

Lang-Langer, Ellen

Primäres und sekundäres Einkoten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 6, S. 520-534

urn:nbn:de:bsz-psydok-47534

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/

Primäres und sekundäres Einkoten

Ellen Lang-Langer

Summary

Primary and secondary encopresis

While the difficulty of the child to part with its faeces in primary encopresis is linked to the incapability to experience the object as separated and independent from himself, secondary encopresis is a progressed psychical state of development. In this case we have to deal with regression caused by conflict. Two case-studies show clearly the differences.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 520-534

Keywords

encopresis – regression – countertransference – conflict – aggression

Zusammenfassung

Während beim primären Einkoten die Schwierigkeit des Kindes sich von seinem Kot zu trennen verknüpft ist mit der Unfähigkeit das Objekt als von ihm getrennt und unabhängig zu erleben, handelt es sich bei der sekundären Enkopresis um eine fortgeschrittenere psychische Entwicklungsstufe. Hier geht es um eine konflikthaft bedingte Regression. Anhand zweier Fallbeispiele werden die Unterschiede deutlich gemacht.

Schlagwörter

Enkopresis – Regression – Gegenübertragung – Konflikt – Aggression

1 Einleitung

Trotz der relativen Häufigkeit der Enkopresis im Kinder- und Jugendalter (s. Schmid-Boß, 2005) ist die Literatur zu diesem Thema spärlich. Dem korrespondiert eine vermutlich hohe Dunkelziffer bezüglich dieser Symptomatik. Das einkotende Kind, das die Reaktionsbildung verweigert oder aber rückgängig macht, bewegt sich in einer tabuisierten Zone der Zivilisation. Mitten am Tag, nicht heimlich des Nachts, wie in der Regel der Enuretiker, geht es seinen geächteten Geschäften nach. Die Scham über den Tabubruch aber ist selten bei ihm selbst angesiedelt. In gewisser Weise stellt es, je länger sein Symptom dominiert, eine der selbstverständlichsten Errungenschaften der Zivilisation in Frage.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56: 520 – 534 (2007), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht 2007

Es ist schwer, sich in diese Symptomatik einzufühlen, denn sie löst spontan eine Distanzierung aus. Es kommt nicht zu dem intuitiven inneren Erkennen und Wiedererkennen, der Anerkennung des Leidens, das Ängste, Depressionen, Aggressionen und viele andere Symptome, wie etwa Schlafstörungen und Magersucht begleitet. Vielmehr wird eine unbewusste Empörung in Gang gesetzt.

Die Auseinandersetzung mit Ekel und Scham spielen bei der Behandlung einkotender Kinder eine wichtige Rolle in der Gegenübertragung des Therapeuten, der sich dem realen Gestank ja nicht entziehen kann. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Behandlung nur gelingen kann, wenn es dem Therapeuten möglich ist, einen inneren Kontakt zu dem hilflosen Baby in dem Patienten aufzunehmen, das mit seinen explosiven Gefühlen kämpft. D. h. eigentlich, dass der Behandler die schweren aggressiven Gefühle, die dieses Symptom auslöst – der Wunsch das Kind loszuwerden, es nie mehr sehen zu müssen – in einer Weise versteht und halten kann, wie es den Eltern dieser Kinder aufgrund ihrer eigenen schicksalhaften Geschichte unmöglich gewesen sein mag. Tatsächlich wirken die Eltern, insbesondere die primär einkotender Kinder, oft wie gelähmt, wie reduziert auf die Rolle des Voyeurs, wie in ein Schicksal ergeben. Zu einem späteren Zeitpunkt werde ich ausführen, inwieweit dies die hohe Abbruchrate bei primärer Enkopresis in der psychotherapeutischen Praxis bestimmt.

Ich werde beginnen mit einigen theoretischen Bemerkungen zur primären Enkopresis und danach einen ziemlich ausführlichen Einblick in die Behandlung eines Falles mit dieser Symptomatik geben. Danach werde ich, in Abgrenzung hierzu beschreiben, was die sekundäre Enkopresis ausmacht. Die Szenen eines Erstinterviews werden dies verdeutlichen.

2 Primäres Einkoten¹

In der psychoanalytischen Triebtheorie geht man davon aus, dass es während der analen Entwicklung des Kindes zu einer Reaktionsbildung kommt. Um der Liebe des Objektes willen, sich mit diesem identifizierend, verzichtet das Kind auf eine ursprüngliche Lust und lernt, seinen Kot der Toilette zu übergeben. Es schenkt dem Objekt seiner Liebe, das es als von sich differenziert erleben kann, einen Teil von sich, vertraut ihn ihm an. Es kann sich trennen, weil es ihm im Verlauf seiner Entwicklung möglich war, die Mutter als von ihm getrenntes Objekt zu akzeptieren.

Beim sogenannten „primären Einkoten“, das mich im folgenden beschäftigen wird, kommt es nicht zu diesem Prozess. Der Kot kann nicht als „Werk“ oder „Geschenk“ erlebt werden, weil die Differenzierung auf der Objektbeziehungsebene nicht ausrei-

¹ Punkt 2 „Primäres Einkoten“ wurde von der Autorin bereits veröffentlicht in: AKJP, Heft 127, S. 371 (2005). Punkt 3 „Marius“ erschien in derselben Ausgabe in Form einer ausführlicheren Fallbesprechung.

chend stattgefunden hat. Bei Kindern, die niemals „sauber“ wurden, bleibt der Kot ein unverzichtbarer Teil des Körpers.² Er wird zu etwas Überwältigendem, wenn er „draußen“ ist. Er soll am Körper bleiben, der Körper sein. Dass etwas herauskommt, ängstigt. In der Sprache des Unbewussten könnte man sagen: Alles soll behalten werden. Gleichwohl geschieht etwas, das nicht kontrolliert werden kann: Der Kot bewegt sich im Körper und dringt nach draußen. Mit der Weigerung, die Toilette zu benutzen, findet eine Verleugnung dieses unkontrollierbaren Vorgangs statt. Das primäre Einkoten ist eng verbunden mit dem sich anschließenden Waschen durch die Mutter. Unbewusst bleibt das Kind ein Säugling, der der Mutter die Verantwortung über seinen Körper übergibt.

Der als Einheit mit dem Körper erlebte Kot spiegelt die innere Ungetrenntheit von der Mutter, die als Besitz, nicht als unabhängiges Objekt erlebt wird. Die Angst, mit der Kotstange einen Teil von sich zu verlieren, steht für die Angst, von der Mutter getrennt zu sein. Man könnte auch sagen: Die Trennung vom Kot als imaginiertem Teil des Körpers impliziert einen unwiderruflichen Verlust. Wenn das Kind, aus welchen Gründen auch immer, die Objektkonstanz nicht sicher genug erreicht hat, kann die kulturell geforderte Trennung von seinem Kot unbewusst die Angst beleben, die Mutter zu verlieren. Die anale Beherrschung und Manipulation der Mutter, die das Kind täglich waschen und kontrollieren muss, soll deren Unabhängigkeit verleugnen und Trennung ungeschehen machen. Die geforderte Anpassung kann nicht geleistet werden, wenn die unbewusste Angst vor dem Verlust des Objektes zu groß ist. Das Kind, das seinen Kot nicht hergeben will – primäres Einkoten ist in der Regel begleitet von Phasen des Einhaltens des Kotes – verweigert eine Entwicklung, die es fürchtet. Die Rede ist hier nicht von einem Kind, das vollkommen in einer Zweieinheit gefangen ist und keinerlei Differenzierungen vornehmen kann, vielmehr geht es hier um ein Kind, *das des Trennenden im Verlauf seiner Entwicklung als zutiefst Ängstigendem, Unberechenbarem gewahr wurde*. Die Übergänge fehlen. Das innere Bild der Mutter ist unsicher, gefährdet von traumatischen, überwältigenden Sensationen. Die geforderte Trennung vom Kot wird zum unbewussten Symbol dieses Szenariums.

Die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist in diesen Fällen in der Regel vom Ausschluss des Dritten geprägt. Wie das Kind fürchtet die Mutter den Dritten. Ihre Angst, ihr Kind zu verlieren, spiegelt sich in der Angst ihres Kindes vor dem Verlust seines Kotes; d. h. das Kind ist mit der unbewussten Angst der Mutter identifiziert. Es darf das Trennende nicht geben. Es wird verleugnet und bekämpft, es geht mit Unerträglichem einher. Aber es ist immer da, auch wenn es keinen Raum dafür geben darf. Bei der Behandlung primär einkotender Kinder kommt es meines Erach-

³ Anders als beim primären Einkoten findet beim sekundären Einkoten eine Regression statt. D. h. das einmal Erreichte, das Saubersein, kann nicht gehalten werden – zum einen, weil die Anforderungen der ödipalen Entwicklung das Kind vor unlösbare Probleme stellen, zum anderen, weil die Basis des Erreichten selbst unsicher und brüchig.

tens zu einer signifikant hohen Abbruchrate, oft schon während der Erstgespräche. Der Therapeut wird unbewusst als bedrohlicher, trennender Dritter erlebt.

Beim primären Einkoten haben wir es mit einer frühen Entwicklungsstörung zu tun, die in einer psychotherapeutischen Praxis nicht in jedem Fall zu behandeln ist. Das Symptom des Einkotens, das wie alle anderen Symptome während einer psychoanalytischen Behandlung in die Übertragungsbeziehung kommt, wirft – wie man an dem von mir geschilderten Fall sehen wird – einige „praktische“ Probleme auf, die eine Grenze der ambulanten Behandlung signalisieren. Das Symptom des Einkotens tendiert den Rahmen zu sprengen, es übt im wahrsten Sinne des Wortes Druck aus. Man könnte sagen, eine für den Zivilisationsprozess basale Fertigkeit ist nicht vorhanden. Man bedenke etwa, dass Kinder, die nicht sauber sind, in der Regel keinen Kindergartenplatz bekommen. Im Grunde heißt das, dass das Symptom die Ungetrenntheit von der Mutter betont und das Dritte zu verunmöglichen droht. Oft zieht das Symptom genau das nach sich, was am meisten gefürchtet wird: die radikale Trennung von der Mutter durch einen Klinikaufenthalt. Überganglos und überwältigend wird das Dritte auf den Plan gerufen; vorangegangene traumatische Trennungserfahrungen werden auf diese Weise neu inszeniert.

Der Übergang von der oralen zur analen Welt zeichnet sich aus durch die Fähigkeit, „Nein“ zu sagen, etwas Eigenes zu setzen, sich zu behaupten. Die ersten Artikulationen des „Nein“, begleitet von vehementem Kopfschütteln, sind ausgesprochen lustvoll und bereiten die Artikulation des „Ich“ vor. Das „Nein“ steht vor dem „Ich“; durch das Nein zum Objekt erkennt sich das Kind als Ich. Die motorische Fähigkeit, sich von der Mutter fortbewegen zu können, eröffnet eine neue Möglichkeit der Artikulation des „Nein“. Man könnte einwenden, ein Säugling, der den Kopf von der Brust der Mutter abwendet, oder einfach schreit und sich nicht beruhigen lässt, sage auf seine Weise auch „Nein“. Doch wendet sich dieses „Nein“, wollte man es so nennen, nicht an ein Objekt, das als konturiert erfahren wird. Das anale Kind sagt „Nein“ zu einem Objekt, das es als von sich getrennt erleben kann, *von dem es sich fortbewegen kann*. Das primär einkotende Kind hat die Fähigkeit, „Nein“ zum versorgenden und schützenden Objekt zu sagen, nicht erworben. Statt sich von ihr fortzubewegen, bindet und hält es die Mutter fest. Es hat Angst, ihrer verlustig zu gehen und kann seine aggressiven Impulse nicht gegen sie richten. Aggression und Trennung sind dicht miteinander verbunden. Die von aggressiven, sich selbst behauptenden aggressiven Impulsen getriebene Trennung vom versorgenden Objekt, die lustvolle Artikulation des Nein, löst beim primär einkotenden Kind die Angst aus, von der Mutter ihrerseits verlassen zu werden.³

Die innere Welt eines solchen Kindes ist gekennzeichnet von andauernder Gefahr und Bedrohung. Die aggressiven Regungen, die es aufgrund seiner gefährdeten inneren

³ Binét spricht bzgl. des einkotenden Kindes von „vollkommener Subordination“, einem „waffenlosen Ich“ (Binét, 1979, S. 1123).

Situation spürt, die es zurückhalten muss, um des Objektes nicht verlustig zu gehen, verschaffen sich Ausdruck im Austreten des Kotes, der nicht zurückgehalten werden kann. Diese Kinder äußern stets überzeugend, sie merkten nicht, „wenn es kommt“. Man kann sich das nur vorstellen, wenn man davon ausgeht, dass der Kot zum Pendant einer archaischen, übermächtigen, nicht zu kontrollierenden Aggression wird, die mit der Äußerung „Ich merke es nicht, wenn es kommt“ verleugnet werden muss. Gleichzeitig wird so die Illusion der Einheit von Körper, Kot und Mutter aufrechterhalten.

Das Kind hält also fest an einer primären, archaischen Form aggressiven Lustgewinns. Es erlebt das versagende Objekt als Aggressor, der es zu vernichten droht, es berauben will. Tatsächlich repräsentiert dieses Objekt das Dritte, das Gesetz des Vaters. Es tritt aus der dyadischen Beziehung zum Kind heraus. Wie ich oben ausführte, gehe ich davon aus, dass die Mutter in diesen Fällen selbst das Dritte nicht gut genug integrieren konnte und es möglicherweise als archaische, sadistische Instanz verinnerlicht hat.

Mit dem primär einkotenden Kind verbindet sich das Bild des Deblen. Es läuft beschmutzt und stinkend umher. Dieses Kind scheitert am Nein. Es kann das von Außen geforderte Nein nicht integrieren, die Reaktionsbildung nicht vollbringen. Es bleibt bei seinem Nein stehen. Es kann dieses Nein nicht aufgeben und eine Anpassungsleistung vollbringen. Die Wahrnehmung seines Zustandes scheint ihm zu fehlen. Es ist die Außenwelt, die Anstoß an seinem Zustand nimmt. Es selbst scheint zu sagen: ich kann nicht anders. Sein so deutlich zum Ausdruck gebrachtes Nein kommt in keiner Weise in die Beziehung zum Objekt. Es kann nicht verhandelt werden.

3 Marius

3.1 Vorgeschichte

Ich lernte Marius, den ich über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren mit wöchentlich zweistündiger Frequenz behandelte, kennen, als er 9,5 Jahre alt war. Er war gerade aus dem Krankenhaus entlassen, wo er 11 Wochen verbracht hatte. Dort war er mit drohendem Darmverschluss eingeliefert und mit Einläufen behandelt worden. Bis zu seinem Krankenhausaufenthalt hatte Marius niemals eine Toilette benutzt, stets in die Hose gemacht und sich von der Mutter säubern lassen. Zu Verstopfungen, die mit Medikamenten behandelt wurden, war es immer wieder gekommen.

Die ersten zwei Lebensjahre verbrachte Marius tagsüber bei der Großmutter mütterlicherseits. Seine Mutter musste Geld verdienen. Er trug in diesen beiden ersten Jahren aufgrund eines Hüftschadens eine Spreizhose und bekam wöchentlich Bopath-Gymnastik. Er wurde wie ein Säugling gewickelt, bis er die Spreizhose im Alter von zwei Jahren nicht mehr brauchte. Dies war genau der Zeitpunkt, zu dem seine Mutter aufhörte zu arbeiten. Marius weigerte sich, die Toilette zu benutzen und machte weiter in die Hose, ließ sich von der Mutter säubern. In gewisser Weise lebte

er weiter, als hätte er die Spreizhose noch. Sauberkeitserziehung hatte nicht stattgefunden. Dass der Stuhl etwas ist, von dem man sich trennt, dass dies plötzlich von ihm gefordert wurde, darauf war er innerlich nicht vorbereitet. Das Gehen lernte Marius mühsam und mithilfe einer Krankengymnastin, nachdem er die Spreizhose abgelegt hatte. Als seine Schwester geboren wurde, war er dreieinhalb Jahre alt. Während eines Mittagsschlafes der Eltern nahm er die Säuglingsschwester aus dem Bett und ließ sie auf den Boden fallen. Die Schwester kam mit einer lebensgefährlichen Schädelverletzung ins Krankenhaus. Marius wurde von seinem Vater verprügelt.

Ich dachte darüber nach, dass Marius die Geburt der Schwester als schwere, erneute Infragestellung seiner Beziehung zu Mutter erlebt haben musste. Erst überließ sie ihn der Oma, dann bekam sie ein neues Kind. Ich dachte auch, dass Marius unbewusst vielleicht deshalb nicht sauber werden konnte, weil ihm das Einkoten als Mittel erschien, die Mutter an sich zu binden und endlich ganz für sich zu haben. Er konnte nicht von ihr weglaufen, wie es einem Kleinkind angemessen gewesen wäre, weil das Laufen, das er zu erlernen begann, als die Mutter wieder zu Hause war, schmerzte. Hinzu kam, so vermutete ich, dass er gar nicht weglaufen wollte. Er wollte seine Mutter haben. Er zwang seine Mutter, ihn weiterhin wie einen Säugling zu behandeln.

3.2 Erster Kontakt

Als ich Marius zum ersten Mal gegenüberstehe, bin ich zutiefst befremdet. Die unpassenden, wie ich späterhin erfahren werde, selbstgemachten Kleider, seine ungelenke und schwerfällige Art sich zu bewegen, die Art, wie er dasteht und mich stumm anschaut, alles wirkt wie fehl am Platz, wie aus einer anderen Welt, einer anderen Zeit. Ich denke an Kaspar Hauser, der aus einem Keller in die Welt der Menschen kam.

Aber plötzlich ist er, für mich völlig unerwartet, da. Er lächelt mich an und vermittelt mir das Gefühl, am Ort seiner Sehnsucht angekommen zu sein. Er beginnt Pfeile zu werfen, was er sehr gut kann und was ich ihm nie zugetraut hätte. Er berichtet, in Ermangelung einer Zielscheibe zu Hause oft mit Nadeln auf ein Blatt Papier geworfen zu haben. Ich glaube zu verstehen, dass er diese Fähigkeit heimlich, ohne das Wissen der Eltern, erworben hat. Auch den Umgang mit Werkzeugen hat sich Marius, so erfahre ich, heimlich abgeschaut, den Vater nie gebeten, ihm etwas zu zeigen.

Er liebt Fußball, aber in der Schule spielt er nicht mit. Einmal hat er sich heimlich ins Tor geschlichen, das wird er bei passender Gelegenheit wieder tun. Ich sage, als sollte keiner merken, was du willst und kannst.

Ich fasse zusammen: Die frühe Trennung von der Mutter, zusammen mit der Behinderung des Patienten, die seine Entwicklung beeinträchtigt, führt, verstärkt durch die als traumatisch erlebte Geburt der Schwester, zu einer obsessiven, analen Bemächtigung des mütterlichen Objekts und im Zuge der ödipalen Entwicklung zu schweren Kastrationsängsten, die eine phallische Entwicklung nur „heimlich“ zulassen, verborgen gleichsam hinter dem hartnäckigen Symptom des Einkotens.

3.3 Die Behandlung beginnt

Von der ersten Stunde der Behandlung an finde ich mich dem Patienten gegenüber in der Position eines Menschen, der mit allen Mitteln zu etwas gezwungen werden soll, was er nicht ertragen kann. Bei jeder Gelegenheit versucht er, mir seinen Willen aufzuzwingen und mich zu beherrschen. Manchmal bin ich wie gelähmt und weiß nicht, wie ich mich wehren soll, – dann explodiere ich fast und schäme mich für meine mangelnde Selbstbeherrschung. Auch die kleinsten Kleinigkeiten führen zu einem Kampf zwischen uns, als ginge es um Leben und Tod. Ich befinde mich in der nahezu verrückten Situation, immerzu gegen meine Versklavung durch den Patienten ankämpfen zu müssen. Nur sehr langsam, und stets vom Rückfall in den Kampf bedroht, nähern wir uns einander, finden Worte für das, was zwischen uns geschieht. Marius sagt: „Sie müssen aufpassen, dass ich nicht explodiere.“ Er hat aber auch Angst, dass ich „explodiere“. Selbst als ich mich über ihn freute, z. B. als er Rad fahren lernte, sagte er – schon ein wenig schmunzelnd: „Jetzt explodieren Sie wieder.“ Alle echte Gefühlsqualität erscheint ihm explosiv und hochgefährlich. Ich glaube, er erlebte Gefühle, sowohl bei sich selbst als auch beim Objekt, als bedrohliche, unkontrollierbare Vorgänge. Sie bildeten, so vermutete ich, ein Pendant zum „explosiven“, verleugneten Austritt des Kotes aus seinem Körper.

3.4 Das verrückte Baby

Stundenlang spielt Marius im Puppenhaus mit einem Baby, das in seiner Scheiße badet. Er kommt in dieser Zeit wie zu einem äußerst dringenden Anliegen zu seinen Stunden.

Schon auf der Treppe, ca. drei Monate Behandlung sind inzwischen vergangen, ruft er: „Wir spielen weiter, Sie wissen schon.“ Ich schaue ihn an und überlege. Es fällt mir nicht ein, obwohl er gestern da war. Er sagt nur: „Baby. Das verrückte Baby.“ Da weiß ich Bescheid. Ich schüttle mich spontan. Er lacht und freut sich. Er setzt sich vor das Puppenhaus, sagt: „Kommen Sie. Suchen Sie das Baby.“ Er erwartet, dass ich es finde. Ich will nicht. Die Kommandos machen mich verrückt und hilflos. Ich will nicht und mache es doch, verfluche mich. Immer soll ich etwas suchen, denke ich. Ich gucke flüchtig, widerwillig, kann mich nicht entziehen, nicht Nein sagen. Ich denke, ich drehe ihm den Hals herum. Ich finde eine winzige Figur, die Marius immer „Opa“ nennt und sehe zum ersten Mal, dass es tatsächlich einer ist, was ich ihm überrascht mitteile. Er nickt und sagt: „Haben Sie es endlich gemerkt?“ Mein Widerstand, auch die Babyfigur zu finden, ist plötzlich weg. Ich finde sie sofort. Marius richtet das Zimmer wie immer ein: Klo, Waschbecken, Bad. „Sie müssen wieder iiih sagen“, sagt er. Marius macht das Klo sauber. Plötzlich denke ich, es riecht so nach Klo, total eklig. Er sagt: „Jetzt ist alles sauber.“ Dann ist es wie immer: Das Baby badet in seiner Scheiße, im Klo, dann im Waschbecken. Eine Spielzeugente ist heute dabei. Er sagt mir wieder, dass ich iiih sagen soll, was mir nicht schwer fällt. Ich sage:

„Warum nur ist das so, dass es nicht aufhören kann?“ Marius erwidert: „Die Ente hat es ihm beigebracht und seine Eltern haben es nicht erzogen.“ Ich sage: „Warum nur?“ Er: „Weil sie es erst nicht haben wollten, haben sie ihm nichts beigebracht. Sie müssen ihm jetzt alles beibringen. Als erstes müssen Sie die Ente wegschaffen, sonst kann es nicht lernen.“ Ich sage: „Wie soll ich das schaffen?“ Er sagt: „Sie können das schaffen, Sie müssen die Zauberworte finden.“ Ich versuche und versuche und es dauert sehr lange. Erst als ich nicht mehr glaube, dass ich es schaffen kann, fliegt sie davon. Das Baby weint. Marius sagt, es sei jetzt ein normales Baby und ich müsste es säubern und in den Arm nehmen und ihm Worte beibringen: Mama, Papa. Das Baby versucht die Worte nachzusprechen. Plötzlich sagt es: „Ente haben“. Ich sage: „Nein, die Ente nicht, bloß nicht die Ente.“ Ich versuche es weiter mit anderen Worten. Das Baby hört aber nicht auf, nach der Ente zu verlangen. Ich sage, dass ich Angst habe, ihm die Ente wieder zu geben, dass dann das Baby wieder verrückt werden könnte. Marius sagt, die Ente sei jetzt nur noch ein Spielzeug und ich könne mich ruhig trauen. Ich brauche aber noch lange, bis ich mich traue und sie ihm gebe. Marius sagt, das Baby habe alles vergessen von früher. Ich sage, aber es verlangt nach der Ente, das ist etwas von früher. Marius sagt, das macht nichts, sie ist ja nur noch eine Spielzeugente. Er sagt, ich soll dem Baby weiter Sachen beibringen. Ich sage: „Es hat noch keinen Namen.“ Er sagt: „Es heißt Marius. Und da ist seine Schwester, sie heißt Lisa.“ Ich schaue ihn verblüfft an und nicke, sage ja. Marius kündigt an, dass er in der nächsten Woche weiter mit dem Baby spielen wird.

Während dieser Stunde war ich sehr bewegt, ich fühlte mich Marius nah, nachdem aufgrund des schrecklichen analen Clinchs, der sich zwischen uns immer wieder herstellte, fast nichts möglich gewesen wäre. Dies war die erste Stunde, in der er auf seine Weise zum Ausdruck bringen konnte, dass er Hilfe suchte, weil er Angst hatte verrückt zu werden. Den regressiven Sog symbolisierte die Ente. Seine Angst, das Verrückte, hatte er in dieser Stunde in mir untergebracht. Er war es, der sagen konnte: das ist eine Spielzeugente, Sie müssen keine Angst haben.

Die Ente wurde von etwas Konkretem zu etwas Symbolischem, einer *Spielente*, und dadurch beherrschbar. Ein Spielraum entstand.

Die Kampfsequenzen in der Behandlung lassen nach. Wir können oft wirklich miteinander sprechen, – darüber dass er etwas so sieht, ich anders, und was wir jetzt machen könnten damit. Es ist manchmal wirklich, als lerne er eine neue Sprache. Er erkennt mich als Gegenüber mit eigenen Vorstellungen, die er nicht übergehen kann und sucht nach Kompromissen zwischen seinen und meinen Wünschen.

Gleichzeitig findet in seinem schulischen und familiären Umfeld eine frappante Entwicklung statt, die so schnell nach vorne geht, dass sie mich fast ängstigt. Ich glaube, meinen Augen nicht zu trauen. Ich sehe ihn beschwingt die Treppe hochkommen, wo er sich vorher mühsam am Geländer hochzog, als trage er noch eine Spreizhose und habe gerade erst Laufen gelernt. Er begann Freunde zu haben und in der Schule akzeptiert zu werden und gute Leistungen zu bringen. Das

schreckliche Einschlafritual, in dem er seine Mutter so oft ans Bett rief, bis diese vor Erschöpfung weinte, ebte ab. Tatsächlich begann er sogar Fußball zu spielen, trat einem Verein bei. Ich sagte: „Du schleichst dich nicht mehr heimlich ins Tor, du hast einen neuen Weg gefunden.“ „Explodieren Sie nicht“, sagte Marius, der meine spontane Freude sah. Es war aber deutlich, dass er die Szene außerordentlich genoss. Man könnte sagen, auch das hatte er gelernt: es ängstigte ihn nicht mehr, Gefühle auszulösen, er liebte es. Ich glaube, das war ein Spiegel dafür, dass er vor seinen eigenen Gefühlen nicht mehr so viel Angst hatte. Seinen lange gehegten Wunsch, General zu werden, gab er auf und kündigte an, dass er vorhabe ein Fußballer zu werden.

Das Stundenende, das Marius niemals akzeptiert hatte, begann klarer zu werden. Er hörte damit auf, noch im Flur, wenn ich ihn verabschieden wollte, vor anderen Kindern und Kollegen, in peinlicher Weise unsere Stunde fortzusetzen, als seien wir allein.

Als wir uns, nach gut einem halben Jahr Behandlung, für die sechswöchigen Sommerferien verabschiedeten, beherrschte mich das Gefühl, dass alles viel zu schnell gegangen war.

3.5 Das Wiederaufleben des Symptoms nach der Ferientrennung

Aus der Sommerpause kam der Patient verändert zurück. Zwar lief er beschwingt die Treppe hoch, doch hinkte er leicht. Auf meinem Stuhl hinterließ er eine Kotspur. Die Mutter rief mich verzweifelt an. Seit dem Ferienende kote Marius wieder ein und sei vollkommen wund. Marius weigerte sich, mit mir darüber zu sprechen. Nur wenn kein Wort mehr darüber falle, könne er wieder damit aufhören. Allerdings sprach er mit mir darüber, wie er den Stuhl vor seinem Kot schützen wollte. Er schlug Plastiktüten vor. Er sagte mir auch, er wolle nicht mehr spielen wie früher, mit dem Puppenhaus und dem Baby. Stattdessen malte er und probierte Schriftarten aus. Ich hatte das Gefühl, von ihm ausgeschlossen und ignoriert zu werden. Er war nicht mehr das Kind, von dem ich mich vor den Ferien verabschiedet hatte. Ich konnte ihn nicht mehr berühren. Ich dachte: In seinem Hass über unsere Trennung, die er verleugnet, ist er explodiert. Weil ich nicht da war, als er mich, in der Übertragung die frühe Mutter, brauchte, war alles in die Hose gegangen. Das zeigte er mir mit seinem Symptom, über das er sich zu sprechen weigerte. Tatsächlich lebte das Symptom genau in dem Moment wieder auf, als unsere Trennung vorüber war. Hinzu kam, dass die kleine Schwester eingeschult worden war und ihre Sache sehr gut machte. Unter diesem Gesichtspunkt nutzte er das Symptom erneut, um die Mutter an sich zu binden, aber auch mich, die ich mir wieder Sorgen machen musste. Ich dachte auch, dass seine Explosion nach hinten stattfand, weil der Schreck über die lange Trennung und die damit verbundenen Gefühle verleugnet wurde, wir keine Worte dafür finden durften. Trotz der sichtlichen Behinderung durch sein Wundsein spielte der Patient weiter Fußball und fuhr Fahrrad. Es war, als signalisiere er, dass er nicht gewillt war, alles wieder aufzugeben, was er an Autonomie gewonnen hatte.

Ich dachte darüber nach, dass die Regression des Patienten innerhalb der Übertragungsbeziehung zu mir stattgefunden hatte. Die Entwicklung des Patienten vor unserer Trennung, sein Sich-Einlassen, sein Mich-als-Gegenüber-Erkennen, sein Versuch, Worte anstelle der Explosionen zu setzen, all dies konnte von ihm nicht gehalten werden. Der Hass und die Wut auf das nicht zur Verfügung stehende mütterliche Objekt entluden sich in seinem Symptom, als unsere Stunden nach der langen Pause wieder begannen. Wie er die Mutter ab seinem zweiten Lebensjahr mit dem Einkoten an sich band, vielleicht um sie nicht wieder zu verlieren, konfrontierte er nunmehr mich mit seiner Bedürftigkeit. Marius war erneut zum „verrückten Baby“ geworden, einem Baby, das „verrückt“ um den Preis der eigenen Entwicklung die Mutter zu halten sucht und fast verrückt wird vor Angst, sie zu verlieren.

In unseren Stunden wirkte er wie ein sehr kleines Kind, das ganz lieb sein möchte und es sich mit niemandem verderben will. Für seine Wut und seinen Hass durfte es keine Worte geben. Marius konnte nicht mehr „Nein“ sagen, er war ein verängstigtes Baby geworden. Sein Symptom schien die einzige Möglichkeit, „Nein“ zu sagen und aufzubegehren. Hierin war nun alles enthalten und abgeschoben, was der Patient an explosiven und unerträglichen Gefühlen hatte.

Ich breche die Beschreibung der Behandlung an dieser Stelle ab. Erst mit dem Wiedererleben des Symptoms nach der Trennung, in der Übertragungsbeziehung, entstand ein psychischer Raum für die im Symptom untergebrachten, abgewehrten Gefühle.

Die potentiellen Fähigkeiten des Patienten, die im „heimlichen Torwart“ unserer ersten Begegnung aufgeschieden waren – ein Bild, mit dem er sowohl seine Sehnsucht nach einer eigenen Entwicklung als auch deren Blockade gezeichnet hatte –, konnten sich erst wirklich entfalten, nachdem er seiner Angst vor dieser Entwicklung in der Behandlung Ausdruck verschaffen konnte. Er musste noch einmal zum verrückten, stinkenden Baby werden, das nicht Nein sagen kann, dass sich von seinem Kot nicht trennen kann, das in seinem Kot baden muss, um die Illusion der Ungetrenntheit mit dem Objekt aufrechtzuerhalten.

4 Sekundäres Einkoten

Beim sekundären Einkoten handelt es sich um eine Regression. D. h. das Kind hat die Sauberkeitserziehung zum altersgerechten Zeitpunkt vollendet und später auftretende innere Konflikte oder aber traumatische Erlebnisse führen dazu, dass es in seiner Entwicklung nicht voranschreiten kann, ja zurückgehen muss. Wir haben es in diesem Fall in der Regel mit einem neurotischen, einem ödipalen Konflikt zu tun, den das Kind mittels Regression zu lösen sucht. Wir werden sehen, dass mein Patient, Maximilian das Symptom des Einkotens entwickelt, zu diesem analen Fixierungspunkt zurückgeht, um einem Konflikt Ausdruck zu verleihen, der genau in der Zeit unbewusst seinen Ausgang nahm, als er seine Sauberkeitser-

ziehung vollendet hatte. In diesem Zeitraum nämlich wurde seine Mutter erneut schwanger.

Bei einem neurotischen Konflikt handelt es sich immer um den inneren Widerstreit zwischen Triebansprüchen und innerer Gesetzesinstanz. Das zwischen beiden vermittelnde Ich kreiert ein Symptom, um beiden genüge zu tun. Das ist beim sekundären Einkoten so wie bei allen anderen Symptomen. Es zeichnet den neurotischen Konflikt – im Gegensatz zur Entwicklungsstörung, unter der das primäre Einkoten anzusiedeln ist – aus, dass es eine innere Struktur gibt, nämlich einerseits die Gesetzesinstanz, das Über-Ich, und andererseits das Es, die Triebansprüche, zwischen denen das Ich zu vermitteln hat. Handelt es sich um eine Entwicklungsstörung, wird das Ich überrollt von der Gewalt des Triebhaften, dem ein nur ungenügend ausgeprägtes Gesetz in Form des Über-Ich entgegensteht.

Reale Ereignisse, die von dem Kind nicht integriert werden können und als traumatisch überfordernd erlebt werden setzen die geschilderte innere Konfliktsituation oft in Gang. Gerade die Geburt jüngerer Geschwister spielt meines Erachtens eine zentrale Rolle bei der Symptomwahl der sekundären Enkopresis, aber auch der Enuresis. Dieiedereinsetzende Hilflosigkeit im Umgang mit den Körperausscheidungen signalisiert dann eine deutliche Konkurrenz mit dem jüngeren Geschwister, das die Aufmerksamkeit der Mutter in besonderer Weise beansprucht. Gleichzeitig schützt die Regression, wie ich oben darzustellen versuchte, vor den mit Kastrationsängsten verbundenen ödipalen Wünschen an die Mutter. Die Wünsche werden dann nicht aufgegeben und setzen sich unter dem regressiven Deckmantel der Analität fort.

Aufgrund der vorhandenen inneren Struktur des Kindes und in der Regel auch der Eltern ist die Behandlung der sekundären Enkopresis prognostisch gesehen ungleich günstiger einzuschätzen, als die primäre Enkopresis. Das Vorhandensein von Scham und Schuldgefühlen stellen, neben der Lust an der triebhaften Befriedigung, einen latenten Leidensdruck bei den Betroffenen her.

Auch bei der sekundären Enkopresis erscheint mir die Abbruchrate bei einer psychotherapeutischen Behandlung relevant, wenn auch nicht so häufig wie beim primären Einkoten. Hier spielen, wie zuvor erwähnt, vor allem Schuld und Scham eine zentrale Rolle. Für Eltern ist es in der Regel viel leichter, ihr Kind z. B. mit der Symptomatik ADHS, mit Lernstörungen, Legasthenie oder Schlafstörungen beim Psychotherapeuten vorzustellen, als ein einkotendes Kind. Das Fehlschlagen gerade der Reinlichkeitserziehung setzt Schuldgefühle in Gang und zitiert den inneren Richter, der im Therapeuten verkörpert scheint. Die Eltern fühlen sich unbewusst selbst beschmutzt und scheiternd vor den basalen Ansprüchen der Zivilisation. Der Zusammenhang zwischen einer rigiden Sauberkeitserziehung und Enkopresis ist des Öfteren beschrieben worden. Man kann vermuten, dass wir es hier mit einer unbewussten Rebellion gegen voreilig vollzogene und nicht verinnerlichte Über-Ich-Anforderungen der Eltern zu tun haben.

5 Maximilian

5.1 Vorgeschichte

Der Patient, den ich hier vorstellen möchte, durchlief die frühe Entwicklung unauffällig. Die Reinlichkeitserziehung begann im Alter von zwei und war mit drei Jahren abgeschlossen. Die Eltern hatten jung, zu Beginn ihrer zwanziger Jahre, geheiratet und die Mutter war bald darauf schwanger gewesen. Maximilian war ein „Sonnenschein“, um den sich alles drehte. Die ganze Familie, auch die Großeltern, war stolz auf ihn. Die Beziehung zu beiden Eltern war eng, man beschäftigte sich viel mit ihm.

Maximilians Schwester wurde geboren, als dieser vier Jahr alt war. Sie litt ab ihrem zweiten Lebensmonat an schwerer Neurodermitis. Bis zum Alter von zwei Jahren musste sie von der Mutter ständig eingesalbt und verbunden werden. Sie schrie vor Schmerzen und war am ganzen Körper wund. Der Vater, der selbst seit seiner Jugend an einer schweren Lungenkrankheit leidet und deshalb kontinuierlich behandelt werden muss, zog sich in dieser Zeit von der Familie zurück und flüchtete sich in seine Arbeit. Maximilians Mutter fühlte sich in dieser Zeit, so nannte sie das, wie eine Maschine, die läuft und läuft. Im Alter von knapp sechs Jahren, kurz vor seinem Schuleintritt, begann Maximilian einzukoten, und zwar täglich.

5.2 Die erste Szene

Ich lernte den Patienten kennen, als er gerade sieben Jahre alt war. Ich werde mich in diesem Fall darauf beschränken, Szenen aus den Erstgesprächen zu schildern.

Maximilian, ein kleiner, ein wenig molliger Junge, kam zum Erstgespräch mit seiner Mutter. Als sie sich unsicher von ihm verabschiedete, beruhigte er sie gelassen. „Ich mach das schon“, sagte er „du kannst ruhig gehen.“ Ich muss fast lachen, so gelungen erscheint die Rollenumkehr. Maximilian wirkt wie ein kleiner Mann, als er die Mutter tröstet. Erst viel später kann ich denken, dass dies die Wiederholung einer altbekannten Szene sein mag. Er muss seiner mit der kleinen Schwester beschäftigten Mutter versichern, dass er alleine klar kommt, und dass sie sich um ihn keine Sorgen machen muss. Tatsächlich hatte er es ja über einen langen Zeitraum mit einer Mutter zu tun gehabt, die am Ende ihrer Kraft versuchte, die Schwester zu beruhigen. Seinen abrupten Sturz vom Thron des umsorgten Prinzen verleugnete er mit der Attitüde eines inthronisierten Königs. Und wirklich hatte ja sein Vater in der Krise das Feld verlassen. In unserer Eingangsszene, die mich fast zum Lachen brachte, übernahm Maximilian souverän und durchaus lustvoll die Rolle des „Großen“, und verriet auf Anhieb nichts von dem Preis, den er zu zahlen hatte für eine Existenz, die ihm, dem kleinen und ja selbst bedürftigen Prinzen, nicht entsprach. Allein sein Symptom, das Einkoten, das einsetzte, nachdem die Schwester wieder gesund war, sprach davon, wie sehr ihn sein Zwang zum Großsein ängstigen mochte. Er hatte sozusagen die Hosen voll. Hinzu kam, dass nunmehr auch in der Schule von ihm verlangt wurde „seinen Mann zu stehen“.

Unbewusst hatte er mit der Geburt der Schwester die Rolle des Mannes der Mutter eingenommen um der Vernichtung seiner Existenz als bedürftiges Kind zu entkommen. Er beschwerte sich nicht und suchte die Mutter, die vom Vater alleingelassen war, zu unterstützen. Von seinem Taschengeld kaufte er Geschenke für die kleine Schwester, als deren Vater er sich imaginiert haben mag.

Die Gesundung der Schwester und Maximilians Schuleintritt fielen zusammen. Gleichzeitig fand der Vater seinen Weg zurück in die Familie. Die Konfrontation mit der schweren Erkrankung seiner Tochter, die seine eigene Gefährdung spiegelte, hatte dazu geführt, dass er seine Rolle als Vater nicht mehr einnehmen konnte.

So gesehen ist Maximilians Symptom einerseits Ausdruck seiner Kastrationsangst, er macht sich zum einkotenden Baby und sucht auf diese Weise seine Konkurrenz mit dem „zurückgekehrten“ Vater zu verleugnen. Andererseits ist das Symptom Ausdruck seiner Überforderung mit der Rolle des „Großen“ und beinhaltet seinen Wunsch, von der Mutter in seiner Bedürftigkeit anerkannt zu werden. Auch die Geschenke an die Schwester sind in dieser doppelten Weise lesbar: Sie sind zugleich Ausdruck seines Wunsches selbst die Rolle des Vaters, des Großen, einzunehmen und dienen der Verleugnung seines Hasses auf die Schwester, die ihm die Mutter nahm.

5.3 Weitere Szenen des Erstinterviews

In unserer ersten Stunde malt der Patient lustvoll. Da sind Häuser, es regnet kleine Tropfen auf die Häuser herab, die Tropfen werden immer größer, wie Bomben fallen sie auf die Häuser, die nur mühselig standhalten. Maximilian kann gar nicht aufhören zu lachen über die harmlosen Regentropfen, die übermächtig stark und groß werden. Als ich zu ihm sage, „du weißt manchmal auch nicht, ob du klein oder groß bist“, holt er das Baby und den Vater aus dem Puppenhaus. Er zeigt mir, dass das Baby sehr stark ist. Es ist auch böse und haut den Vater. Maximilian sagt: „Wenn der Vater das Baby haut, haut es zurück.“ Ich sage, „vielleicht hat das Baby Angst vor dem Vater. Er könnte zurückhauen und er ist ja stärker.“ Maximilian sagt, das Baby habe manchmal Angst vor dem Vater, aber es sei auch stark.

Er beginnt die Weltkugel zu malen mit allen Erdteilen. Er erklärt mir, dass die Erde vor langer Zeit in Teile gebrochen ist und zeigt mir, wo die Teile zusammengehören würden, wie genau sie passen würden. Er spricht wie ein kleiner Professor und ich fühle mich als seine gelehrige Schülerin, die beeindruckt ist. Schließlich sage ich, manchmal wisse er auch nicht, was zusammengehöre und was vielleicht kaputt gegangen sei und warum das alles so wäre.

In unserer nächsten Stunde spielt der Patient am Puppenhaus. Alle Figuren machen Pippi und Kaka neben die Toilette, auf den Boden, es stinkt. Maximilian amüsiert sich köstlich. Ich sage, „oh, auch die Erwachsenen machen Pippi und Kaka auf den Boden.“ Maximilian lacht und lacht. Ich sage, „früher hast du auch in die Toilette gemacht wie die Großen, aber dann wolltest du auch wieder ein Baby sein, um das

sich die Eltern sorgen.“ Maximilian sagt, „ein Baby macht, was es will“ und lacht und lacht. Ich sage, „deine Schwester, als deine Babyschwester kam, da konntest du gar nicht mehr machen was du willst.“

Maximilian wirkt plötzlich bedrückt, wie verwandelt. Er spricht kein Wort mehr und zieht sich vollkommen vor mir zurück. Ich fühle mich hilflos in unserem Schweigen. Unmerklich zunächst verbreitet sich Gestank im Raum. „Oh“, sage ich leise. Maximilian schaut mich böse an. „Jetzt zeigst du mir es aber, dass du sauer bist“, sage ich. „Du zeigst mir auch, dass es gar nicht immer zum Lachen war, als Nora plötzlich da war.“ Da sehe ich dicke Tränen über sein Gesicht laufen. Er schluchzt und sagt, seine Mama soll sofort kommen. Ich sage, dass die Mama jeden Moment da sein muss, und dass er sie jetzt wirklich braucht.

Die kontraphobische und größtenwahnsinnige Verleugnung seiner Symptomatik, die Verwirrung über groß und klein löst, als ich ihn damit konfrontiere, Hilflosigkeit aus, die aber nur von mir in der Gegenübertragung gefühlt werden darf. Maximilian selbst treibt seine Verleugnung voran, er verrichtet sein Geschäft und greift mich mit seinem Gestank an. Ich glaube, dass es für den Fortgang wichtig war, dass ich in meinen Interventionen nicht zum Gegenangriff überging, sondern zu verstehen versuchte, warum seine Art der Wut diese Form annehmen musste. Mit seinen Tränen und dem Wunsch, wie ein sehr kleines Kind jetzt sofort die Mama haben zu wollen, kann er seiner bedürftigen Seite Ausdruck verleihen, die im „Kleinen Mann“ der Eingangsszene verloren gegangen war. Es ist aber auch unübersehbar, dass ich auf einer anderen Ebene in dieser Szene zum bedrohlichen, kastrierenden Vater werde.

5.4 Überlegungen zu Entwicklungsebene und Symptomwahl

Ich kehre nunmehr zurück zu meinen anfänglichen Überlegungen. Was ist der neurotische Konflikt, der meinen Patienten veranlasst, einzukoten, nachdem er die Schwelle der Sauberkeitserziehung längst überwunden hatte?

Maximilian will seine Rolle als Partner unbewusst aufrechterhalten. Neben dem Lustgewinn, den diese Rolle bereitet, schützt er auf diese Weise die Mutter, die kaum noch für ihn da sein konnte, vor seinem Hass. Die Gesundung der Schwester und das Wiederauftauchen des Vaters in der Familie mobilisieren die innere Gesetzesinstanz und damit Kastrationsängste. Durch das von ihm gewählte Symptom, das Einkoten, befriedigt er das Über-Ich. Er regrediert und wird selbst zu einem einkotenden Baby, das nicht mit dem Vater rivalisieren kann. Aber auch der Wunsch, die Mutter zu besitzen, kann auf dieser regredierten Ebene von dem Patienten aufrechterhalten werden. In der Übertragungsszenarie der Erstgespräche fanden die inneren Konflikte des Patienten ihren Ausdruck und konnten in der sich anschließenden Behandlung bearbeitet werden. Die Kluft zwischen dem einkotenden Baby, das sich vor dem Vater fürchtet und seine frühe Mutter haben will und dem „kleinen Mann“, der sich als groß und im Besitz der ödipalen Mutter wähnt, verringerte sich und Maximilian konnte sein Symptom aufgeben.

Ich glaube, es ist deutlich geworden, dass sich die sekundäre Enkopresis auf einer höheren psychischen Entwicklungsebene bewegt als das primäre Einkoten. Maximilian war es im angemessenen Alter möglich gewesen, die Toilette zu benutzen, sich von seinem Kot zu trennen, die Mutter als Gegenüber zu erleben, ihr ein Geschenk zu machen. Die innere Ungetrenntheit vom Objekt, die Marius kennzeichnete, finden wir hier nicht vor. Die Möglichkeiten mit Maximilian in Kontakt zu treten, ihn zu berühren und die damit einhergehende Fähigkeit zu *fühlen* und sich wahrzunehmen, wurden bereits in den Erstgesprächen deutlich. Im Gegensatz hierzu dominierte bei Marius über einen langen Zeitraum der Behandlung die Angst vor der Explosivität seiner Gefühle, die im Symptom des Einkotens wie versteinert und der Symbolisierung nicht zugänglich waren. Die Angst vor dem separierten Objekt führte zum andauernden Versuch, dieses zu versklaven, um eine tiefe Verunsicherung abzuwehren.

Gleichwohl, auch Maximilian ging mit seiner Symptomatik zurück in eine Zeit, die er längst hinter sich gelassen hatte. Wie Marius wollte er sich von seinem Kot nicht mehr trennen. Die Symptomwahl spricht von der inneren Not, in der er sich befunden haben mag. Nur die Wiederbelebung einer vergangenen Zeit ermöglichte es ihm der Realität zu begegnen, zwar nicht in der adäquaten Form, jedoch in der einzigen, zu der er in der Lage war.

Ich finde es beeindruckend, dass das Symptom erst entstehen darf, nachdem die akute Leidenssituation, die Szenerie der depressiven, mit der Schwester präokkupierten Mutter und dem abwesenden Vater, nicht mehr existiert. Es war dem Patienten nämlich gelungen, diese Szene zu verleugnen, indem er sich in ödipale Größenphantasien flüchtete. Erst die wieder einkehrende Normalität ermöglicht es dem Patienten, sicherlich unter dem Druck von Kastrationsängsten, einem Leidenszustand Ausdruck zu verleihen. Denn erinnert die Wahl seiner Symptomatik, des Einkotens, nicht an die am ganzen Körper wund Schwester, die verbunden werden musste und mit der zu konkurrieren ein vergebliches Unterfangen gewesen war? Ist es nicht auch so, dass erst der Ausbruch der Symptomatik, die seinen mit der Schwester konkurrierenden Aufschrei symbolisierte, einen Weg in die innere Gesundheit bahnen konnte?

Literatur

- Binét, A. (1979). Zur Genese von Störungen der Sphinkterkontrolle. *Psyche*, 33, 1123.
Freud, S. (1905/1968). „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ in *GW* (S. 161). Frankfurt: S. Fischer.
Schmid-Boß, S. (2005). Enuresis und Enkopresis – eine Übersicht. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 127, 311.
Lang-Langer, E. (2005). Primäres Einkoten. Ein Fallbericht. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 127, 371.

Korrespondenzadresse: Dr. Ellen Lang-Langer, Körnerstr. 11, 60322 Frankfurt am Main; E-Mail: e.lang-langer@web.de