermahnten und so wahrscheinlich den alten symptomatischen Kontext wieder herstellten. Dieses katamnestische Gespräch wurde nach therapeutischen Gesichtspunkten geführt in dem Bestreben, die Symptomatik zurückzudrängen.

Weitere 4 Wochen später berichtete Frau S. telefonisch, während der ersten 4 Tage nach dem letzten Gespräch sei es gut gewesen, später dann schwankend.

6 Monate nach Beendigung der stationären Behandlung berichteten die Eltern in einem weiteren Gespräch von einer sehr schwankenden Symptomatik seit dem letzten Gespräch. Während einer 8tägigen Freizeit kotete Klaus dann lediglich einmal ein, während des anschließenden dreiwöchigen Familienurlaubs war Klaus, von den ersten beiden Tagen abgesehen, symptomfrei. In den

darauf folgenden 14 Tagen Ferienzeit zu Hause kotete Klaus nicht ein. Die Eltern beschrieben, Klaus verspüre selbst den Sphinkterschmerz und suche dann die Toilette auf. Er habe nur dann eingekotet, wenn keine Toilette in der Nähe war. Wir besprachen mit Klaus, wie er diese Notsituation durch absolute motorische Ruhe bis zum Verschwinden des Stuhldranges meistern könne.

Nach weiteren 6 Monaten, bzw. 12 Monate nach Entlassung aus der stationären Behandlung berichtete die Mutter in einem katamnestischen Telefongespräch von einer gleichbleibenden, sehr zufriedenstellenden Entwicklung. Von einer vollkommenen Symptomfreiheit könne zwar angesichts vereinzelt auftretenden Einkotens noch nicht die Rede sein, Klaus habe jedoch einen normalen Stuhlgang und sorge alleine und erfolgreich dafür. Die schulische Entwicklung sei konstant. Stagnation in einigen Fächern stünden leichte Verbesserungen in anderen gegenüber.

Ein weiteres katamnestisches Gespräch mit den Eltern und Klaus fand 3 Monate später statt. Die Eltern berichteten, daß das Therapieziel nun in stabiler und über den Zeitraum von mehreren Monaten konstanter Weise erreicht sei. Parallel dazu beeindruckte uns die psychosoziale Entwicklung von Klaus, der uns als aktiver, selbstbewußter Junge begegnete, der hier und im alltäglichen Leben seinen Standpunkt deutlich vertrat und eine große Selbständigkeit zeigte.

Summary

The Common Patterns of Physiological and Dynamical Processes of a Chronic Encopresis

The treatment of a case of encopresis of six years duration in a boy now ten years of age demonstrates how physiological and dynamical processes in personal relationships combine in a common evolution. Through this the encopresis has become chronic and has led to other instances of developmental retardation in the form of inadequate school performance. The fundamental concept behind the psychotherapeutical treatment stems

from the recognition of an inner connection between the current symptoms, the chronic nature of the disease and the lack of success of previous disciplinary, medical and psychotherapeutical attempts at a solution.

Literatur

- Bateson, G. (1982): Geist und Natur. Frankfurt. – Bateson, G. (1985): Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt. – Benton, A. L. (1974): Der Benton-Test (Dt. Bearbeitung Otfried Spreen). Bern. – Buggle, F.; Baumgärtel, F. (1975): Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (Hanes, K. J.). Göttingen. – Dührssen, A. (1978): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen. – Erickson, H. (1985): Meine Stimme begleitet Sie überallhin: Ein Lehrseminar mit Milton H. Erickson. Stuttgart. – Foerster, H. von (1985): Sicht und Einsicht: Versuche zu einer operativen Erkenntnistheorie. Braunschweig. – Hoffmann, L. (1987): Jenseits von Macht und Kontrolle: Auf dem Wege zu einer systemischen Familientherapie „zweiter Ordnung“. Zeitschr. f. systemische Therapie 5, 76–93. – Hürter, A.; Hürter, F. (1987): Systemische Familientherapie und afrikanische Krankenheilungszeremonie. Familiendynamik 12, 345–354. – Hürter, F. (1986): Heilung und Musik in Afrika. Frankfurt. – Krisch, K. (1985): Enkopresis. Ursachen und Behandlung des Einkotens. Bern. – Maturana, P. (1982): Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig. – Penn, P. (1983): Zirkuläres Fragen. Familiendynamik 8, 198–220. – Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1981): Hypothesieren – Zirkularität – Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. Familiendynamik 6, 123–139. – Simon, F. B. (1985): Die Grundlagen der systemischen Familientherapie. Der Nervenarzt 56, 455–464. – Watzlawick, P.; Beavin, J. H.; Jackson, D. D. (1974): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern. – Wirsching, M.; Stierlin, H. (1982): Krankheit und Familie. Konzepte – Forschungsergebnisse – Therapie. Stuttgart.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Albert Hürter, Abt. Allgemeine Pädiatrie am Med. Zentrum f. Kinderheilkunde, Klinikum der Justus-Liebig-Univ. Gießen, Feulgenstr. 12, 6300 Gießen;

Dr. med. Karl Piske-Keyser, Poliklinik am Med. Zentrum f. Kinderheilkunde, Klinikum der Justus-Liebig-Univ. Gießen, Feulgenstr. 12, 6300 Gießen.