

Spitzcok von Brisinski, Ingo und Lüttger, Fred

## **Familietherapie bei Enkopresis**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 6, S. 549-564*

urn:nbn:de:bsz-psydok-47557

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Familiientherapie bei Enkopresis

Ingo Spitzcok von Brisinski und Fred Lüttger

## Summary

### *Family therapy of Encopresis*

Encopresis is a taboo symptom, which is connected with great suffering from mental pressure not only for the children concerned, but also their relatives. Family related approaches are indispensable to understand encopresis, because as a result of high symptom persistence and psychological comorbidity in many cases a purely behavior-therapeutic, symptom focused approach is not sufficient, and further psychotherapeutic interventions are necessary. There is a strong temporal correlation between family interaction and frequency of soiling and changes of interaction influence changes in soiling more than the other way round. In a literature review different family relationship patterns and approaches of family therapy are represented regarding encopresis. Meaningful differences for family therapy are represented regarding primary/secondary encopresis, encopresis with/without comorbid psychiatric disorder as well as encopresis with/without dysfunctional family interaction. Distinctions are made between symptom focused, not-symptom focused and combined family therapeutic approaches, which are illustrated with case examples of outpatient and inpatient treatment. Symptom focused family therapy like e.g. externalizing of the soiling is helpful also if no dysfunctional family interaction patterns are present, because all family members can contribute to treatment success according to their own resources.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 549-564*

## Keywords

systemic – solution focused – toilet training – adhd – psychotherapy

## Zusammenfassung

Enkopresis ist eine tabuisierte Symptomatik, die nicht nur für die betroffenen Kinder, sondern auch die Familienangehörigen mit hohem Leidensdruck verbunden ist. Familientherapeutische Sichtweisen sind zum Verständnis der Enkopresis unverzichtbar, da bei der hohen Symptompersistenz und psychischen Komorbidität bei vielen Kindern ein rein verhaltenstherapeutisches, symptomorientiertes Vorgehen nicht ausreicht, sondern weitergehende psychotherapeutische Interventionen notwendig sind. Zwischen familiärer Interaktion und Häufigkeit des Einkotens besteht eine enge zeitliche Korrelation und Veränderungen in der Interaktion haben mehr Einfluss auf Veränderungen beim Einkoten als umgekehrt. In einer Literaturübersicht werden unterschiedliche familiäre Beziehungsmuster und familientherapeutische Ansätze in Bezug auf Enkopresis dargestellt. Dabei wird auf die in der Familientherapie bedeutsamen Unterschiede eingegangen hinsichtlich primäre/sekundäre Enkopresis, Enkopresis mit/ohne psychiatrische Begleitstörung sowie Enkopresis mit/ohne dysfunktionale

familiäre Interaktionsmuster. Unterschieden werden symptomorientierte, nichtsymptomorientierte und kombinierte familientherapeutische Ansätze, die durch Fallbeispiele ambulanter und stationärer Behandlung veranschaulicht werden. Symptomorientierte Familientherapie wie z. B. Externalisierung des Einkotens ist auch dann hilfreich, wenn keine dysfunktionalen familiären Beziehungsmuster vorliegen, da alle Familienmitglieder ihren Ressourcen entsprechend zum Behandlungserfolg beitragen können.

## Schlagwörter

systemisch – lösungsorientiert – Sauberkeitserziehung – ADS – Psychotherapie

## 1 Einleitung

Enkopresis ist eine tabuisierte Symptomatik, die nicht nur für die betroffenen Kinder, sondern auch die Eltern mit hohem Leidensdruck verbunden ist (Bernard-Bonnin et al., 1993). Viele Eltern glauben, pädagogisch versagt zu haben (Trott et al., 2003). Zudem werden bei den Eltern häufig Scham-, Schuld-, und aggressive Gefühle ausgelöst.

Von allen Bereichen der Kontinenzentwicklung kann die Darmkontrolle am ehesten durch Umweltfaktoren beeinflusst werden, da sie noch am meisten der willkürlichen Kontrolle unterliegt (von Gontard, 2004). Die Rolle des Sauberkeitstrainings spielt als ätiologischer Faktor für die Enkopresis daher eine größere Rolle als bei der Enuresis. Forciertes und strafendes Training kann das Kind dazu bringen, den Stuhl zurückzuhalten und eine Überlaufenkopresis zu entwickeln (Trott et al., 2003). In der Literatur finden sich hinsichtlich Sauberkeitserziehung aber auch Hinweise dafür, dass liberal erzogene Kinder zumindest bis zum Alter von 6 Jahren häufiger einkoten als die strenger trainierten (Largo u. Stutzle, 1977). Andererseits weisen die Ergebnisse von Bellman (1966) darauf hin, dass nicht das frühe Sauberkeitstraining an sich, sondern die Qualität der Interaktion zur Enkopresis prädestiniert: 31% der Eltern von Kindern mit Enkopresis führten das Training mit Druck und Zwang aus, jedoch nur 5% der Kontrolleltern. Aber auch ein mangelndes Training (d. h. zu spätes bzw. zu geringes Auffordern) scheint einen negativen Effekt zu haben.

Straker und Jacobson (1979) analysierten videogestützt 5 Interaktionsdimensionen jeweils über 20 Wochen in wöchentlich stattfindenden Sitzungen von 5 Familien, die ein Kind mit Enkopresis hatten, und setzten die Messungen zur Häufigkeit des Einkotens während der Woche in Beziehung. Sie konnten nachweisen, dass zwischen familiärer Interaktion und Häufigkeit des Einkotens eine enge zeitliche Korrelation besteht und dass Veränderungen in der Interaktion mehr Einfluss auf Veränderungen beim Einkoten haben als umgekehrt.

Von Gontard (2004, 120f.) ist der Ansicht, dass familientherapeutische Sichtweisen „zum Verständnis der Enkopresis unverzichtbar“ sind und „dass bei der hohen Symp-tompersistenz und psychischen Komorbidität der Enkopresis bei vielen Kindern ein rein

verhaltenstherapeutisches, symptomorientiertes Vorgehen nicht ausreicht, sondern weitergehende psychotherapeutische Interventionen notwendig sind“. Auch in den AWMF-Leitlinien (Trott et al., 2003) sind Familientherapie sowie Training der elterlichen Erziehungskompetenz und Eltern-Kind-Interaktion als Therapiemaßnahmen aufgeführt. Bei „Stufe 1“ sind Reduktion der psychischen Belastung, die das Symptom in der Familie hervorgerufen hat, Beratung der Eltern, Aufklärung über die Besonderheiten der Erkrankung mit Entängstigung und Reduktion von Schuld und Schamgefühlen bei Kindern und Eltern erwähnt, bei „Stufe 3“ Intensivierung des Elterntrainings (Korrektur in der pädagogischen und emotionalen Beziehung zum Kind, Stärkung der Möglichkeit der Eltern, die therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen).

## 2 Subformspezifische Indikationen

### 2.1 Primäre und sekundäre Enkopresis

Von Gontard (2004) ist der Ansicht, dass die Unterscheidung in primäre (ICD-10: F98.10) und sekundäre (ICD-10: F98.11) Enkopresis nur geringe praktisch-therapeutische Relevanz hat, da sich – anders als bei Enuresis – nach den Ergebnissen von Bellman (1966) diese beiden Formen nicht nach der psychiatrischen Symptomatik unterscheiden lassen. Andererseits fanden sich in einer Gruppe von 66 Kindern an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Foreman u. Thambirajah, 1996) bei den Kindern mit sekundärer Enkopresis (sauberes Intervall von mindestens 6 Monaten) erhöhte Raten von psychosozialen Belastungen (69%) und Störungen des Sozialverhaltens (45%). In Bezug auf familientherapeutische Methoden lässt sich im Rahmen eines lösungsorientierten Ansatzes (de Shazer, 1989) das saubere Intervall nutzen zur Exploration und anschließenden Schaffung von Kontextbedingungen für Symptommfreiheit. Oftmals steht der erneute Beginn des Einkotens auch in Zusammenhang mit belastenden Veränderungen im familiären oder erweiterten sozialen Umfeld wie z. B. Trennung der Eltern oder sexuellem Missbrauch (Roesler et al., 1993; Silver, 1996; von Gontard, 2004). Die Exploration von Veränderungen im sozialen Lebensumfeld des Kindes ergibt oftmals wertvolle Hinweise auf Erfolg versprechende Ansatzpunkte in der Familientherapie, so dass hier die Unterscheidung in primäre und sekundäre Enkopresis durchaus therapeutische Relevanz hat.

### 2.2 Enkopresis mit oder ohne psychiatrische Begleitstörung

Nach von Gontard (2004) weisen die meisten Kinder mit Enkopresis keine psychiatrische Begleitstörung auf, Johnston und Wright (1993) fanden jedoch in einer großen pädiatrischen Stichprobe Aufmerksamkeitsstörungen mit einer deutlich erhöhten Prävalenz. Von Gontard (2004) geht davon aus, dass in Fällen von Enkopresis ohne psychiatrische Begleitstörungen ein symptomorientiertes Vorgehen ausreicht, zu-

mal die Erfolgchancen besser seien (Young et al., 1995). Bezogen auf Familientherapie bietet sich dementsprechend das symptomorientierte Vorgehen mit Externalisierung (s. u.) nach White und Epston (2002) an.

### 2.3 Enkopresis mit oder ohne dysfunktionale familiäre Interaktionsmuster

Nicht in allen Fällen lassen sich dysfunktionale familiäre Interaktionsmuster finden (Taichert, 1971), viele Familien gehen adäquat mit der Symptomatik um (Silver, 1996). In den publizierten familientherapeutischen Fallbeispielen (vgl. Schweitzer et al., 2006a) wird jedoch häufig eine „überinvolvierte“, dominierende Mutter beschrieben, die überwiegend mit den ärgerlichen Folgen des Einkotens beschäftigt ist („potting couple“, Anthony, 1957), und ein emotional zurückgezogener, wenig familiär engagierter Vater. Oft koten die jüngeren Geschwister ein und die älteren nicht. Die betroffenen Kinder werden meist als ängstlich und passiv beschrieben. Nach eigenen klinischen Erfahrungen erwecken Kinder mit Enkopresis oftmals den Eindruck, desinteressiert und gleichgültig gegenüber dem Einkoten zu sein, lustlos, leicht reizbar, mürrisch oder gefühlsindifferent. Sie zeigen vermindertes oder scheinbar überzogenes Selbstvertrauen. Nicht selten sind sie wenig sozial integriert, eher Außenseiter als beliebt, und haben wenig altersgemäße Kontakte. Mit der Zeit ziehen sie ablehnende Gefühle auf sich und zeigen selbst negativ geprägte Gefühlsäußerungen als Beziehungsangebot. Andererseits fühlen sie sich oftmals ungerecht behandelt und wollen ihren Willen verstärkt durchsetzen. Insgesamt erscheinen die Kinder meist psychosozial entwicklungsverzögert.

Silver (1996) beschreibt nach Untersuchung von 108 Familien vier verschiedene Familientypen:

1. Enkopresis als Ausdruck von Stress und Unglücklich sein in Familien mit eindeutigen Schwierigkeiten (einschließlich Missbrauch, Tod eines Elternteils, Ablehnung, elterliche Streitbeziehung und angespannte Mütter). Bei 21 Familien waren diese Probleme schwer, bei 11 weiteren mittelgradig ausgeprägt.
2. Akute traumatische Auslöser bei 18 Familien (wie Geburt eines Geschwisters, Schulanfang und Tod eines Großelternteils).
3. Familienfaktoren, die das Einkoten aufrecht hielten (einschließlich Eltern, die Schwierigkeiten hatten, ihre Kinder zu kontrollieren und das infantile Verhalten zu sehr tolerierten), fanden sich in 23 Fällen.
4. In 51 Fällen zeigten die Familien keine ungewöhnlichen Probleme und erschienen als warm und unterstützend.

Obwohl nach Bellman (1966) nur 7,1% der Eltern glauben, dass ihr Kind mit Absicht einkotet, haben wir in zahlreichen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Therapien die Erfahrung gemacht, dass Eltern oftmals stark mit der Frage beschäftigt sind, ob das Kind unschuldig ist, ob es den Stuhlgang kontrollieren kann

oder nicht, ob es krank ist oder bösartig. Macht das Kind all das absichtlich, um z. B. die Eltern oder Geschwister zu ärgern, will es vielleicht sogar Jemanden (z. B. den neuen Partner der Mutter) aus der Familie vertreiben? Oft streiten sich die Eltern darüber, polarisieren sich für oder gegen das gute/böse Kind, zeigen gegensätzliches statt gemeinsames Vorgehen. Verdeckte elterliche Paarkonflikte können unterschwellig ausgetragen werden. Die Sichtweise auf das Kind verschlechtert sich. Meist lehnt ein Elternteil es ab und bekämpft es im Stillen, ohne sich und anderen das einzugestehen. Der andere Elternteil fühlt sich verpflichtet, dem Kind näher zu sein, das Kind zu unterstützen und zu verteidigen, kämpft um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen seinem Kind und ihm und spürt die Abhängigkeit des Kindes von ihm. Das Kind gibt sich oft unschuldig, unwissend, kleinkindhaft, passiv, desinteressiert, vermeidend und verleugnend. Es steht zwischen den Eltern, Anstrengungen zur Lösung der Probleme schiebt es weit von sich bzw. es lässt die Dinge laufen, da es merkt und sich daran gewöhnt, dass es keinen wirklichen Einfluss auf das unlösbare Geschehen hat. Vermeidung und sich Ausschweigen über Gefühle folgen. Dann fällt das Kind wieder negativ auf, weil es eingekotete Unterwäsche versteckt. Der besonders involvierte, emotional eingebundene Elternteil (meist die Mutter) reagiert enttäuscht, fühlt sich hintergangen, es entwickelt sich Misstrauen. Eltern stehen nun zeitweilig immer wieder in einer Reihe negativ gegenüber dem Kind. Das Kind zieht sich verstärkt zurück in die Rolle eines Außenseiters, Lügners, Schauspielers, Tricksers, in Verstecken und Leugnen und gerät allgemein, nicht nur mit Eltern oder in Familie, immer mehr in ständigen Konflikt mit Gleichaltrigen und Erwachsenen.

In der Familientherapie bei Enkopresis ist es daher oft hilfreich, die Position des Kindes zum jeweiligen Elternteil (positive, negative Gefühle) offen zu machen und die Eltern, sofern eine Bereitschaft zu Kooperation und gemeinsamem Vorgehen vorhanden ist, einzuschwören auf eine positive, lösungsorientierte Haltung zum Training des Toilettenganges bzw. der Verdauung, da das Kind das alle belastende Problem allein nicht lösen kann.

Das Kind soll mit Anleitung und Unterstützung lernen, seinen Körper und die Signale seines Körpers wahrzunehmen, sich die Zeit zu nehmen, sich zur Toilette zu bewegen und auf der Toilette in positiver, lustvoller Weise mit der Ausscheidung zu beschäftigen. Maßnahmen zur Stärkung von Selbstvertrauen und Vertrauen in Selbstwirksamkeit unterstützen den Behandlungsprozess. Nicht nur beim Kind müssen negative Denkspiralen und Hoffnungslosigkeit aufgelöst werden, sondern auch bei den Erwachsenen, da diese ebenfalls negative Gefühle ausleben, ohne sie in angemessener Weise offen zum Ausdruck zu bringen. Kind und Angehörige müssen die Zuversicht (wieder-)gewinnen, dass das Problem lösbar ist, dass es ein Lernprozess ist, für den man Ausdauer braucht. Gelernt werden muss dabei nicht nur eine positive Körperwahrnehmung, sondern auch dass Gefühle (positive wie negative) in angemessener Weise gelebt und beantwortet werden. Aggressive Gefühle müssen erlaubt sein und müssen in angemessener Weise offen gezeigt werden dürfen.

### 3 Unterschiedliche familientherapeutische Ansätze

#### 3.1 Symptomorientierte Familientherapie

White (1984) arbeitet mit folgendem Ansatz:

- *Externalisierung*: Das Einkoten wird so interpretiert, als sei es eine externe Einheit, die alle Familienmitglieder dominiert (White u. Epston, 2002, 61ff.). In einem weiteren Schritt kann das externalisierte Problem personifiziert werden: Bei der Arbeit mit Kindern stellt man fest, dass sie auf den Gedanken an das Problem so reagieren, als wäre es ein Tyrann oder ein Ungeheuer, das man mit persönlichen Eigenschaften belegt und mit dem sie vielleicht kämpfen müssen. Der Name wird vom Kind gewählt. White (1984) nennt als Beispiel das „hinterhältige Aa“, bei Gutsche und Walker (1989) wird das Einkoten „Schufft“ genannt.
- *Toilettentraining*: Regelmäßig nach jeder Mahlzeit Toilettengang, auch wenn kein Drang besteht. Ort, Raum und Beleuchtung der Toilette sollten mit der Familie besprochen werden. Einige Kinder fürchten und vermeiden Toiletten, die nur schwach beleuchtet sind, oder einen dunklen Weg zur Toilette. Es ist sinnvoll zu prüfen, ob junge Kinder sich sicher fühlen, während sie auf der Toilette sitzen und manchmal ist es notwendig, eine kleine Fußbank zu organisieren, um die Füße darauf zu setzen. Das weniger belastete Elternteil kann gebeten werden, dies zu organisieren. Ist der WC-Sitz bequem und fest? Die Eltern werden gebeten, ihrem Kind zu erlauben, den Toilettenraum vorübergehend zu dekorieren. Diese Dekoration kann Abbildungen von Tigern und Dschungelszenen umfassen, Superman oder Telefonzellen (wo Clark Kent sich in Superman verwandelt), usw. – Bilder, die zur Fantasie des Kindes passen und die erforderliche Stärke haben: Vorher ist der Toilettenraum ein Ort des Versagens und der Verzweiflung gewesen für Kind und Eltern. Die Dekorationen erzeugen eine positivere und ermutigende Atmosphäre. Das stärker belastete Elternteil kann angeregt werden, dem Kind zu helfen, diese Dekorationen zu planen, zu organisieren und anzubringen.
- *Gastro-Ileal-Reflex*: Dieser Reflex tritt nach dem Essen oder Trinken auf und erzeugt den Drang zum Stuhlgang. Er ist am stärksten 20-30 Minuten nach einer Mahlzeit, tritt am häufigsten in der ersten Stunde nach dem morgendlichen Aufstehen auf und wird unterstützt durch ein warmes Getränk. Die Nutzung dieses Reflexes erhöht die Chance, dass das Kind erfolgreich seinen Stuhlgang kontrolliert. Der weniger belastete Elternteil wird als „Zeitnehmer“ engagiert und erhält genaue Instruktionen: Einmal pro Tag genau 20 Minuten nach einer Mahlzeit (vorzugsweise Frühstück), nicht eine Sekunde später oder früher, begleitet dieses Elternteil das Kind zur Toilette. Das Kind soll dann eine genau festgesetzte Zeit auf der Toilette sitzen (abhängig vom Alter 30 Sekunden bis 5 Minuten, es soll nicht zur Tortur werden). Das genaue Timing ist wichtig, um der Aufgabe Struktur zu geben. Der Zeitnehmer sollte darauf bestehen, dass

das Kind nach der festgesetzten Zeit von der Toilette aufsteht, allerdings darf das Kind sofort zur Toilette zurückkehren, wenn es dies wünscht. Es ist wichtig, dass die Aufgabe keinen bestrafenden Charakter annimmt. Je nach Zeitplan des Zeit nehmenden Elternteils müssen die anderen Mahlzeiten ggf. etwas anders organisiert werden. Die Eltern bekommen klare Instruktionen, wie sie auf jeglichen Erfolg ihres Kindes reagieren sollen: „Du gewinnst!“, „Du wirst der Boss über Dein Geschäft!“, usw. Fehlender Erfolg soll nicht zu Angst führen, die Eltern sollen reagieren mit „Du brauchst vielleicht einen stärkeren Tiger!“

- Das Kind soll möglichst viel an *Aufgaben selbst übernehmen* bzw. beteiligt werden (Bettwäsche und Kleidung wechseln, in Waschmaschine legen, Defäkationsort reinigen, etc., Beteiligung je nach Alter und Entwicklungsstand, je nach Stand der Therapie, nicht als Strafe, sondern als Bestandteil von Initiative und Verantwortung).
- *Unfall- und Notfall-Karte*: Die Familienmitglieder werden gebeten, eine Karte von Haus und Garten auf einem großen Blatt Papier zu zeichnen, maßstabsgerecht und so genau wie möglich. Dann sollen 5 Plätze benannt werden, an denen „das hinterhältige Aa mit Vorliebe niederträchtig seine Tat begeht“. Nun werden die jeweils schnellsten Wege zur Toilette identifiziert, eingezeichnet und ausgemessen. Hindernisse, Umwege und Gefahren werden diskutiert und Alternativpläne werden erstellt, um mit ihnen umzugehen. Der schnellste Weg führt vielleicht durchs Fenster, dann sollte eine kleine Leiter bereit stehen.
- *Laufübungen und Zeitversuche*: Das schwerer belastete Elternteil braucht hierbei nicht mitzumachen. Der Therapeut kann z. B. erklären, dass aufgrund dessen langen Aufenthalts an der „Frontlinie“ jetzt erstmal etwas Erholung angesagt ist. Das weniger belastete Elternteil überwacht und begleitet das Lauftraining und nimmt die Zeit. Bei allein erziehender Mutter bzw. allein erziehendem Vater kann vielleicht ein Bekannter oder Verwandter mit dieser Aufgabe betraut werden. Der Zeitnehmer soll die Zeit messen, die das Kind braucht, um von den „Lieblingsplätzen des hinterhältigen Aa“ zur Toilette zu kommen (jeweils 3 Versuche). Der Zeitnehmer kann dem Kind Tipps geben, wie es Hindernisse möglichst schnell überwinden und noch schnellere Zeiten erreichen kann. Die Zeiten werden notiert und an den Therapeuten geschickt.
- Der stärker belastete Elternteil kann ein *Fotoalbum* besorgen, die Eltern fotografieren ihr Kind während der Lauftrainings „in vollem Flug“. In der nächsten Therapiesitzung werden alle Schnappschüsse gemeinsam mit dem Therapeuten durchgesehen und es werden Fotos ausgesucht, auf denen es so aussieht, als sei das Kind „raketengetrieben“. Der Therapeut fragt, ob er von diesen ausgesuchten Fotos Kopien erhalten kann und sie anderen Kindern mit ähnlichen Problemen zum Ansporn zeigen darf. Der Therapeut kann mit dem Kind um sein Büro laufen.
- Ist es dennoch zum Einkoten gekommen, sollte das Kind dem „hinterhältigen Aa“ eine Lehre erteilen und dreimal hintereinander vom „Unfallort“ zur Toilette laufen, ohne dass es wieder zum Einkoten kommt.

Silver et al. (1998) behandelten 54 Kinder mit Verhaltensmodifikation und 54 mit Externalisierung nach White und Epston (2002). Letzteres war effektiver: 42% (versus 30% bei traditionellem Vorgehen) waren am Ende der Behandlung sauber und blieben es auch langfristig. Externalisierung wurde bei der follow-up-Untersuchung von den Eltern als wesentlich hilfreicher empfunden.

### 3.2 Nichtsymptomorientierte Familientherapie

Obwohl nichtsymptomorientierte Familientherapie auch mit der gesamten Familie durchgeführt werden kann, finden sich für den nichtsymptomorientierten Ansatz in der familientherapeutischen Literatur bzgl. Enkopresis vor allem Beispiele für Familientherapie ohne Arbeit mit dem Indexpatienten. Die Symptomfreiheit bzgl. des Einkotens der Index-Patienten wird hier also ausschließlich durch familientherapeutische Arbeit mit den Angehörigen erreicht:

Haley (1973) berichtet von einem 5-jährigen Jungen, der nie zuvor Toilettentraining erhalten hatte und mehrmals am Tag in die Hose kotete. Außer Diagnostik waren zuvor keine Interventionen erfolgt. In der beschriebenen strategischen Familientherapie wurde kaum symptomorientiert vorgegangen. Zentrale Ansätze waren das Unterdrücken von Fortschritten der Familie (quasi als paradoxe Intervention) und die Haltung des Therapeuten, wohlwollend besorgt zu sein, was in der Familie passieren würde, wenn das Kind mit dem Einkoten aufhören würde. Nach insgesamt 2 Sitzungen, in denen nicht mit dem Kind gearbeitet wurde, sondern es sich vor allem um Paartherapie handelte, hörte das Einkoten auf. Die „überinvolvierte Dyade“ zwischen Mutter und Kind war durch eine „spontane“ Intervention des Vaters verändert worden: Er hatte sich mit dem Kind eines Abends zusammengesetzt und ihm vermittelt, dass, wenn es nicht den Stuhl in der Toilette absetzen würde, es solange Rizinusöl bekommen würde und auf der Toilette sitzen müsste, bis es klappt. Haley betont, dass der Ansatz des „Abhaltens von Veränderung“ bei sensitiven, überbesorgten Eltern der Mittelschicht effektiv sei, jedoch nicht bei Unterschichtfamilien.

Shapiro und Henderson (1992) publizierten die Behandlung zweier Geschwister nach dem lösungsorientierten Ansatz:

*Das 8jährige Mädchen zeigte eine sekundäre Enkopresis, seitdem sich die Eltern getrennt hatten und ihr 13-jähriger Bruder hatte eine primäre Enkopresis. Die Therapeuten arbeiteten mit dem am meisten motivierten Mitglied des Systems, dem getrennt lebenden Vater, während sie die Kinder nie zu Gesicht bekamen. Der Vater machte sich Vorwürfe, die Kinder vernachlässigt zu haben. Seine Antwort auf die Wunderfrage (de Shazer, 1989) lautete, dass er mehr Zeit mit seinem Sohn verbringen würde, mehr spielen und mehr kuscheln. Sein Sohn würde dies bemerken und auch, dass der Vater weniger Verletzendes und mehr positive Dinge ihm sagen würde. Die Hausaufgabe am Ende der ersten Sitzung lautete, besonderes Augenmerk auf die Situationen zu legen, in denen das Einkoten nicht auftrat. Außerdem sollten einige von den Aspekten, die*

als Antwort auf die Wunderfrage vom Vater formuliert worden waren, verwirklicht werden.

Bereits nach dieser ersten Sitzung kotete der Junge eine Woche lang nicht ein. Der Vater hatte viel mit ihm unternommen und half ihm bei den Hausaufgaben. Das sei für den Vater schwer gewesen, da sein Sohn eine Persönlichkeit habe, die er nicht ertragen könne. Dennoch habe er am Ende Spaß daran gehabt. Der Vater erhielt am Ende der zweiten Sitzung die Hausaufgabe, mehr von dem zu tun, was bereits als Hausaufgabe der ersten Sitzung formuliert worden war.

Nach der zweiten Sitzung koteten Sohn und Tochter eine Woche lang nicht ein. Der Vater hatte noch mehr Dinge getan, die er für nötig hielt, ein „beteiligter“ Vater zu sein. Zudem versuchte er, den Ärger auf seine Frau nicht auf die Kinder zu übertragen. Er hatte nicht mehr das Gefühl, seine Kinder zu vernachlässigen. Als Hausaufgabe am Ende der dritten Sitzung wurde formuliert, dass seine Frau und er sowie die Großeltern beiderseits darauf achten sollten, ob die Kinder in ihrem Beisein einkoten.

Bis zur zehn Tage später stattfindenden vierten Sitzung und auch zum Zeitpunkt der telefonischen Befragung zwei Monate danach war bei beiden Kindern kein Einkoten mehr aufgetreten.

Im Rahmen der Konflikte zwischen den Eltern hatte der Vater zumindest einen Teil seines Ärgers auf die Kinder übertragen, was zu einem überwiegend negativ geprägten Umgang des Vaters mit den Kindern geführt hatte. Durch die Fokussierung auf Veränderungen in Richtung positiv geprägter Interaktionsmuster zwischen Vater und Kindern konnten der Vater seine ablehnende, Defizit orientierte Haltung gegenüber den Kindern aufgeben und die Kinder ihr Einkoten. In einem weiteren Schritt wurde eine Solidarisierung von Vater, Mutter und Großeltern gegenüber dem Symptom Einkoten durch die gemeinsame Beobachtungshausaufgabe am Ende der dritten Sitzung erreicht. Diese auf mehreren Beziehungsebenen ansetzenden Maßnahmen zur Entflechtung von Konflikten und Verbesserung von Beziehungen bzw. Interaktionsmustern trug offenbar dazu bei, dass die Kinder angeregt wurden, nicht mehr einzukoten.

### 3.3 Symptomorientierte und nichtsymptomorientierte Ansätze kombiniert

#### 3.3.1 Fallbeispiel für eine ambulante Behandlung

Margolies und Gilstein (1983-84) kombinieren symptomorientierte Ansätze mit auf intrafamiliäre Beziehungsmuster fokussierenden Methoden in Familientherapie und Einzeltherapie. Sie betonen, dass es für die Praxis nicht nützlich sei, zu unterscheiden, ob die familiären Probleme die Ursache des Einkotens sind oder umgekehrt.

*Bei einem 14jährigen Jungen erschien die Stiefmutter des Jungen dominant, der leibliche Vater emotional zurückgezogen. Die Beziehung zu den Geschwistern und Halbgeschwistern war angespannt und der Junge hatte als einziger sein Zimmer auf einer an-*

deren Etage als die anderen Kinder und die Eltern. Die Stiefmutter gab der leiblichen Mutter die Schuld für das Einkoten und drohte, bei fortgesetztem Einkoten die Familie zu verlassen. Der Junge dagegen äußerte, dass er seine Stiefmutter hasse und dass sie Schuld an seinem Einkoten sei. Das Gespräch ums Einkoten war so intensiv und häufig, dass andere bedeutungsvolle Themen in der Familie kaum noch erlaubt waren. Im Verlauf der systemischen Familientherapie wurde darauf geachtet, dass die Mutter die Sitzungen nicht dominierte. Sie bekam die Aufgabe, sich in den Therapiesitzungen zu entspannen und zu üben, sich nicht von den Antworten des Jungen provozieren zu lassen. Der Vater erhielt dagegen die Aufgabe, die Familiensitzungen und das Verhalten des Jungen zu überwachen. Dadurch wurde er zum aktivsten und wichtigsten Familienmitglied erhoben. Die Kinder erhielten die Aufgabe, sich vorzustellen, durch welches Verhalten sie am besten ihre Eltern vom Ehestreit abhalten könnten, wenn dies einmal erforderlich sein sollte. Es zeichnete sich ab, dass die ständige Auseinandersetzung zwischen Stiefmutter und Junge den Paarkonflikt der Eltern maskierte, so dass auch einige Paartherapiesitzungen eingefügt wurden. Die Mutter wurde ermutigt, ihre Wünsche an ihren Mann direkt zu kommunizieren und nicht über den Jungen.

Hier war es offenbar hilfreich, nicht nur den Teufelskreis gegenseitiger Ablehnung zwischen Junge und Mutter durch Einbeziehung des Vaters und Einübung eines alternativen Interaktionsmusters seitens der Mutter zu unterbrechen, sondern auch den Fokus der Behandlung zu erweitern um Aspekte der Paarbeziehung zwischen den Eltern.

Nach anfänglicher Besserung kam es wieder zunehmend zum Einkoten, was die Therapeuten als Versuch des Jungen interpretierten, die intrafamiliären Veränderungen rückgängig zu machen. Offenbar diente das Einkoten auch dazu, sexuelle Annäherungen der Stiefgeschwister zu verhindern. Vater und Sohn erhielten nun die Aufgabe, eine Inventur der Unterwäsche des Jungen zu machen mit wöchentlicher Überprüfung, um ein Verstecken verschmutzter Unterwäsche zu verhindern. Des Weiteren erhielt der Junge ein vom Vater zu kontrollierendes Verstärkerprogramm mit Punkten für jeden erfolgreichen Toilettengang und jeden Tag ohne Einkoten. Belohnung war gemeinsames Bowling von Vater und Sohn. Der Junge musste noch auftretende Verschmutzungen selbst reinigen. Die Mutter war dafür verantwortlich, die Fortschritte des Jungen nicht zu kommentieren. Die Behandlung wurde nach 3½ Monaten erfolgreich beendet. Als Abschlussintervention wurde die Familie aufgefordert, ein „Rezidiv“ zu bekommen und wieder in alte Beziehungsmuster zurückzufallen. Ihr Widerstand gegen solch eine Direktive half der Familie, einen Rückfall zu verhindern. Der Junge sagte: „Vergiss es. Ich mach nicht mehr in die Hose – das Zeugs stinkt!“

Grundlage der Behandlung des Rezidivs war eine weitere Steigerung des väterlichen Engagements entsprechend der Shazers (1989, 103) lösungsorientierter Regel „Tue mehr von dem, was funktioniert!“ verbunden mit einer an die gesamte Familie gerichteten paradoxen Intervention (Selvini Palazzoli et al., 1977) zur Steigerung des Zusammengehörigkeitsgefühls der Stieffamilie.

### 3.3.2 Fallbeispiel für eine stationäre Behandlung

Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) können wegen der Aufmerksamkeitsstörung, die sich auch auf die Propriozeption bezieht (unzureichende Wahrnehmung des Füllungsdrucks im Rektum), ein erhöhtes Risiko für Enkopresis aufweisen, und insbesondere bei der retentiven Form der Enkopresis finden sich gehäuft Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (Trott et al., 2003). Eine spezifische Therapie des hyperkinetischen Syndroms erscheint bzgl. der Enkopresis mit ausschlaggebend für Prognose und Langzeitverlauf zu sein (Mehler-Wex et al., 2005). Im Folgenden werden Teile einer systemisch geprägten stationären kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung (Rotthaus, 1998; Spitzcok von Brisinski, 2001) bei Enkopresis beschrieben, die auch ADHS-spezifische Elemente (Schweitzer et al., 2006b; Spitzcok von Brisinski, 2003b, 2003c) einschließlich Psychopharmakotherapie (Spitzcok von Brisinski, 2003a) umfasste.

*Ein 9-jähriges Mädchen mit primärer Enkopresis machte laut Mutter und deren Lebensgefährten der Familie das Leben zur Hölle durch ständigen Streit um das Thema Einkoten. Die Mutter trug verzweifelt und anklagend vor, dass sie sich in der völlig vergifteten Familienatmosphäre ständig mit ihrer Tochter verkämpfe: „Dadurch, dass sie die verschmutzte Unterhose anlässt, stinkt das ganze Haus. Sie setzt sich mit ihrer Kothose aufs Sofa, an den Tisch, nimmt Unterhosen ihres 11-jährigen Bruders und kotet sie voll. Der reagiert natürlich sauer und beschimpft sie. Sie versteckt ihre vollgekoteten Unterhosen im ganzen Haus. Obwohl es stinkt, streitet sie es ab. Haben wir die Unterhosen gefunden, macht sie dicht oder schreit heftig, bricht einen Streit vom Zaun und tut so, als wenn man ihr etwas wolle. Sie sieht bei sich selbst keinerlei Schuld. Nach ihrer Ansicht sind wir die Schuldigen, weil wir von ihr verlangen, dass sie die Unterhosen auswäscht. Sie wäscht sie aber nur unter massivem Druck aus! Überhaupt erledigt sie die meisten Aufgaben nur unter Druck“. Bei der Aufnahme weigerte sich das Mädchen, etwas zum Einkoten zu erzählen. Bzgl. anderer Themen konnte es sich dagegen ausgiebig äußern, wirkte altersgemäß und durchschnittlich intelligent (was sich testpsychologisch bestätigte). Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch ergaben sich nicht, jedoch fiel es schwer, näheren emotionalen Kontakt herzustellen. Das Mädchen wirkte sehr eigenwillig und auf sich bezogen.*

*Zur Belastungsprobe am Wochenende nahm es heimlich eingekotete Jeans und Unterhosen mit nach Hause und versteckte sie dort. Im Familiengespräch machte die Mutter deutlich, dass sie nicht an einen Behandlungserfolg glaubte, auch wenn sie sich noch so sehr wünschte, dass Gestank und Streit aus der Familie verschwinden. Eine Lösung des Problems würde ihre Befürchtung, als Mutter in der Erziehung versagt zu haben, bestätigen. Wir teilten die Diagnose einer Überlauf-Enkopresis bei chronischer Obstipation mit, ernteten jedoch keine positive Resonanz, da dies seitens der Eltern als Entschuldigung für das „absichtlich boshafte und böswillige“ Verhalten ihrer Tochter gewertet wurde. Das Mädchen selbst wollte sich nicht durch praktische Mitarbeit engagieren. Um es dennoch an einen regelmäßigen Toilettengang zu gewöhnen, wur-*

*de in Abstimmung mit den Eltern die Erlaubnis zum Wochenendbesuch Zuhause als Motivation eingesetzt. Da es trotzdem kaum mitarbeitete, durfte es am Samstag nur in Tagesbeurlaubung nach Hause gehen, statt bis Sonntag zu bleiben. Dies war im Familiengespräch so mit Mutter und Tochter abgesprochen worden, wobei die Mutter sich schwer tat, nicht schützend und entschuldigend die Hand über ihre Tochter zu halten.*

Bisher hatte das Einkoten des Mädchens immer dazu geführt, dass sich die Mutter mehr um sie kümmerte. Wenn dieses „Kümmern“ auch mit Schimpfen verbunden war, überwog doch eine in Schutz nehmende Haltung der Mutter. Aus der Vereinbarung, nur bei regelmäßigem Toilettengang während der Woche zwei Tage am Wochenende zu Hause verbringen zu können, ergaben sich drei Konsequenzen: 1. Das Interaktionsmuster „Je häufiger Einkoten, desto mehr Kontakt zur Mutter“ wurde umgekehrt; 2. Die Mutter musste ihre Schonhaltung zumindest für dieses Wochenende aufgeben; 3. Beide Elternteile mussten sich darin einig sein, das vereinbarte Vorgehen zu befolgen und damit Grenzen gegenüber der Tochter einzuhalten.

*Nach dem eingeschränkten Wochenendbesuch erledigte das Mädchen täglich ihre Toilettengänge und war stolz auf seinen Erfolg. An einem Tag hatte es die Toilette besucht, war jedoch hinterher bestürzt, da es durchfallähnlich die gesamte Kleidung beschmutzt hatte. Es ließ sich helfen, verheimlichte seine Hygieneprobleme nicht mehr vor den Erwachsenen. Im folgenden Familiengespräch glaubte die Mutter trotz der positiven Entwicklung noch nicht an eine erfolgreiche Entwicklung. Zwischen ihr und ihrem Lebensgefährten wurde die häusliche Problematik (z. B. konsequentes Erziehungsverhalten) erörtert. Außerdem stellte sich die Frage, wie Zuhause das Einüben eines selbständigen Toilettengangs verwirklicht werden könnte trotz negativer Erwartungshaltung und mangelndem Vertrauen zwischen Mutter und Tochter. Daher waren Interventionen notwendig zur Stärkung des Vertrauens der Eltern in die Fähigkeit ihrer Tochter, sich mit mehr Selbstverantwortung weiter zu entwickeln.*

*Da im weiteren Verlauf die erfolgreiche Zusammenarbeit anhielt und auch während der Wochenendbesuche zuhause Toilettengänge nun mit Eigenverantwortung wahrgenommen wurden, konnte die stationäre Therapie nach insgesamt 6 Wochen beendet werden.*

Die Symptomatik einer Aufmerksamkeitsstörung trat während dieser ersten stationären Behandlungsepisode noch nicht in den Vordergrund, möglicherweise aufgrund der Flut neuer Eindrücke für die Patientin auf der Station (Spitzcok von Brisinski, 2005) bzw. des Honeymoon-Effekts bei ADS/ADHS (Spitzcok von Brisinski, 2003c). Dies änderte sich jedoch deutlich im Verlauf der zweiten Behandlungsepisode:

*Nach einem ¼ Jahr war wegen exzessiven Einkotens und Lügens eine erneute stationäre Aufnahme notwendig. Das Mädchen beschuldigte ihren Bruder oder den Partner ihrer Mutter, auch wenn man ihr nachweisen konnte, dass ihre Behauptungen falsch waren. In der Familie nahm es eine Außenseiterrolle ein. Es hielt sich nicht mehr an Regeln und Absprachen, bedurfte ständiger Kontrolle und Zurechtweisung. Sein Verhalten führte zu viel Streit zwischen den Erwachsenen. Auch außerfamiliär war es*

*ins soziale Abseits geraten, da die Mitschüler es wegen ihrer Lügengeschichten und Betrügereien ablehnten.*

Offenbar war das Mädchen in das alte Muster „Mehr Kontakt durch häufiges Einkoten“ zurückgefallen, ohne damit bei der Mutter ausreichend erfolgreich zu sein. Die vermehrte Produktion von Lügengeschichten auch Mitschülern gegenüber könnte als Versuch gewertet werden, dadurch mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erlangen, auch um eigene Vergehen und Unzulänglichkeiten zu überdecken. Diese Verhaltensmuster hatten jedoch in einen Teufelskreis geführt mit einer äußerst negativ geprägten Erwartungshaltung seitens der Eltern.

*Im Familiengespräch zeigten sich heftige Kritik, Ärger und Verzweiflung: „Ich komme nicht mehr an sie heran, keiner glaubt ihr mehr“ berichtete die Mutter und ihr Partner konstatierte: „Ihr Verhalten ist asozial!“ Die Eltern äußerten keinerlei Hoffnung, sondern plädierten für deutlichen räumlichen Abstand. Die Tochter orientierte sich im Gespräch ausschließlich an der Mutter. Der Stiefvater verurteilte dieses Verhalten als Quälerei der Mutter. Wir empfahlen der Mutter, derzeit ihre Tochter als ein kleines, hilfloses und unselbständiges Mädchen zu begreifen und sich nicht blenden zu lassen vom Negativverhalten. Zusätzliche Therapieziele für die Patientin bestanden darin, sich selbst besser kennen und wahrnehmen zu lernen und offener über sich und ihr Verhalten zu reflektieren und zu sprechen.*

*Die Patientin vermittelte den Eindruck, nicht mitzudenken und alles an Problemen verdrängen zu wollen. Sie wirkte ungeordnet, in ihrem Zimmer herrschte stets Chaos, und sie brachte selten zu Ende, was sie angefangen hatte. Insgesamt erlebten wir die Patientin als enorm aufmerksamkeitsgestört. In Ergänzung zu unseren bisherigen Diagnosen thematisierten wir daher im Familiengespräch auch eine Aufmerksamkeitsstörung und erörterten die Möglichkeit einer Behandlung mit Methylphenidat. Hierzu herrschte zwischen den Eltern große Unstimmigkeit. Es kam erneut kein richtiges Gespräch zwischen den Eltern und Tochter auf, so dass das Gespräch mit den Eltern allein fortgesetzt wurde. Die Mutter äußerte Hoffnung, ihr Partner hingegen verschärfte seine Kritik an dem Mädchen („Eiskalt berechnend macht sie nur mit, um wieder nach Hause zu kommen.“).*

*Im Stationsalltag schaffte es die Patientin zunehmend besser, eine erfolgreiche Verdauung zu erreichen. In den Vordergrund traten mehr Auffälligkeiten im Umgang mit den anderen Kindern (z. B. petzen und lügen). Ihr eigenes Fehlverhalten, z. B. ihre Unzuverlässigkeit (sich etwas ausleihen und nicht zurückgeben bzw. verschwinden lassen) zu sehen und einzugestehen war ihr noch kaum möglich. Die Wochenendbesuche nach Hause zur Belastungserprobung erbrachten nach Eindruck der Mutter – diese kümmerte sich sehr intensiv um ihre Tochter und suchte mit ihr das Gespräch über die aufgefallenen Probleme (z. B. Gelddiebstahl) – kleine Fortschritte, Mutter und Tochter näherten sich wieder einander an. In der Einzeltherapie ließ die Patientin deutlich werden, dass es in ihrer Gefühlswelt nur ein großes Thema gab: ihre Mutter. Die Patientin*

ließ sich nun regelmäßig auf abendliche Gespräche zur Reflektion des Tagesgeschehens ein. Sie übte sich darin, offener zu werden, eigene Fehler zu sehen und einzugestehen.

In der Zwischenzeit war es anlässlich der gegensätzlichen Haltung der Eltern gegenüber medikamentöser Behandlung zu Auseinandersetzungen gekommen. Zum einen wurde der Paarkonflikt vor unseren Augen ausgetragen, wobei nicht gezögert wurde, uns mit hinein zu ziehen (z. B. Vorwürfe zum Behandlungskonzept). Zum anderen entgleiste zweimal ein Gespräch, so dass trotz viel Geduld und Entgegenkommen von unserer Seite zur Kenntnis genommen werden musste, dass eine weitere Zusammenarbeit mit dem Partner der Mutter nicht erfolgreich sein würde. Dies war offenbar aber nur der äußere Rahmen für eine Trennung vom Partner, die uns die Mutter schließlich mitteilte. Die Patientin war wenig überrascht, aber zufrieden mit den neuen Perspektiven (z. B. erneut Wohnungswechsel).

Analog zu Margolies und Gilstein (1983-84) sind wir der Meinung, dass es für die Praxis nicht nützlich ist zu unterscheiden, ob der Paarkonflikt die Ursache des Einkotens ist oder umgekehrt. Gerade bei Patienten, die einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie bedürfen, spielen in der Regel mehrere Faktoren eine ursächliche Rolle, und oftmals sind potentielle Ursachen für den Behandlungserfolg weniger wichtig als lösungsorientierte Maßnahmen.

Mutter und Tochter entschieden sich für einen Behandlungsversuch bei der Tochter mit Methylphenidat. Anfangs war die Patientin euphorisch, dass ihr das Medikament alle Schwierigkeiten nehmen würde. Sie musste angehalten werden, ihre bisherigen Anstrengungen (z. B. Toilettentraining) nicht aufzugeben. Insgesamt machte sie einen zuversichtlicheren, entspannteren und offeneren Eindruck. In der Einzeltherapie waren Hauptthemen „sich entspannen“ und „die eigene Gefühlswelt erleben“, „eigenes Nachdenken über selbstverantwortliches Lösungsverhalten“, Körperwahrnehmung. In ihren Gruppentherapien ging es derweil um die typischen Probleme von aufmerksamkeitsgestörten Kindern (dominantes Auftreten, Akzeptanz und Einhaltung von Gruppenregeln etc.).

Beim Entlassungsgespräch (die zweite stationäre Behandlungsphase dauerte 10 Wochen) berichtete die Mutter, dass sie ihre Tochter im familiären Rahmen als einsichtiger erlebe, so dass Probleme leichter zu handhaben seien. Die Patientin selbst erzählte stolz, dass sie vieles selbständiger mache, ordentlicher und zuverlässiger geworden sei, regelmäßig Verdauung habe, sich besser konzentrieren könne und es ihr mehr Spaß mache, von sich zu erzählen.

#### 4 Fazit

Familientherapie orientiert sich am Kontext, in dem das Einkoten auftritt, so dass neben störungsspezifischen auch störungsübergreifende Aspekte berücksichtigt werden. Unabhängig davon, ob symptomorientierte oder nichtsymptomorientierte Ansätze zum Tragen kommen, Familientherapie ist in besonderem Maße indiziert, wenn das von Enkopresis betroffene Kind oder seine Angehörigen die Einbeziehung

der Familie wünschen, wenn gravierende Auswirkungen familiärer Interaktion auf das Einkoten oder schwerwiegende Auswirkungen des Einkotens auf die Familie offenkundig sind oder wenn familiäre Ressourcen für die Unterstützung bei der Behandlung des Kindes aktiviert werden sollen.

Symptomorientierte Familientherapie bzgl. des Einkotens ist auch dann hilfreich, wenn keine dysfunktionalen familiären Beziehungsmuster vorliegen, da alle Familienmitglieder ihren Ressourcen entsprechend zum Behandlungserfolg beitragen können.

## Literatur

- Anthony, E. J. (1957). An experimental approach to the psychopathology of childhood: encopresis. *The British journal of medical psychology*, 30, 146-175.
- Bellman, M. (1966). Studies on encopresis. *Acta paediatrica Scandinavica*, 170 (Suppl.), 1-151.
- Bernard-Bonnin, A. C., Haley, N., Belanger, S., Nadeau, D. (1993). Parental and patient perceptions about encopresis and its treatment. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 14, 397-400.
- De Shazer, S. (1989). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Foreman, D. M., Thambirajah, M. S. (1996). Conduct disorder, enuresis and specific developmental delays in two types of encopresis: a case-note study of 63 boys. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 33-37.
- Gutsche, S., Walker, S. (1989). Treatment of Encopresis using Modifications to Michael White's Approach. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8, 60-68.
- Haley, J. (1973). Strategic therapy when a child is presented as the problem. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 12, 641-659.
- Johnston, B. D., Wright, J. A. (1993). Attentional dysfunction in children with encopresis. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 14, 381-385.
- Largo, R. H., Stutzle, W. (1977). Longitudinal study of bowel and bladder control by day and at night in the first six years of life. I: Epidemiology and interrelations between bowel and bladder control. *Developmental medicine and child neurology*, 19, 598-606.
- Margolies, R., Gilstein, K.W. (1983-84). A systems approach to the treatment of chronic encopresis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13, 141-152.
- Mehler-Wex, C., Scheuerpflug, P., Peschke, N., Roth, M., Reitzle, K., Warnke, A. (2005). Enkopresis – Prognosefaktoren und Langzeitverlauf. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33, 285-93.
- Roesler, T. A., Savin, D., Grosz, C. (1993). Family therapy of extrafamilial sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 967-70.
- Rothhaus, W. (1998). *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 2. Aufl. Dortmund: modernes lernen
- Schweitzer, J., von Schlippe, A., Spitzcok von Brisinski, I. (2006a). Einnässen und Einkoten – Die Dinge zum richtigen Zeitpunkt herauslassen. In J. Schweitzer, A. von Schlippe (Hrsg.), *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II – Das störungsspezifische Wissen* (S. 272-280). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Schweitzer, J., von Schlippe, A., Spitzcok von Brisinski, I., Rotthaus, W. (2006b). Aufmerksamkeitsdefizit- oder hyperkinetische Störung – Wo die wilden Kerle wohnen. In J. Schweitzer, A. von Schlippe: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II – Das störungsspezifische Wissen (S. 280-299). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Selvini Palazzoli, M., Bosocolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1977). Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Shapiro, L. E., Henderson, J. G. (1992). Brief Therapy for Encopresis: A Case Study. *Journal of Family Psychotherapy*, 3, 1-12.
- Silver, E. (1996). Family therapy and soiling. *Journal of Family Therapy*, 18, 415-432.
- Silver, E., Williams, Al., Worthington, F., Phillips, N. (1998). Family therapy and soiling: an audit of externalizing and other approaches. *Journal of Family Therapy*, 20, 413-422.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2001). Ist die Zukunft das Land, das der Station gehört? Oder ist die Station das Land, das niemandem gehört? Ethnologische und politische Metaphern zur Kontextgestaltung stationärer systemischer Kinderpsychotherapie. In W. Rotthaus (Hrsg.), *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 278-298). Heidelberg: Carl Auer.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2003a). Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 21, 157-167.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2003b). Systemische Aspekte bei ADHS. In Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität (Hrsg.). *Jahrbuch 2003*. Forchheim: BV-AH, S. 18-25.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2003c). Tagesklinische und vollstationäre Diagnostik und Behandlung bei ADS und ADHS/HKS – Aspekte der Indikation und Verweildauer. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 13, 48-60.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2005). Träumer – Zappelphilipp – Störenfried. *ADS/ADHS (Aufmerksamkeitsstörungen) in der Schule*. Pädagogik, 57, 45-50.
- Straker, G., Jacobson, R. (1979). A Study of the Relationship Between Family Interaction and Individual Symptomology Over Time. *Family Process*, 18, 443-450.
- Taichert, L. C. (1971). Childhood encopresis: a neurodevelopmental-family approach to management. *California Medicine*, 115, 11-18.
- Trott, G. E., Badura, F., Warnke, A. (2003). Leitlinie Enkopresis. In Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. 2. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag [www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028-027.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028-027.htm)
- von Gontard, A. (2004). Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. Stuttgart: Kohlhammer
- White, M. (1984). Pseudo-encopresis: From avalanche to victory, from vicious to virtuous cycles. *Family Systems Medicine*, 2, 150-160.
- White, M., Epston, D. (2002). *Die Zähmung der Monster: literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken*. 4. Aufl. Heidelberg: Carl Auer
- Young, M. H., Brennen, L. C., Baker, R. D., Baker, S. S. (1995). Functional encopresis: symptom reduction and behavioral improvement. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 16, 226-32.

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Rheinische Kliniken Viersen, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, E-Mail: [Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de](mailto:Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de)