



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Enuresis und Enkopresis aus psychoanalytisch-
pädagogischer Perspektive

Verfasserin

Katrin Kamleitner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im November 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

Mag. Dr. Michael Wininger

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mich bei der Entstehung der vorliegenden Arbeit begleitet haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Mag. Dr. Michael Wininger für seine vielfältigen Hilfestellungen, Empfehlungen und Anregungen. Er hat meine Arbeit von Beginn an begleitet und mich durch kritische Rückmeldungen zu manchen Überlegungen angeregt, was sich für die vorliegende Untersuchung als hilfreich erwies.

Ganz besonders möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mich in vielerlei Hinsicht unterstützen und mir immer wieder Rückhalt geben. Ohne ihre Begleitung, ihrem Vertrauen und ihre aufmunternden Worte wäre dies nicht möglich gewesen. Daher ist ihnen die vorliegende Arbeit gewidmet.

Kurzdarstellung

Die vorliegende Arbeit möchte den bestehenden psychoanalytischen Wissensstand zur Entstehung der Symptome Enuresis und Enkopresis aufarbeiten und im Folgenden mit pädagogischen Überlegungen in Zusammenhang bringen. Es wurde anhand von unterschiedlichen Publikationsorganen der Versuch unternommen, psychoanalytische Erklärungsmodelle zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis herauszuarbeiten, sowie zentrale Faktoren zu identifizieren, die aus Sicht verschiedener psychoanalytisch-pädagogisch orientierter Autoren als grundlegend für die Entstehung von Enuresis und Enkopresis beschrieben werden. Darüber hinaus wurde erörtert, welche pädagogischen Konsequenzen von den Erklärungsmodellen für das Gestalten pädagogischer Praxis abgeleitet werden können.

Abstract

The present thesis aims to review the existing psychoanalytic knowledge about the symptoms of enuresis and encopresis and additionally put in context with educational considerations. On the basis of different publications it was attempted to elaborate psychoanalytic explanations of the symptoms of enuresis and encopresis as well as to identify central factors which are described as fundamental to the development of enuresis and encopresis from a psychoanalytic perspective. Furthermore the consequences of those explanatory models to the educational practice are discussed.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und zentrale Fragestellung	15
Vorbemerkung.....	21
1. Zur Enuresis	21
1.1 Zur Definition der Enuresis	21
1.2 Zur Klassifikation der Enuresis.....	25
1.3 Zur Prävalenz der Enuresis	29
1.4 Zur Entwicklung der Blasenfunktion	30
2. Zur Enkopresis	34
2.1 Zur Definition der Enkopresis	34
2.2 Zur Klassifikation der Enkopresis	37
2.3 Zur Prävalenz der Enkopresis	41
2.4 Zur Entwicklung der anorektalen Kontinenz	42
3. Exkurs zur Veränderung der Sauberkeitserziehung.....	44
4. Forschungsmethodisches Vorgehen	49
4.1 Zur Literaturrecherche und zur Auswahl der untersuchten Publikationsorgane	49
4.2 Zum Vorgehen bei der Suche nach psychoanalytisch relevanten Texten und Textstellen zur Enuresis und Enkopresis	55
4.3 Erste Ansätze zur Bearbeitung der aufgefundenen Textstellen und Texte mit Bezug zur Enuresis und Enkopresis aus psychoanalytischer Perspektive.....	56
4.4 Inhaltsanalytisches Vorgehen	58

5. Inhaltsanalytische Bearbeitung der ausgewählten Texte – Zur Identifikation psychoanalytischer Erklärungsmodelle zur Entstehung der Symptome Enuresis und Enkopresis.....70

5.1 Gesammelte Werke – Sigmund Freud70

5.1.1 Gesammelte Werke Band I70

5.1.1.1 Die Abwehr-Neuropsychosen. Versuch einer psychologischen Theorie der akquirierten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser halluzinatorischer Psychosen (Freud 1894a) 71

5.1.1.2 Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen (Freud 1895b)..... 72

5.1.1.3 Zur Ätiologie der Hysterie (Freud 1896c)..... 74

5.1.2 Gesammelte Werke Band II/III.....76

5.1.2.1 Die Traumdeutung (Freud 1900a)..... 76

5.1.3 Gesammelte Werke Band IV.....78

5.1.3.1 Zur Psychopathologie des Alltagslebens (Freud 1901b)..... 78

5.1.4 Gesammelte Werke Band V80

5.1.4.1 Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (Freud 1905d)80

5.1.4.2 Bruchstück einer Hysterie-Analyse (Freud 1905e)..... 82

5.1.5 Gesammelte Werke Band VII84

5.1.5.1 Charakter und Analerotik (Freud 1908b)..... 84

5.1.5.2 Allgemeines über den hysterischen Anfall (Freud 1909a)..... 85

5.1.6 Gesammelte Werke Band X.....86

5.1.6.1 Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik (Freud 1917c)..... 86

5.1.7 Gesammelte Werke Band XII88

5.1.7.1 Aus der Geschichte einer infantilen Neurose (Der Wolfsmann) (Freud 1918b)..... 88

5.1.8 Gesammelte Werke Band XIII.....90

5.1.8.1 Der Untergang des Ödipuskomplexes (Freud 1924d)..... 90

5.1.9 Gesammelte Werke Band XIV92

5.1.9.1 Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds (Freud 1925j)92

5.2	Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik (1926/27-1937)	97
5.2.1	<i>Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang I (1926/27)</i>	<i>97</i>
5.2.1.1	Zur Sexualforschung des Kindes (Ernst Schneider 1926/27)	97
5.2.1.2	Ein Fall von Bettnässen (Ernst Schneider 1926/27)	100
5.2.2	<i>Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang II (1927/28)..</i>	<i>104</i>
5.2.2.1	Beobachtungen an Kindern. Einige kleine Mitteilungen aus dem Kinderleben (Sabine Spielrein-Scheftel 1927/28)	104
5.2.2.2	Die Abwehr der Selbstbefriedigung (Ernst Schneider 1927/28)..	105
5.2.2.3	Onanie: Beobachtungen und Gedanken eines Anstaltlehrers (Leonhard Schwarz 1927/28).....	107
5.2.3	<i>Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang III (1928/29)</i>	<i>108</i>
5.2.3.1	Leidvoller Verlust und Regression im Kindesalter (Charles Baudouin 1928/29).....	108
5.2.3.2	Ein Fall von Bettnässen. Parallelismus verschiedener Symptome (Charles Baudouin 1928/29)	110
5.2.4	<i>Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang IV (1930).....</i>	<i>112</i>
5.2.4.1	Aus der heilpädagogischen Anstaltspraxis (Hans Kalischer 1930)	112
5.2.5	<i>Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang V (1931).....</i>	<i>114</i>
5.2.5.1	Einige Bemerkungen zu dem von Ella Terry beschriebenen Fall (Melitta Schmideberg 1931)	114
5.2.5.2	Bettnässen und Geschwisterkomplex (Charles Baudouin 1931) .	116
5.2.5.3	Das Strafen aus analerotischen Motiven (E. Hitschmann 1931)..	117
5.2.6	<i>Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang VI (1932).....</i>	<i>118</i>
5.2.6.1	Die Psychoanalyse des Kinderzimmers (Alice Bálint 1932)	118
5.2.7	<i>Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang VII (1933)</i>	<i>121</i>
5.2.7.1	Über die phallische Phase und ihre Störungen beim Mädchen (Grete Bibring-Lehner 1933)	121
5.2.7.2	Kindliche Neurosen (Melitta Schmideberg 1933)	122
5.2.7.3	Verspätete Reinlichkeitsgewöhnung (Anni Pörtl 1933) und Erziehung im Kindergarten (Hedwig Schwarz 1933)	122
5.2.7.4	Eine Kinderanalyse (Steff Bornstein 1933)	125
5.2.8	<i>Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang VIII (1934)..</i>	<i>127</i>
5.2.8.1	Aus der Analyse eines Zweijährigen (Editha Sterba 1934)	127

5.2.8.2	Vom Bettnässen des Kindes (Kata Lévy 1934)	128
5.2.8.3	Die Spielanalyse eines dreijährigen Mädchens (Melitta Schmideberg 1934)	132
5.2.8.4	Aus der Analyse einer Bettnässerin (Anny Angel 1934)	133
5.2.8.5	Enuresis und Kleptomanie als passagères Symptom (Berta Bornstein 1934)	134
5.2.8.6	Zur Biologie der Enuresis (Hans Christoffel 1934)	135
5.2.9	<i>Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang IX (1935)</i>	136
5.2.9.1	Der Vater als Eindringling. (Eine Verschärfung des Ödipus-Komplexes bei Knaben) (Eduard Hitschmann 1935)	137
5.2.9.2	Die Ich-Organisation in der Pubertät (Karl Landauer 1935)	138
5.2.10	<i>Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang X (1936)</i> ..	138
5.2.10.1	Über Lernstörungen (Hans Schikola 1936)	139
5.2.10.2	Schule und Erziehungsberatung (Editha Sterba 1936)	139
5.2.10.3	Essstörung und Verstimmung vor dem dritten Lebensjahr (Margarethe Schmied 1936)	140
5.2.10.4	Beeinflussung des Stotterns. Eine psychoanalytisch-pädagogische Studie (M. Brunner 1936)	142
5.2.10.5	Berichte (ohne Autor 1936)	143
5.3	Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen (1947-2010)	151
5.3.1	<i>Psyche Jahrgang I (1947/48)</i>	151
5.3.1.1	Klinische Vorstellungen VII-X (Viktor von Weizsäcker 1947/48)	151
5.3.2	<i>Psyche Jahrgang II (1948/49)</i>	153
5.3.2.1	Psychopathie und Neurose (Annemarie Dührssen 1948/49)	153
5.3.3	<i>Psyche Jahrgang III (1949/50)</i>	154
5.3.3.1	Zur Technik der Kinderanalyse (Jacques Berna 1949/50)	155
5.3.4	<i>Psyche Jahrgang IV (1950/51)</i>	155
5.3.4.1	Verwahrloste Jugend. Drei Krankengeschichten – Ein Beitrag zur Therapie (Gerolf Thies 1950/51)	155
5.3.4.2	Die Honorarfrage in der Psychotherapie (Werner Kemper 1950/51)	157
5.3.5	<i>Psyche Jahrgang V (1951/52)</i>	159

5.3.5.1	Einkotende Kinder. Kasuistische Beobachtungen (Gerd Biermann 1951/52)	159
5.3.5.2	Über die Indikation zur Kinderpsychotherapie (Hans Zulliger 1951/52)	161
5.3.6	<i>Psyche Jahrgang VI (1952/53)</i>	162
5.3.6.1	Neuere Fortschritte in der Psychotherapie auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin (Martin Grotjahn 1952/53)	162
5.3.7	<i>Psyche Jahrgang VII (1953/54)</i>	163
5.3.7.1	Colitis Ulcerosa. Psychoanalyse zweier Fälle (Aaron Karush, George Daniels 1953/54)	163
5.3.7.2	Bemerkungen zur Triebpsychologie der Ersatzbefriedigung und Sublimierung (Harold Lincke 1953/54)	164
5.3.8	<i>Psyche Jahrgang VIII (1954/55)</i>	166
5.3.8.1	Psychosomatische Spezifität des Asthma Bronchiale (Walter Bräutigam 1954/55)	166
5.3.8.2	Probleme der Ätiologie psychosomatischer Erkrankungen im Lichte moderner Erkenntnisse der vergleichenden Physiologie des Verhaltens (Helm Stierlin 1954/55)	167
5.3.9	<i>Psyche Jahrgang X (1956/57)</i>	168
5.3.9.1	Zur Psychoanalyse einer „Blitz“-Heilung (Hans Zulliger 1956/57) ..	169
5.3.9.2	Ekzem der Hände. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Behandlung Ekzemkranker (Clemens de Boor 1956/57)	171
5.3.10	<i>Psyche Jahrgang XII (1958/59)</i>	171
5.3.10.1	Beobachtungen an 14 Kindern mit chronischer Obstipation (Horst-Eberhard Richter 1958/59)	172
5.3.11	<i>Psyche Jahrgang XIII (1959/60)</i>	174
5.3.11.1	Eine ‚Deckerinnerung‘ (Hans Zulliger 1959/60)	174
5.3.12	<i>Psyche Jahrgang XIV (1960)</i>	176
5.3.12.1	Die emotionelle Entwicklung im ersten Lebensjahr (D.W. Winnicott 1960)	176
5.3.12.2	Über das Seelenleben des Kleinkindes. Einige theoretische Betrachtungen (Melanie Klein 1960)	177

5.3.13	<i>Psyche Jahrgang XV (1961/62)</i>	178
5.3.13.1	Ergänzungen zur Lehre vom Analcharakter (Karl Abraham 1961/62)	178
5.3.13.2	Über ‚innere Sukzession‘ beim Zulliger-Tafeln-Test (Hans Zulliger 1961/62)	180
5.3.14	<i>Psyche Jahrgang XVI (1962/63)</i>	180
5.3.14.1	Bemerkungen zur analen Phase (Paula Heimann 1962/63)	181
5.3.15	<i>Psyche Jahrgang XVII (1963/64)</i>	182
5.3.15.1	Konflikt, Regression und Symptombildung (Jacob A. Arlow 1963/64)	182
5.3.16	<i>Psyche Jahrgang XIX (1965)</i>	184
5.3.16.1	Über psychosomatische Aspekte der Allergie (dargestellt an einem Fall von chronischer Urticaria) (Clemens de Boor 1965)	184
5.3.16.2	Zur Entwicklungsgeschichte des Ödipuskomplexes der Frau (Jeanne Lampl-de Groot 1965)	185
5.3.17	<i>Psyche Jahrgang XX (1966)</i>	186
5.3.17.1	Verhaltenstherapie und Psychoanalyse (Walter Schraml, Herbert Selg 1966)	186
5.3.17.2	Der Mammakomplex des Mannes (Edmund Bergler, Ludwig Eidelberg 1966)	187
5.3.18	<i>Psyche Jahrgang XXI (1967)</i>	190
5.3.18.1	Analyse eines Knaben mit transvestitischen Tendenzen. Ein Beitrag zur Genese und Dynamik des Tranvestitismus (Melitta Sperling 1967).....	190
5.3.19	<i>Psyche Jahrgang XXIX (1975)</i>	191
5.3.19.1	Die Entfaltung des Arbeitsbündnisses in der Analyse eines Adoleszenten (Lore Schacht 1975)	191
5.3.20	<i>Psyche Jahrgang XXXII (1978)</i>	192
5.3.20.1	Wege der weiblichen Über-Ich-Bildung (Edith Jacobson 1978) .	192
5.3.21	<i>Psyche Jahrgang XXXIII (1979)</i>	193
5.3.21.1	Zur Genese von Störungen der Sphinkterkontrolle (Ágnes Binét 1979).....	193
5.4	Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik (1989-2010)	207

5.5	Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters (1992-2010)	207
5.5.1	<i>Kinderanalyse Jahrgang XII (2004)</i>	208
5.5.1.1	Triangulierungsprozesse und die Funktion des Rahmens (Jürgen Grieser 2004).....	208
5.6	In Online Katalogen aufgefundene psychoanalytische Publikationen zum Symptom der Enuresis	210
5.6.1	<i>Die Psychoanalyse des Kindes (Melanie Klein 1932)</i>	210
5.6.2	<i>Trieb und Kultur. Zur Sozialpsychologie, Physiologie und Psychohygiene der Harntriebshaftigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Enuresis (Hans Christoffel 1944)</i>	212
5.6.3	<i>Erziehungsschwierigkeiten und ihre Überwindung (Jacques Berna 1954)</i>	216
5.6.4	<i>Enuresis. Entstehung – Verlauf – Therapie (Peter W. Rosenberger 1976)</i>	217
5.6.5	<i>Bettnässer-Leiden (Enuresis). Zur Entstehung, Vorbeugung und Behandlung kindlicher Fehlentwicklungen (Werner Kemper 1978) ...</i>	222
5.6.6	<i>Psychoanalyse und Kinderheilkunde. Die großen Begriffe der Psychoanalyse. Sechzehn Kinderbeobachtungen (Françoise Dolto 1989)</i>	226
5.7	In Online Katalogen aufgefundene psychoanalytische Publikationen zum Symptom der Enkopresis	232
5.7.1	<i>Enkopresis. Ursachen und Behandlung des Einkotens (Karl Krisch 1985)</i>	232
5.7.2	<i>Triebentwicklung und Konflikte in der analen Phase (Ruth Naske 1990).</i>	235
5.7.2.1	Therapie der Enkopresis (Martha Kos-Robes 1990).....	236
5.7.3	<i>Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie Jahrgang LVI (2007).....</i>	238
5.7.3.1	Tiefenpsychologisch fundierte stationäre Psychotherapie eines 12-jährigen Jungen mit sekundärer Enkopresis (Christine Pressel 2007)	238
5.7.3.2	Primäres und sekundäres Einkoten (Ellen Lang-Langer 2007) ...	239

6. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich zentraler psychoanalytischer Erklärungsmodelle zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis	245
7. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich pädagogischer Konsequenzen zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis	264
8. Resümee	268
Literaturverzeichnis.....	271
Anhang	281
Kurzdarstellung.....	283
Lebenslauf	285

Einleitung und zentrale Fragestellung

Im Rahmen meiner Praktika, die ich im Laufe meines Pädagogikstudiums in unterschiedlichen pädagogischen und psychotherapeutischen Einrichtungen absolvierte, betreute ich Kinder mit verschiedenen psychischen Störungen. Unter anderem wurde ich mit den Symptomen der Enuresis und Enkopresis konfrontiert. Eine nicht perfekte Blasenkontrolle und anorektale Inkontinenz wird im Laufe der kindlichen Entwicklung zu einem Problem, das spätestens bei Freundschaftsbesuchen, beim Kindergarten- oder Schuleintritt nicht mehr verborgen werden kann (Haug-Schnabel 1994, 31). Es war für mich offensichtlich, dass diese Kinder sehr unglücklich waren, darunter litten und den Kontakt mit anderen Kindern vermieden, um Hänseleien aus dem Weg zu gehen. Darüber hinaus konnte ich beobachten, dass sich einerseits deren Eltern um ihre Kinder sorgten und teilweise ratlos im Umgang mit der Erkrankung ihrer Kinder waren. Andererseits betrachten laut Haug-Schnabel (1994, 31) betroffene Eltern das Einnässen und/oder Einkoten ihres Kindes häufig nicht als Krankheit, sondern empfinden es als Makel in der Entwicklung ihres Kindes, der zu einem gravierenden gesellschaftlichen Problem werden könnte. Bevor es jedoch möglich werden kann, sich mit den Symptomen der Enuresis und Enkopresis näher auseinanderzusetzen, ist es zunächst sinnvoll und notwendig, eine erste partielle Begriffsdefinition vorzunehmen.

Vom Einnässen, welches in der Fachsprache als Enuresis bezeichnet wird, spricht man nur, wenn ein unwillkürliches oder willkürliches Einnässen am Tag und/oder in der Nacht, ab einem Alter von fünf Jahren, vorkommt und eine organische Ursache ausgeschlossen ist (Steinhausen 1996, 186).

Unter Enkopresis versteht man das willkürliche oder unwillkürliche Einkoten an „nicht dafür vorgesehene Stellen“ (Steinhausen 2000, 125), wie zum Beispiel in die Kleidung oder in Wohnräume (Steinhausen 2000, 125). Eine sehr häufige komorbide Störung der Enkopresis ist die Enuresis, wobei das Symptom der Enkopresis meist tagsüber auftritt (Remschmidt, Quaschner 2000, 129).

Schmid-Boß (2005, 314) weist darauf hin, dass die Enuresis derzeit eine der häufigsten psychosomatischen Erkrankungen des Kindesalters ist. Betrachtet man die

Prävalenz des Einnässens, so sind 15-20% aller Kinder im Alter von fünf Jahren noch nicht trocken (Remschmidt, Quaschner 2000, 126). Des Weiteren wird für das Einnässen der siebenjährigen Kinder eine Häufigkeit von 7% angegeben (Steinhausen 2000, 120). Im Gegensatz dazu ist die Prävalenz des Einkotens deutlich niedriger als die des Einnässens. So wird für das Einkoten eine Häufigkeit von 4% der Vierjährigen und 1,5% der sieben- bis achtjährigen Kinder angegeben (Steinhausen 2000, 125).

Aufgrund der zuvor beschriebenen Überlegungen lässt sich vermuten, dass vor allem auch PädagogInnen mit diesen Symptomen in der Praxis konfrontiert werden. Zudem habe ich im Rahmen meiner Praktika die Erfahrung gemacht, dass einige PädagogInnen dahingehend teilweise ratlos im Umgang mit diesen Kindern sind. Die Pädagogik ist somit vor die Aufgabe gestellt, die Entstehung und Bedeutung dieser Problematik zu erkennen und zu verstehen. Denn das Erkennen und Verstehen eröffnet den PädagogInnen neue Handlungs- und Reaktionsmöglichkeiten. Insofern drängt sich die Frage auf, welche innerpsychische Dynamik hinter diesen beiden Erkrankungen liegen könnte. Die Symptome der Enuresis und Enkopresis werden nicht nur als psychosomatische Erkrankungen, deren Entstehung in unbewussten Anteilen wurzelt (Schmid-Boß 2005, 308), sondern in unterschiedlichen pädagogischen Lexika auch als Verhaltensstörungen betrachtet. Beispielsweise beschreibt Schrader (2007, 35 und 72) das Einnässen und Einkoten als eine Verhaltensstörung, die psychisch bedingt ist. Folgt man den Überlegungen Figdors (2001, 102), so stellt der Begriff „Verhaltensstörung“ einen Mythos dar. Denn ob ein Kind zunächst als störend oder nicht störend erlebt wird (Figdor 2001, 107), zeigt vorerst nichts anderes, als „das Ausmaß seiner Anpassung an bestimmte Normen“ (Figdor 2001, 107). Allerdings sagt dies noch nichts über verschiedene Gründe für ein bestimmtes Verhalten aus (Figdor 2001, 107).

Deshalb sollte der Begriff „Verhaltensstörung“ im Bereich der Pädagogik vermieden werden. Denn laut Figdor (2001, 107) kann „störendes Verhalten sowohl Ausdruck von Lebendigkeit oder gesundem Aufbegehren sein, als auch das Resultat psychischer Krisen oder struktureller Defizite der Ich-Entwicklung.“

Wesentliche Fragen, die nach Figdor (2001, 112) sehr oft, vor allem in der Praxis, außer Acht gelassen werden, sind:

- „Warum tut ein Kind, was es tut?“
- „Warum es eigentlich tun sollte/könnte, was ich gerne hätte, das es tut?“

Aufgrund der Äußerungen von Figdor, ist es fragwürdig, die Symptome der Enuresis und Enkopresis, deren Entstehung – nach psychoanalytischer Einschätzung – in unbewussten Anteilen gründet, als Verhaltensstörungen zu begreifen. Vielmehr stellt sich die Frage, wie die Entstehung der Enuresis und Enkopresis im Kindesalter verstanden werden kann.

Sobald die Bildungswissenschaft mit Störungen, deren Entstehung in unbewussten Anteilen wurzelt, konfrontiert wird, benötigt sie wissenschaftlich fundierte Theorien, um damit in förderlicher Weise umzugehen. Ohne diese Theorien wäre es nicht möglich, pädagogisch zielgerichtet zu intervenieren bzw. diese unbewusste Dynamik, die in diesen Symptomen zum Ausdruck kommt, zu verstehen. Wenn dies nun Gegenstand bildungswissenschaftlicher Reflexion wird, liegt es nahe danach zu fragen, welche Disziplin diesbezüglich Erklärungsmodelle anzubieten vermag. In Auseinandersetzung mit dieser Thematik scheint sich ein besonders lohnender Zugang durch psychoanalytische Beiträge zu erschließen, da sich Psychoanalytiker bereits in frühen psychoanalytischen Publikationen differenziert mit diesen beiden Störungen beschäftigten und vielfältige Überlegungen dazu angestellt haben.

Aus psychoanalytischer Perspektive sind Enuresis und Enkopresis psychosomatische Störungen, wobei diese beiden Erkrankungen als verwandte Störungen betrachtet werden können (Schmid-Boß 2005, 311).

Jedoch wurde dies nicht immer so gesehen, denn im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden diese beiden Symptome nicht als psychische Störungen diagnostiziert, sondern tendenziell als beabsichtigtes Verhalten des Kindes interpretiert und häufig mit harten Strafen beantwortet (Schmid-Boß 2005, 321). Die Arbeit von Psychoanalytikern trug wesentlich dazu bei, dass es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einem Einstellungswandel hinsichtlich der Sauberkeitserziehung und zum Symptom der Enuresis kam. Einerseits wurde die sehr rigide und früh einsetzende Sauberkeitserziehung gelockert. Andererseits haben

Psychoanalytiker begonnen, sich vor allem mit dem Symptom der Enuresis auseinanderzusetzen und deklarierten sowohl die Enuresis wie auch die Enkopresis als Erkrankungen, deren Ursachen es zu verstehen und zu behandeln gilt. (Schmid-Boß 2005, 307)

Eine erste Auseinandersetzung mit psychoanalytischen Publikationen zeigt, dass im Bereich der Psychoanalyse bezüglich dieser beiden Störungen verschiedene Erklärungsansätze vertreten werden, die unterschiedliche Aspekte fokussieren und sich teilweise auf psychoanalytische Theorien beziehen, die aus unterschiedlichen Phasen der Theorieentwicklung entstammen. Darüber hinaus erwuchs der Eindruck, dass nicht im Detail nachweisbar ist, auf welche psychoanalytischen Theorien sich diese Annahmen stützen, respektive welche pädagogischen Konsequenzen diesen einzelnen Annahmen zuzuschreiben sind. An dieser Stelle lässt sich somit festhalten, dass eine eingehende Auseinandersetzung und Systematisierung dieser psychoanalytischen Erklärungsmodelle fehlt, und psychodynamischen Überlegungen im Bereich der Pädagogik aktuell wenig Beachtung geschenkt wird. Überdies fällt auf, dass Theorien und Erklärungsmodelle bezüglich dieser Thematik noch kaum mit pädagogischen Überlegungen verknüpft worden sind. Als Ziel dieser Diplomarbeit kann demnach das Aufgreifen, Erklären und Systematisieren dieser Modelle genannt werden. Das Aufgreifen und Systematisieren dieser Theorien dient nicht nur dem Vergleich, sondern vor allem der Beantwortung der Frage, inwiefern diesen Überlegungen pädagogische Relevanz zukommen könnte. Dies scheint sinnvoll, da in der Literatur die Frage unbeantwortet bleibt, welche Konsequenzen sich von psychodynamischen Theorien zur Entstehung und Entwicklung dieser Symptome, für das Gestalten pädagogischer Praxis ableiten lassen.

Vor dem Hintergrund der eben angestellten Überlegungen wird in der vorliegenden Diplomarbeit folgende Forschungsfrage ins Zentrum gerückt:

Worauf führen psychoanalytisch orientierte Autoren die Entstehung der Enuresis und Enkopresis im Kindesalter zurück und welche Konsequenzen lassen sich davon für die pädagogische Praxis ableiten?

Ziel dieser Arbeit ist es, jene zentralen Konflikte und Störungen, die aus Sicht der Psychoanalyse als kausal für die Genese von Enuresis und Enkopresis betrachtet werden, herauszuarbeiten. Mein Forschungsinteresse besteht daher in der Analyse ausgewählter psychoanalytischer Literatur, in Hinblick darauf, worin aus Sicht psychoanalytisch orientierter Autoren die Entstehung der Enuresis und Enkopresis im Kindesalter gründet. Im Zuge dessen sind Modelle zur Erklärung dieser Phänomene von zentralem Interesse, und es sollen Faktoren identifiziert werden, die als grundlegend für eine Entstehung der Enuresis und Enkopresis beschrieben werden. Darüber hinaus wird erörtert welche Konsequenzen sich daraus für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben könnten.

Zur Beantwortung der Fragestellung, die ich mithilfe der Inhaltsanalyse von psychoanalytischen Publikationen zur Thematik „Enuresis und Enkopresis“ bearbeitete, wird diese Diplomarbeit folgendermaßen gegliedert:

Im 1. und 2. Kapitel werden die Störungen Enuresis und Enkopresis definiert bzw. beschrieben. Dazu werden die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV herangezogen. Um dem Leser die verschiedenen Formen von Enuresis und Enkopresis verständlich zu machen, werden diese im Überblick beschrieben. Des Weiteren werden Angaben zur Prävalenz des Einnässens und Einkotens gegeben und es wird ein Exkurs zur Entwicklung der Blasenfunktion und der anorektalen Kontinenz unternommen. Dies erscheint sinnvoll, um den pathologischen Charakter, der bei der Enuresis und Enkopresis zu verzeichnen ist, vom normalen Entwicklungsverlauf abzugrenzen.

Im 3. Kapitel wird in einem Exkurs die Veränderung der Sauberkeitserziehung nachgezeichnet, da das Einnässen im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts als absichtliches Verhalten des Kindes gesehen wurde und man erst später begann, das Einnässen und Einkoten des Kindes als Erkrankung zu betrachten (Schmid-Boß 2005, 307). Dieser Exkurs ist wesentlich, um spätere Überlegungen bezüglich der Sauberkeitserziehung besser verstehen zu können.

Im 4. Kapitel wird das Forschungsdesign vorgestellt, wobei sich Bemerkungen zur Auswahl der Quellenliteratur, sowie Ausführungen zur Forschungsmethode finden.

Im umfassenden 5. Kapitel wird das Analysematerial anhand des im 4. Kapitel geschilderten forschungsmethodischen Vorgehens, bearbeitet. Dabei werden zentrale Erklärungsmodelle, die aus Sicht der Psychoanalyse als kausal für die Entstehung von Enuresis und Enkopresis gelten, herausgearbeitet und bestimmten Kategorien zugeordnet, wobei jedem Publikationsorgan ein eigenes Subkapitel gewidmet ist. Des Weiteren findet sich im Anschluss an die Bearbeitung des jeweiligen Publikationsorgans ein Zwischenresümee.

Im 6. Kapitel wird eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich zentraler Erklärungsmodelle, die Psychoanalytiker herangezogen haben, um die Symptome der Enuresis und Enkopresis zu verstehen, gegeben.

Nachdem erläutert wurde, worauf psychoanalytisch orientierte Autoren die Entstehung der Enuresis und Enkopresis im Kindesalter zurückführen, werden im 7. Kapitel diese psychoanalytischen Erklärungsmodelle auf ihre pädagogische Relevanz hin untersucht. Im Zuge dessen wird erörtert, welche Konsequenzen sich daraus für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben könnten.

Den Abschluss dieser Arbeit bildet ein Resümee, in dem neben der Zusammenfassung der Ergebnisse, weitere Überlegungen hinsichtlich dieser Symptomatik diskutiert werden.¹

¹ An dieser Stelle ist festzuhalten, dass im Dienste der Lesbarkeit in der vorliegenden Diplomarbeit die Rechtschreibung, insbesondere die s-Schreibung, in den Zitaten vereinheitlicht wurde.

Vorbemerkung

Die Störungen der Ausscheidungsfunktionen, die meist auf das Kindes- und Jugendalter begrenzt sind, beziehen sich auf das Einnässen, (Enuresis) und das Einkoten, (Enkopresis). Wie bereits in der Einleitung erwähnt wurde, gehören die Ausscheidungsstörungen zu häufigen Erkrankungen im Kindesalter (Schmid-Boß 2005, 307). Um dem Ziel ein Stück weit näher zu kommen, das Störungsbild der Enuresis und Enkopresis zu charakterisieren, und vor dem Hintergrund psychoanalytisch-pädagogischer Überlegungen vertiefter zu verstehen, ist es im Vorhinein nicht nur notwendig, eine Begriffsbestimmung vorzunehmen, sondern auch allgemeine klinische Kriterien hinsichtlich diagnostischer Einschätzungen von Enuresis und Enkopresis anzuführen. Folglich wird im 1. Kapitel geklärt, was unter dem kindlichen Einnässen verstanden werden kann, welche Formen des Einnässens unterschieden werden und wie häufig diese Störung im Kindesalter auftritt. Um den pathologischen Charakter der Enuresis aufzuzeigen, wird in einem eigenen Unterkapitel näher auf die Entwicklung der Blasenfunktion eingegangen. In analoger Weise dazu setzt sich das 2. Kapitel genauer mit der Definition und den unterschiedlichen Formen des Einkotens auseinander. Anschließend finden sich in einem eigenen Unterkapitel Angaben über die Prävalenz der Enkopresis und Bemerkungen zur Entwicklung der anorektalen Kontinenz.

1. Zur Enuresis

Das kindliche Einnässen, die Enuresis, ist in der klinischen, psychologischen und pädagogischen Literatur nicht eindeutig definiert. Aufgrund dessen werden im ersten Teil dieses Kapitels einige unterschiedliche Begriffsbestimmungen angeführt, um zu verdeutlichen, welche Veränderungen, Entwicklungen, aber auch Einschränkungen die Definition der Enuresis im Laufe der Jahre erfahren hat.

1.1 Zur Definition der Enuresis

Eine lapidare Definition findet sich in der Literatur etwa bei Crawford (1989; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 20), der das Einnässen als „unfreiwillige[n] Harnabgang“

definiert. Betrachtet man diese vage Formulierung genauer, so lässt sich festhalten, dass darin weder eine Altersgrenze angegeben ist, noch wird darauf eingegangen, ob bei einer klassischen Enuresis in die Diagnostik organische Ursachen miteinbezogen oder ausgeschlossen werden müssen (Haug-Schnabel 1994, 20). Darüber hinaus handelt es sich bei der Definition „unfreiwilliger Harnabgang“ (Crawford 1989; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 20) um ein normales Ereignis im Säuglings- und Kleinkindalter, das erst dann zur Problematik wird, wenn es bis zu einem gewissen Zeitpunkt anhält, in dem das Kind die Kontrolle über die Blase bereits erreicht haben sollte (Barry 1988, Scharf, Jennings 1988; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 20).

Eine präzisere Definition stellten Petermann und Petermann (2000, 382) im deutschen Sprachraum vor, die jedoch auf das Alter bezogen noch nicht eindeutig definiert ist, allerdings eine Abgrenzung von der Inkontinenz, die Unfähigkeit aufgrund organopathologischer Ursachen Urin zurückzuhalten, beinhaltet. Im klinischen Bereich wird die Enuresis laut Petermann und Petermann (2000, 382) als ein „wiederholtes und unangebrachtes Einnässen in einem Alter, in dem ein Kind die Blasenkontrolle gelernt haben sollte, wobei organische Ursachen von Inkontinenz ... ausgeschlossen sein müssen“ bezeichnet.

In einer weiteren ähnlichen Definition von Steinhausen (2000, 119), in der eine Altersgrenze festgelegt wurde, heißt es: „Beim Einnässen liegt ein unwillkürlicher Harnabgang ... vor, der im Verhältnis zum Alter und zum geistigen Entwicklungsstand des betroffenen Kindes oder Jugendlichen nicht normal ist. Das bedeutet, dass das Einnässen vor dem Alter von weniger als fünf Jahren oder bei einem geistigen Entwicklungsalter von weniger als vier Jahren nicht als Störung angesehen wird.“

Anhand der eben erwähnten Definitionen, die zum Teil Ähnlichkeiten aufweisen, wurde verdeutlicht, dass es unterschiedliche Versuche der Bestimmung des Krankheitsbildes der Enuresis gibt. Darüber hinaus werden in der Literatur noch zahlreiche weitere Definitionen angeführt, dennoch wurden diese drei eben erwähnten Begriffsbestimmungen ausgewählt, da sie vier zentrale Kriterien beinhalten, die für eine Erstellung der Enuresis-Diagnose laut ICD-10 (2001, 311f) und DSM-IV (1996, 147ff) bestehen müssen. Dabei handelt es sich erstens um einen

willkürlichen und/oder unwillkürlichen Harnabgang, zweitens um ein wiederholtes Einnässen, drittens kann man vom Einnässen als Störung sprechen, wenn das Kind mindestens fünf Jahre alt ist und viertens muss eine organopathologische Ursache ausgeschlossen werden können. Betrachtet man hingegen diese drei Definitionen unabhängig voneinander, so lässt sich festhalten, dass das Krankheitsbild der Enuresis in der Literatur vielfach unvollständig und nicht spezifiziert beschrieben wird.

Wie eben schon darauf hingewiesen wurde, sind eine der allgemeingültigsten und ausführlichsten Enuresis-Definitionen, die die zuvor beschriebenen relevanten Eigenschaften für eine Erstellung der Enuresis Diagnose enthalten und an denen sich die vorliegende Arbeit orientieren wird, die des ICD-10 und DSM-IV. Im folgenden Absatz sind lediglich die wesentlichsten Kriterien des ICD-10 und DSM-IV, nach denen eine Enuresis definiert wird, beschrieben, da im Kapitel 1.2 die diagnostischen Merkmale für eine Enuresis nach dem ICD-10 und dem DSM-IV in einer eigenen Tabelle ausführlich dargestellt sind. (siehe S. 27, 28 dieser Arbeit)

Allgemein wird nach den Klassifikationsschemata ICD-10 (2001, 311f) und DSM-IV (1996, 147ff) die Enuresis als ein willkürliches oder unwillkürliches Einnässen am Tag und/oder in der Nacht in das Bett oder in die Kleidung, ab einem Alter von fünf Jahren definiert, wobei organische Ursachen, wie beispielsweise eine neurologisch bedingte Inkontinenz oder eine anatomische Abweichung des Urogenitaltraktes ausgeschlossen werden müssen.

Nachdem in den vorigen Absätzen genauer darauf eingegangen wurde, wie die Enuresis derzeit definiert wird, werden im Anschluss daran die unterschiedlichen Subtypen des Einnässens geschildert und erklärt.

Das Einnässen kann etwa nach Tageszeit unterschieden werden, zu der es auftritt. Subtypen sind die Enuresis nocturna, das nächtliche Einnässen, die Enuresis diurna, das Einnässen am Tag oder das Einnässen bei Tag und bei Nacht, die als Enuresis diurna et nocturna bezeichnet wird. Die Enuresis nocturna ist der am meist vertretene Subtypus, wobei die Harnentleerung im ersten Drittel der Nacht, während des Schlafes auftritt. Vereinzelt passiert das Entleeren von Urin auch während der REM-

Phase. Dabei wird angenommen, dass beim betroffenen Kind ein Traum aktiviert wird, der das Urinieren zum Inhalt hat. Die zweite Form der Enuresis, die Enuresis diurna, bezeichnet die Urinentleerung während des Wachzustandes. Meist geschieht das Urinieren am frühen Nachmittag, begründet in dem Widerwillen, auf die Toilette zu gehen aus Angst oder weil das Kind in ein Spiel oder in eine schulische Tätigkeit versunken ist. Der dritte Subtypus, die Enuresis nocturna et diurna, ist eine Kombination aus den beiden eben erwähnten Subtypen. (DSM-IV 1996, 148; ICD-10 2001, 312)

Darüber hinaus wird zwischen der primären und der sekundären Enuresis unterschieden (Steinhausen 2000, 119). Im Gegensatz zur primären Enuresis, bei der das Kind noch nie trocken gewesen ist, handelt es sich bei der sekundären Enuresis um einen Rückfall, da die betroffenen Kinder bereits die Fähigkeit erworben hatten ihren Harndrang zu kontrollieren, dann aber wieder einnässten (Steinhausen 2000, 119). An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, für wie viele Monate das Kind die Blasenkontrolle beherrscht haben muss, um von einer sekundären Enuresis sprechen zu können. Nach eingehender Recherche wurde festgestellt, dass die Varianz in wissenschaftlichen Studien von einem Monat bis zu zwölf Monaten reicht. Beispielsweise diagnostizieren von Gontard und Lehmkuhl (2004, 14) eine sekundäre Enuresis, wenn das Kind „einmal sechs Monate oder länger trocken gewesen ist und [dann] einen Rückfall erlitten hat.“ Poustka (2003, 288) spricht erst dann von einer sekundären Enuresis, wenn das Kind mindestens ein Jahr nicht mehr einnässte. Verwunderlich ist, dass in den diagnostischen Kriterien des ICD-10 und des DSM-IV zur sekundären Enuresis keine Zeitangaben, für wie viele Monate die Blasenkontrolle bestanden haben muss, zu finden sind. Laut Petermann und Petermann (2000, 382) scheint das „Intervall von minimal sechs zusammenhängenden Monaten“ am sinnvollsten, da dies übereinstimmend von erfahrenen Ärzten genannt wird, wobei sie (Petermann, Petermann 2000, 382) in diesem Kontext auf einige Kliniker verweisen, wie beispielsweise auf Eggers, von Gontard, Richter und Goldschmidt.

1.2 Zur Klassifikation der Enuresis

In den folgenden Tabellen wird nochmals überblicksweise dargestellt, nach welchen Kriterien des ICD-10 (2001, 311f) und DSM-IV (1996, 147ff) eine Enuresis zu diagnostizieren ist. Der Zweck dieser Tabellen besteht darin, einen Überblick über die Kriterien der beiden Klassifikationssysteme zu generieren, zudem wird es dadurch möglich, etwaige Unterschiede und Ähnlichkeiten aufzuzeigen.

Betrachtet man die nachstehenden Tabellen genauer, so lassen sich auf Anhieb einige Unterschiede feststellen. Beispielsweise wird im Klassifikationsschema ICD-10 (2001, 311f) die Enuresis der Kategorie „sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen“ zugeordnet und im DSM-IV (1996, 145) wird die Enuresis unter dem Kapitel „Störungen der Ausscheidung“ zusammengefasst. Der Umstand, dass dieselbe psychische Störung unter verschiedenen Kategorien beschrieben wird, ist sehr verwunderlich, da Verhaltensstörungen ein vollkommen anderes Krankheitsbild beschreiben als Ausscheidungsstörungen. Im Gegensatz dazu sind die diagnostischen Merkmale der beiden Klassifikationssysteme (DSM-IV 1996, 147ff; ICD-10 2001, 311f) miteinander vergleichbar, bis auf den Hinweis, dass nach dem ICD-10 (2001, 311) eine erhöhte Komorbidität zwischen einer Enuresis und einer emotionalen Störung oder Verhaltensstörung bestehen kann. Vermutlich deshalb ist die Enuresis im ICD-10 (2001, 311f) unter dem Kapitel „sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen“ beschrieben. Deutliche Unterschiede bestehen auch in der Häufigkeit des Auftretens, da das Symptom der Enuresis nach dem ICD-10 (2001, 311) mindestens ein- bzw. zweimal pro Monat und nach dem DSM-IV (1996, 149) mindestens zweimal pro Woche auftreten muss. Hinsichtlich dessen lässt sich festhalten, dass aufgrund klinischer Untersuchungen nach von Gontard (1998; zit. nach Petermann, Petermann 2000, 382) eine Häufigkeit von einmal in der Woche als angemessen betrachtet wird, hingegen die Auftretenshäufigkeit nach dem ICD-10 als deutlich zu wenig und die nach dem DSM-IV als zu häufig erachtet wird. Bei den Kategorien „Subtypen“, „Mindestdauer“ und „Alter“ herrschen bei beiden Klassifikationssystemen (DSM-IV 1996, 147ff; ICD-10 2001, 311f) Übereinstimmungen. Hingegen dazu, sind bei den Ausschlusskriterien eindeutige Unterschiede erkennbar. Dies legt den Schluss nahe, dass die Klassifikationssysteme

ICD-10 und DSM-IV ergänzend benutzt werden sollten. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass aufgrund der eben erwähnten Unterschiede beide Klassifikationssysteme herangezogen werden sollten, um das Störungsbild einer Enuresis diagnostizieren zu können. (vgl. Petermann, Petermann 2000, 382)

Kapitel	Diagnostische Kriterien	Subtypen	Häufigkeit des Auftretens	Dauer	Alter	Ausschlusskriterien
ICD-10 F 98.0 (2001, 311f)	• Die Enuresis wird im ICD-10 unter dem Kapitel „sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen“ klassifiziert. • unwillkürliche oder willkürliche Harnentleerung in das Bett oder in die Kleidung • tritt am Tag und in der Nacht auf • kann von schweren emotionalen Störungen oder Verhaltensstörungen begleitet werden	• Primäre Enuresis: besteht von Geburt an • Sekundäre Enuresis: tritt nach erworbener Blasenkontrolle wieder auf • Enuresis nocturna: Bettnässen • Enuresis diurna: Einnässen am Tag • Enuresis nocturna et diurna (am Tag und in der Nacht)	• mindestens zweimal im Monat bei Kinder unter sieben Jahren • mindestens einmal im Monat bei siebenjährigen oder älteren Kindern	• mindestens drei Monate	• Das Kind muss nach Lebensalter und geistigem Alter mindestens fünf Jahre alt sein	• epileptische Anfälle • neurologisch bedingte Inkontinenz • anatomische Abweichung des Urogenitaltraktes • andere nicht-psychiatrische, medizinische Erkrankung • eine psychiatrische Störung, die die Kriterien für eine andere ICD-10 Kategorie erfüllt

Tabelle 1: Klassifikation der Enuresis nach dem ICD-10 (2001, 311f) (vgl. Petermann, Petermann 2000, 383)

Kapitel	Diagnostische Kriterien	Subtypen	Häufigkeit des Auftretens	Dauer	Alter	Ausschlusskriterien
Die Enuresis wird im DSM-IV unter dem Kapitel Ausscheidungsstörungen klassifiziert.	- wiederholtes Entleeren von Urin geschieht meist unwillkürlich - nur gelegentlich absichtlich - in das Bett oder in die Kleidung - bei Tag oder bei Nacht	- Enuresis nocturna: Bettnässen - Enuresis diurna: Einnässen am Tag - Enuresis diurna et nocturna: nachts und tagsüber - Primäre Enuresis: Ein Kind konnte die Blase noch nie kontrollieren - Sekundäre Enuresis: Störung trat nach einer Zeit auf, in der das Kind nicht einnässt	- zweimal pro Woche - es besteht ein klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung in sozialen, schulischen (beruflichen) oder anderen wichtigen Bereichen	drei aufeinanderfolgende Monate	- mindestens fünf Jahre alt - oder bei Kindern mit Entwicklungsstörungen muss ein Entwicklungsalters von mindestens fünf Jahren vorliegen	- Ausschlusskriterien sind: direkte körperliche Wirkung einer Substanz, zum Beispiel Diuretikum¹ oder - Ausschluss eines medizinischen Krankheitsfaktors, zum Beispiel Diabetes, Spina bifida², Anfallsleiden

Tabelle 2: Klassifikation der Enuresis nach dem DSM-IV (1996, 147ff) (vgl. Petermann, Petermann 2000, 383)

¹ Unter „Diuretikum“ wird ein harntreibendes Mittel verstanden (Psyhyrembel 1998, 357).

² Der Begriff „Spina bifida“ meint eine hintere oder vordere Wirbelsäulenspaltung (Psyhyrembel 1998, 1484).

1.3 Zur Prävalenz der Enuresis

In diesem Unterkapitel wird auf die Prävalenz der Enuresis näher eingegangen. Generell ist es nicht einfach, Aussagen über die Häufigkeit des Einnässens zu treffen, zumal einerseits dieses Krankheitsbild oft mit Scham und Peinlichkeit besetzt ist und somit von den Betroffenen häufig verschwiegen wird. Andererseits ist der Vergleich von Studien schwierig, da sie sich hinsichtlich vieler Kriterien, wie beispielsweise das Alter, die Definition der Enuresis oder das Geschlecht, voneinander unterscheiden und somit Schwankungen bezüglich der Häufigkeitsangaben zeigen (Petermann, Petermann 2000, 385). Dennoch werden im Folgenden einige Angaben über die Prävalenz der Enuresis genannt, da aus Übersichtsarbeiten einige Übereinstimmungen diesbezüglich hervorgehen.

Wie schon in der Einleitung angedeutet wurde, ist die Enuresis eine der häufigsten psychosomatischen Erkrankungen im Kindesalter (Schmid-Boß 2005, 314). Als Orientierung kann daher gelten, dass im Alter von fünf Jahren etwa 15-20% aller Kinder noch nicht trocken sind. Im Alter von zehn Jahren handelt es sich um 5%, die noch einnässen und für die Altersgruppe der Zwölf- bis Vierzehnjährigen beträgt die Häufigkeit des Einnässens circa 2%. (Remschmidt, Quaschner 2000, 126)

Betrachtet man die unterschiedlichen Formen der Enuresis getrennt voneinander, so lässt sich festhalten, dass eine der häufigsten Formen der Enuresis, die Enuresis nocturna ist, mit 80% der Fälle, während für die Enuresis diurna, eine Häufigkeit von 5% und für die kombinierte Form, Enuresis diurna et nocturna, ein Anteil von 15% angegeben wird. Darüber hinaus kann festgestellt werden, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit, damit ist die Entwicklung einer sekundären Enuresis gemeint, bei den fünf- bis sechsjährigen Kindern am häufigsten vorkommt, wobei aber Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen. Im Gegensatz dazu tritt die primäre Enuresis zweimal häufiger auf, als die sekundäre. (Steinhausen 1996, 186)

Vielfältige Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass bis zum Alter von sieben Jahren Jungen und Mädchen etwa gleich häufig von einer Enuresis betroffen sind, während es im Alter von elf Jahren doppelt so viele Jungen, wie Mädchen, sind, die noch einnässen. Eine Ausnahme stellt die seltene Form die Enuresis diurna dar.

Denn die Enuresis diurna kommt bei Mädchen häufiger vor, als bei Jungen. (Steinhausen 1996, 186)

Aufgrund der zuvor beschriebenen Ergebnisse kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass Jungen in nahezu allen Altersgruppen häufiger vom Einnässen betroffen sind als Mädchen.

Des Weiteren wird beschrieben, dass das Einnässen in einigen Fällen auch mit dem Einkoten, der Enkopresis, verbunden ist. Diese Komorbidität lässt sich bei mehr als 10% der stationär behandelten Patienten feststellen. Jedoch wird dies des Öfteren von den Betroffenen verschwiegen, da derartige Angaben meist mit Peinlichkeit behaftet sind. (Strunk 1994, 264)

Wie bereits erwähnt, zeigen vielfältige Untersuchungen zur Häufigkeit der Enuresis Schwankungen. Dennoch wurden für die Darstellung der Ergebnisse unterschiedliche Studien herangezogen und miteinander verglichen. Folge dessen sind jene Häufigkeitsangaben verwendet und wiedergegeben worden, die in der Literatur zum einen übereinstimmend genannt wurden und zum anderen am häufigsten vertreten wurden.

Nachdem nun im Überblick die Prävalenz des Einnässens geschildert wurde, werden sich im nächsten Kapitel genauere Ausführungen zur Entwicklung der Blasenkontrolle finden.

1.4 Zur Entwicklung der Blasenfunktion

In diesem Abschnitt der Arbeit soll geklärt werden, wie die Entwicklung der Blasenfunktion vor sich geht und welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Blasenkontrolle maßgebend sind.

Die Harnausscheidung gehört zu den „lebensnotwendigen organischen Funktionen“ im menschlichen Körper (Rosenberger 1976, 10). Bereits beim Fötus findet die Harnbereitung im Mutterleib statt. Zur Harnentleerung kommt es jedoch erstmals nach der Geburt. Im weiteren Verlauf der Entwicklung automatisieren sich die

Ausscheidungsvorgänge. Der Säugling bzw. das Kleinkind erlebt die Urinausscheidung noch als sehr unpräzise und diffus. Erst im Laufe der emotionalen Entwicklung wird die Ausscheidung beim Kleinkind einerseits als lustvoll und andererseits als unangenehm wahrgenommen. Zusätzlich sind damit verschiedene Eindrücke, Vorstellungen, Erwartungen, Befürchtungen aber auch Ängste verbunden. (Rosenberger 1976, 10)

Nach Christoffel (1944, 131) kündigt sich die Urinentleerung beim Säugling durch „Unruhe, leichte Gesichtsrötung und beim Knaben durch Gliedsteifung an. Der Entleerungsakt selbst lässt das Kind ruhig und absorbiert erscheinen und endigt gelegentlich mit einem Schüttelzittern.“ Darüber hinaus weist Christoffel (1944, 131) darauf hin, dass es für das neugeborene Kind ein unangenehmes Gefühl ist, im Nassen zu liegen und es daher nach der Entleerung ein Gefühl der Unruhe in sich trägt und beginnt zu schreien. Reagiert die primäre Bezugsperson² nicht darauf, geht dieses Verhalten verloren und das Kind gewöhne sich an das „Nassliegen“ (Christoffel 1944, 131).

Obwohl die Ausscheidungsvorgänge zu den lebensnotwendigsten und normalsten Vorgängen im menschlichen Körper gehören, können sie immer wieder durch organische, soziale und/oder psychische Ursachen gestört und behindert werden.

Laut Menzel (1953; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 23) versuchen derzeitige Bestrebungen das Krankheitsbild der Enuresis von einer organisch bedingten Inkontinenz scharf zu unterscheiden. Dennoch hat sich bis heute keine zufrieden stellende Trennung zwischen Enuresis und Inkontinenz in der Praxis durchgesetzt (Haug-Schnabel 1994, 23). Dessen ungeachtet wurde in Kapitel 1.1 schon ausführlich darauf eingegangen, dass nur dann von einer Enuresis gesprochen werden sollte, wenn organopathologische Ursachen, wie beispielsweise die Inkontinenz, ausgeschlossen sind. Wohl aber gibt es heute eine „wissenschaftliche Einigkeit über das Startalter“ (Haug-Schnabel 1994, 23) der Enuresis, da erst ab dem fünften Lebensjahr eine Enuresis diagnostiziert werden darf (DSM-IV 1996, 149; ICD-10 2001, 311). An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, weshalb erst ab dem fünften Lebensjahr von einer Enuresis gesprochen wird bzw. auf welche Fakten und

² An dieser Stelle ist anzumerken, dass die primäre Bezugsperson des Kindes nicht immer die Mutter oder der Vater sein muss.

Überlegungen sich die Festlegung dieser Altersgruppe stützt. Aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen herrscht eine breite Übereinstimmung, dass das „Zusammenwirken von psychischen Entwicklungs- und neurophysiologischen Reifungsschritten bis etwa zu diesem Zeitpunkt bei den meisten Kindern einen Abschluss der Sauberkeitsentwicklung ermöglicht“ (Kammerer 1985, 83).

Allgemein wird davon ausgegangen, dass ein Großteil der Kinder bereits im Alter von zwei bis drei Jahren eine reife Blasenkontrolle erreicht. Falls einige Kinder erst mit vier oder fünf Jahren endgültig trocken werden, liegt dies im Bereich einer normalen Entwicklung. Daher wird das Einnässen bis zu diesem Alter noch als physiologisch bedingt betrachtet und erst ab fünf Jahren als Enuresis diagnostiziert. (Haug-Schnabel 1994, 23)

Laut Haug-Schnabel (1994, 23) handelt es sich bei dieser Altersgrenze jedoch um „einen nur ‚außer Haus‘ geltenden Wert“, denn „in den Familien liegt der Zeitpunkt einer beginnenden Aufmerksamkeit für die Blasenkontrolle und der Beginn von Erziehungs- und Interventionsmaßnahmen weit früher“ (Haug-Schnabel 1994, 23).

Die wissenschaftliche Übereinstimmung, dass ab dem fünften Lebensjahr von einer Enuresis gesprochen werden kann, ergibt sich aus den Ergebnissen neuerer Forschungsarbeiten zur Entwicklung der reifen Miktion³ (Haug-Schnabel 1994, 23). Madersbacher (1987; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 23) und Crawford (1989; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 23) gehen davon aus, dass, bis die normale Blasenentleerung erreicht ist, in den ersten vier bis fünf Jahren verschiedene vom Alter abhängige Miktionsgewohnheiten durchlaufen werden.

Im folgenden Absatz werden einige Fakten betreffend der Harnabgabe genannt, um die Miktionsgewohnheiten entsprechend des Alters eines Kindes zu verdeutlichen.

In den ersten Lebensmonaten gibt ein Kind pro Tag, es wird angenommen völlig unbewusst, circa dreißig Mal Harn ab. Danach erfolgt zwischen dem sechsten und zwölften Monat eine Abnahme der Miktionsfrequenz, sodass etwa zwanzig Miktionen am Tag stattfinden. Im Alter von ein bis zwei Jahren entwickelt sich im

³ Unter „Miktion“ versteht man das Harnlassen bzw. die Blasenentleerung (Pschyrembel 1998, 1023).

Kind das erste Mal ein Gefühl des Harndranges. Erst ab diesem Zeitpunkt kann ein Kind die Körpersignale einer vollen Blase erkennen. Dass das Kind dieses Gefühl wahrnehmen kann, ist eine wesentliche Grundlage, um lernen zu können, darauf in entsprechender Weise zu reagieren. In den meisten Fällen haben die Kinder entweder, Ende des zweiten Lebensjahres, häufiger aber erst im Laufe des dritten Lebensjahres, durch die Reifung der Nervenbahnen, die Kontrolle über die Schließmuskeln der Ausscheidungsorgane erreicht. Zusätzlich kommt es zu einer weiteren Reduktion der Miktion pro Tag. Ein Kind mit drei Jahren gibt etwa zehn Mal am Tag Urin ab. Gewöhnlich verspürt ein Kind mit drei Jahren eine zunehmende Blasenfüllung, somit lässt sich abschließend festhalten, dass etwa 80% der Kinder nach dem vierten Lebensjahr die Blasenkontrolle erlernt haben. In diesem Alter kann ein Kind die Urinabgabe, nicht nur bei Harndrang, einige Zeit hinauszögern, sondern auch einen Harn bei geringerer Blasenfüllung abgeben. Die Kontrolle über die Blasenentleerung wird tagsüber früher erlangt und nachts circa vier Monate später. (Madersbacher 1987, Crawford 1989; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 23f)

Vor dem Hintergrund der eben angestellten Überlegungen stellt sich die Frage, welche Voraussetzungen ein Kind benötigt, um eine erfolgreiche Blasenkontrolle entwickeln zu können.

In der Literatur wird als zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Blasenbeherrschung das „ungestörte Zusammenwirken der psychosozialen Entwicklung und neurophysiologischen Reifung“ (Haug-Schnabel 1994, 25) genannt. Insofern kann in Anlehnung an Haug-Schnabel (1994, 24) angenommen werden, dass „das Wissen um die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Blasenkontrolle“ entscheidende Anhaltspunkte zu den Ursachen des Einnässens geben könnte. Laut Schulte-Wissermann (1987; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 24) sind 5% der Kinder mit einer nicht perfekten Blasenkontrolle von Inkontinenz betroffen. Insofern sind 95% aller einnässenden Kinder klassische Enuretiker, deren Einnässen nicht organisch bedingt ist, sondern eventuell familiären, sozialen oder psychischen Faktoren zugrunde liegt (Schulte-Wissermann 1987; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 24). Darüber hinaus kann auch die sekundäre Enuresis nicht mit einer Verzögerung der Reifung der Blasenfunktion erklärt werden (Haug-Schnabel

1994, 24). Somit drängt sich die Frage auf, wie die Symptomatik der Enuresis verstanden werden kann, wenn – laut Haug-Schnabel (1994, 24) – organopathologische Ursachen, sowie Reifungsprozesse als ätiologische Kriterien ausgeschlossen werden sollten. In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung von psychischen Faktoren für eine Entstehung der Enuresis oft vernachlässigt. Wenn aber, wie vorhin beschrieben, das „ungestörte Zusammenwirken der psychosozialen Entwicklung und neurophysiologischen Reifung“ (Haug-Schnabel 1994, 25) als eine Grundlage für eine erfolgreiche Blasenkontrolle betrachtet wird, sollten diesbezügliche Einflüsse nicht außer Acht bleiben. Im Rahmen der Literaturrecherche gewann ich den Eindruck, dass vor allem in klinischen Publikationen, die sich mit dem Krankheitsbild der Enuresis auseinandersetzen, organische Faktoren als mögliche Ursachen für die Entstehung einer Enuresis im Vordergrund stehen. Hingegen scheint die Beschäftigung mit psychoanalytischen Zugängen dazu, was die öffentliche Rezeption betrifft, derzeit in den Hintergrund zu treten. Nichtsdestotrotz spielen psychische Faktoren bei der Entstehung einer Enuresis eine entscheidende Rolle. Bereits in frühen psychoanalytischen Publikationen stand das Phänomen der Enuresis im Zentrum des Interesses vieler Psychoanalytiker. Insofern sollten diese möglichen Einflussfaktoren nicht unberücksichtigt bleiben. Bevor es jedoch möglich werden kann, über Einflussfaktoren aus psychoanalytisch-pädagogischer Perspektive nachzudenken, ist es in den folgenden Ausführungen zunächst sinnvoll und notwendig, allgemeine klinische Überlegungen betreffend des Krankheitsbildes der Enkopresis wiederzugeben.

2. Zur Enkopresis

2.1 Zur Definition der Enkopresis

Im ersten Teil dieses Kapitels wird ein kurzer Überblick über die Geschichte der Enkopresisforschung gegeben. Anschließend findet sich in den folgenden Ausführungen eine kleine Auswahl an Definitionen betreffend der Enkopresis und es wird näher darauf eingegangen, welche Subtypen des Einkotens für gewöhnlich voneinander differenziert werden.

In der wissenschaftlichen Literatur wird das Symptom der Enkopresis nur wenig beleuchtet (Wolters 1971, Stegat 1975; zit. nach Wille 1984, 2). Diese Zurückhaltung in Publikationen aber auch Rezeptionen scheint die gesellschaftliche Haltung gegenüber diesem Symptom zu spiegeln, die auch immer wieder in dem Verhalten der Eltern gegenüber dem an Enkopresis erkrankten Kind deutlich wird (Wolters 1971; zit. nach Wille 1984, 2).

Darüber hinaus hat Baird (1974; zit. nach Wille 1984, 2) herausgefunden, dass fachlich qualifizierte Personen auf Enkopretiker nicht selten mit Oberflächlichkeit, Verachtung und Abweisung reagieren. Schmid-Boß (2005, 338) spricht davon, dass diese Patienten während der Behandlung im Analytiker ein Ekelgefühl auslösen können.

Schon in Publikationen aus dem Jahre 1882 finden sich erste Auseinandersetzungen mit dem Symptom der Enkopresis dokumentiert (Wille 1984, 2). Die Enkopresis wurde erstmals von Henoeh beschrieben, mit der Bezeichnung ‚Incontinenz der Fäces‘ (Wille 1984, 2). Auch Sigmund Freud verweist in seinem 1905 erschienenen Werk „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ auf das kindliche Einkoten. Jedoch führte Pototzky erst 1924 respektive 1925 für das kindliche Einschnutzen den Begriff „Enkopresis“ in die wissenschaftliche Literatur ein (Krisch 1985, 9). Der Begriff „Enkopresis“ leitet sich vom griechischen Wort Kopros, was soviel bedeutet wie Exkremehte, ab (Wille 1984, 2). Laut Krisch (1985, 9) verstand Pototzky damals (1924/25) unter dem Begriff „Enkopresis“ schlicht „das Einschnutzen des älteren Kindes.“ Diese Bezeichnung hat sich zwar in der Literatur bis heute durchgesetzt, erfuhr aber im Laufe der Zeit zahlreiche Präzisierungen und auch Einschränkungen. Zur Illustration dieses Gedankens wird im folgenden Absatz wiederum eine kleine Auswahl an einzelnen Definitionen präsentiert.

Apley und Keith (1965; zit. nach Wille 1984, 1) verstehen unter Enkopresis lediglich „die Entleerung von normalem Stuhl unter unangepassten Umständen.“ In dieser Definition bleiben die wesentlichsten Kriterien des Einkotens unberücksichtigt. Beispielsweise wird keine Altersgrenze, ab wann von einer Enkopresis gesprochen werden darf, angegeben, zudem wird nicht näher darauf eingegangen, ob bei einer

Enkopresis organische Ursachen miteinbezogen oder ausgeschlossen werden müssen.

Eine etwas präzisere Definition, in der zwar auf das Alter verwiesen wird, jedoch keine genaue Altersgrenze angegeben wird, ist die Begriffsbestimmung nach Hasselmann (1936, 5), der das Einkoten folgendermaßen definiert: „Es handelt sich um das unwillkürliche Verlieren von Kot zu einer Lebenszeit, in der im allgemeinen eine völlige willkürliche Beherrschung der Mastdarmentleerung erlernt worden ist.“

Eine jüngere Definition der Enkopresis ist die von Steinhausen (1996, 191f), in der neben einer genauen Altersangabe zugleich auf organopathologische Ursachen hingewiesen wird. Steinhausen (1996, 191f) versteht unter der Symptomatik der Enkopresis die „wiederholte unwillentliche Stuhlentleerung in die Kleidung ohne organische Ursachen ab dem Alter von vier Lebensjahren.“

Wie auch bei der Enuresis beschrieben, sind die Enkopresis-Definitionen des ICD-10 und DSM-IV verhältnismäßig ausführlicher. Die vorliegende Arbeit wird sich deshalb daran orientieren. Die Enkopresis wird nach den Klassifikationsschemata des ICD-10 (2001, 312f) und DSM-IV (1996, 145ff) als ein wiederholtes unwillkürliches oder willkürliches Entleeren von Stuhl, ab einem Alter von mindestens vier Jahren definiert, an Stellen, die im soziokulturellen Milieu des Betroffenen nicht dafür geeignet sind. Weiters müssen für die Diagnosestellung körperliche Ursachen ausgeschlossen werden.

An dieser Stelle wurden die wesentlichsten Kriterien des ICD-10 und DSM-IV für eine Enkopresis-Definition zunächst nur knapp zusammengefasst, da die diagnostischen Merkmale dieser Klassifikationsschemata im Kapitel 2.2 in tabellarischer Form nochmals ausführlicher dargestellt und miteinander verglichen werden (siehe S. 39, 40 dieser Arbeit). Im Vorhinein ist es jedoch notwendig, die unterschiedlichen Subtypen der Enkopresis aufzuzeigen und zu erklären, um anschließend die Tabellen besser verstehen zu können.

In Analogie zur Enuresis werden auch bei der Enkopresis die primäre und sekundäre Form voneinander unterschieden. Bei der primären Enkopresis ist das Kind noch

niemals in der Lage gewesen, den Stuhlgang zu kontrollieren. Im Gegensatz dazu trat bei der sekundären Form des Einkotens, die Störung nach einiger Zeit wieder auf, in der das Kind die Ausscheidung schon kontrollieren konnte. (DSM-IV 1996, 147)

Überdies kann die Enkopresis nach dem Erscheinungsbild differenziert werden. Subtypen sind zum einen die Enkopresis „mit Verstopfung und Überlaufinkontinenz“ (DSM-IV 1996, 146) und zum anderen die Enkopresis „ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz“ (DSM-IV 1996, 146). Bei der ersteren Form sind die Fäzes schwach ausgebildet, damit ist ein weicher, wenig geformter Stuhl gemeint, und der Stuhlgang geschieht sowohl am Tag, als auch in der Nacht. Im Gegensatz dazu hat die Fäzes bei der Enkopresis ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz eine normale Konsistenz, wobei die Beschmutzungen nicht konstant auftreten, sondern mit Unterbrechungen erfolgen. Des Weiteren werden die Fäzes an einer eher auffälligen Stelle abgelegt. Häufig ist dies mit einer Störung des Sozialverhaltens oder mit Trotzverhalten verbunden. Diese Form der Enkopresis könnte auch als Folge analer Masturbation auftreten. (DSM-IV 1996, 146)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass diese Kinder sehr häufig unter einem Schamgefühl leiden und versuchen, Situationen, die sie in Verlegenheit bringen könnten, zu umgehen. Weiters geschieht das Verschmieren der Fäzes nicht nur absichtlich, sondern gelegentlich auch zufällig. Beispielsweise wenn das Kind versucht, unwillkürlich entleerte Fäzes zu entfernen oder zu verstecken. (DSM-IV 1996, 146)

2.2 Zur Klassifikation der Enkopresis

In den nachfolgenden Tabellen werden die diagnostischen Kriterien des ICD-10 (2001, 312f) und DSM-IV (1996, 145ff) bezüglich der Enkopresis nochmals in ausführlicher Weise dargestellt, um mögliche Unterschiede, aber auch Ähnlichkeiten aufzuzeigen.

Da die Enuresis und Enkopresis als verwandte Störungen betrachtet werden (Schmid-Boß 2005, 311), wird auch das Krankheitsbild der Enkopresis, in Analogie zur Enuresis, im ICD-10 (2001, 312f) unter dem Kapitel „sonstige Verhaltens- und

emotionale Störungen“ und im DSM-IV (1996, 145) unter „Störungen der Ausscheidung“ zusammengefasst. Des Weiteren sind auch die diagnostischen Kriterien von ICD-10 (2001, 312f) und DSM-IV (1996, 145ff) miteinander vergleichbar. Außer, dass im DSM-IV (1996, 146) darauf hingewiesen wird, dass das Entleeren der Exkremente entweder mit oder ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz verbunden sein kann. Diese Information fehlt im ICD-10, obwohl eine bestehende Verstopfung zusätzlich codiert werden kann (ICD-10 2001, 312). Der Vergleich der Subtypen beider Klassifikationssysteme ist eher schwierig. Im Gegensatz zum DSM-IV (1996, 147) erfolgt im ICD-10 keine Einteilung in primäre und sekundäre Enkopresis, jedoch kann diese, da darauf indirekt verwiesen wird, erschlossen werden (ICD-10 2001, 312). Darüber hinaus wird in beiden Klassifikationssystemen die Zeit, für wie viele Monate die Stuhlkontrolle bestanden haben muss, um von einer sekundären Enkopresis sprechen zu können, nicht angegeben. Weiters bestehen große Unterschiede in der Angabe der Dauer der Störung und bei den Ausschlusskriterien (DSM-IV 1996, 145; ICD-10 2001, 313). Die Angaben bezüglich des Alters und der Auftretenshäufigkeit sind in beiden Klassifikationssystemen identisch (DSM-IV 1996, 145; ICD-10 2001, 313). Dennoch sollten beide Klassifikationssysteme für eine Diagnostik der Enkopresis verwendet werden. (vgl. Petermann, Petermann 2000, 382ff)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Klassifikationssysteme ICD-10 (2001, 312f) und DSM-IV (1996, 145ff) bezüglich der Diagnostik der Enkopresis mehr Übereinstimmungen und Ähnlichkeiten, als Unterschiede aufweisen.

	Kapitel	Diagnostische Kriterien	Subtypen	Häufigkeit des Auftretens	Dauer	Alter	Ausschlusskriterien
ICD-10 F 98.1 (2001, 312f)	Die Enkopresis wird im Kapitel „sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen“ klassifiziert.	- wiederholtes Entleeren von Stuhl an unpassenden Stellen - z.B. in die Kleidung oder auf den Fußboden - geschieht willkürlich oder unwillkürlich - Zustandsbild kann monosymptomatisch auftreten oder als Teil einer Störung, z.B. emotionale Störung oder Störung des Sozialverhaltens	Die Enkopresis kann auftreten - als abnorme Verlängerung der infantilen Inkontinenz - als ein Rückfall nach vorhandener Darmkontrolle - es kann sich auch um ein absichtliches Absetzen von Stuhl handeln, trotz Darmkontrolle - eine bestehende Obstipation kann zusätzlich codiert werden	mindestens ein Einkoten pro Monat	mindestens sechs Monate	ein geistiges Alter und Lebensalter von mind. vier Jahren	organische Krankheiten

Tabelle 3: Klassifikation der Enkopresis nach dem ICD-10 (2001, 312f) (vgl. Petermann, Petermann 2000, 384)

Kapitel	Diagnostische Kriterien	Subtypen	Häufigkeit des Auftretens	Dauer	Alter	Ausschlusskriterien
Die Enkopresis wird im DSM-IV unter dem Kapitel Ausscheidungsstörungen klassifiziert.	- wiederholtes Entleeren der Exkremente an unpassenden Stellen z.B. in die Kleidung oder auf den Fußboden - meist geschieht es unabsichtlich und nur gelegentlich absichtlich - wird der Stuhl eher unabsichtlich entleert, ist dies oft mit Einklemmung des Stuhls oder Verstopfung, sowie mit nachfolgendem Überlaufen verbunden → meist aus psychischen Gründen wird der Stuhl zurückgehalten	- primäre Enkopresis: Kind konnte noch nie den Stuhlgang kontrollieren - sekundäre Enkopresis: Kotet nach einiger Zeit wieder ein - Enkopresis mit Verstopfung und Überlauf-inkontinenz - Enkopresis ohne Verstopfung und Überlauf-inkontinenz	mindestens einmal im Monat	mind. drei Monate	- das Kind muss mind. vier Jahre alt sein - bei Kindern mit Entwicklungs-rückstand muss ein Entwicklungs-alter von vier Jahren vorliegen	- direkte Wirkung einer Substanz (Abführmittel) - medizinischer Krankheitsfaktor, außer Verstopfung
DSM-IV 307.7 787.6 (1996, 145ff)						

Tabelle 4: Klassifikation der Enkopresis nach dem DSM-IV (1996, 145ff) (vgl. Petermann, Petermann 2000, 384)

2.3 Zur Prävalenz der Enkopresis

In den folgenden Ausführungen finden sich Bemerkungen zur Prävalenz der Enkopresis. Ähnlich wie im Fall der Enuresis ist es schwierig, Aussagen über die Häufigkeit des Einkotens zu treffen, da dieses Symptom, wahrscheinlich noch mehr als bei der Enuresis, für die Betroffenen beschämend und unangenehm ist. Dennoch werden anhand jüngerer Studien und Übersichtsarbeiten einige Zahlen, die in der Literatur betreffend der Prävalenz des Einkotens übereinstimmend genannt werden, vorgestellt.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass das Symptom der Enkopresis wesentlich seltener auftritt, als das der Enuresis (Strunk 1994, 273). Deshalb wird die Enkopresis zum Teil als „kleine[r] Bruder des Einnässens“ beschrieben (Schmid-Boß 2005, 311). Laut von Gontard (2007, 495) ist im Kleinkindalter, das heißt vor dem Alter von vier Jahren, die Prävalenz des Einkotens abhängig vom Beginn und der Intensität der Reinlichkeitserziehung. Während es in den 1950er Jahren 4% der dreijährigen Jungen und 2% der dreijährigen Mädchen waren, die noch einkoteten, waren es im Jahre 1970 bis 1980 circa 46% der Jungen und 18% der Mädchen (Largo u.a. 1977, 1978, 1996; zit. nach von Gontard 2007, 495). Diese Zahlen deuten nicht nur darauf hin, dass die strenge und rigide Sauberkeitserziehung im Laufe der Jahre gelockert wurde, sondern auch, dass eine liberale Erziehung zur Sauberkeit im Kleinkindalter häufiger mit dem Einkoten verbunden ist (Largo u.a. 1996; zit. nach von Gontard 2007, 495).

Weiters ist die Prävalenz der Enkopresis vom Alter abhängig. Es kann davon ausgegangen werden, dass im Alter von drei Jahren 97% aller Kinder eine stabile Stuhlkontinenz erreicht haben (Steinhausen 1996, 192). Die Rate der einkotenden Kinder sinkt von 4% im Alter von vier Jahren auf 1,5% bei den Sieben- bis Achtjährigen ab (Steinhausen 2000, 125). Wie bei der Enuresis kommt das Störungsbild der Enkopresis bei den Jungen häufiger vor, als bei den Mädchen mit einer Geschlechterverteilung von 2,3% zu 0,7% (Jungen zu Mädchen). Bei den Zehn- bis Zwölfjährigen koten rund 1,3% der Jungen und 0,3% der Mädchen ein. Zudem wird angeführt, dass die Enkopresis häufig mit der Enuresis auftritt,

allerdings tritt die Enkopresis vorwiegend während des Tages auf. (Remschmidt, Quaschner 2000, 129)

Obwohl diese Angaben in klinischer aber auch pädagogischer Literatur übereinstimmend genannt werden, sollten sie dennoch mit Vorsicht betrachtet werden. Denn laut Steinhausen (1985, 96) geben die mittels einer Befragung ermittelten Zahlen, „lediglich Minimalwerte wieder“, da die Enkopresis von den Betroffenen, infolge eines Schamgefühls, häufig verschwiegen und nicht angegeben wird.

2.4 Zur Entwicklung der anorektalen Kontinenz

Dieses Unterkapitel setzt sich genauer mit der Entwicklung der Darmkontrolle auseinander. Aufgrund dessen gerät in den folgenden Ausführungen der Aspekt der anorektalen Kontinenz in den Blick.

Die bewusste Wahrnehmung des Stuhldranges ist die Grundvoraussetzung für das Bedürfnis den Stuhlgang zu entleeren (Strunk 1994, 274). Ausgelöst wird der Stuhldrang, wenn Kotmassen in den Enddarm gelangen (Strunk 1994, 274). Dabei werden Dehnungsrezeptoren an der Darmwand und im Musculus puborectalis⁴ stimuliert (Krisch 1985, 20) und „deren Erregung führt, über die Bahnen des Rückenmarks ... zur Wahrnehmung des Stuhldranges“ (Krisch 1985, 20).

Der Stuhlgang kann bis zu einem gewissen Zeitpunkt durch ein vegetatives Steuerungssystem und durch willkürlich innervierte Muskeln zurückgehalten werden. Diese Fähigkeit ist jedoch von der Reifung abhängig. (Strunk 1994, 274)

Als Grundsatz gilt laut Poustka (2003, 290), dass „Kinder, die frei laufen können, mit dem Beginn eines Toilettentrainings zurechtkommen und im Alter von 1½ bis 2 Jahren, wenn ihnen die Bedeutung des Begriffs Toilette ... vertraut ist, ein regelmäßiges Toilettentraining sinnvoll ist und angewandt werden kann.“ Bei

⁴ Der Musculus puborectalis wird auch als Musculus levator ani bezeichnet (Pschyrembel 1998, 1054). „Die Muskeln beider Seiten bilden eine trichterförmige Platte, die den Beckenausgang verschließen hilft (Diaphragma pelvis); vorderste Muskelbündel beidseits (Levatorschenkel) lassen zwischen sich eine Lücke zum Durchtritt von Rektum, (Vagina), Harnröhre“ (Pschyrembel 1998, 1052).

Kindern, die Stiegensteigen können, ist eine sichere Regulierung der Ausscheidung möglich, da die entsprechenden neurologischen Systeme in ihrer Entwicklung ausgereift sind (Poustka 2003, 290). Laut Metzger (1961; zit. nach Krisch 1985, 68f) besagt ein Sprichwort: ‚Du kannst dein Kind nicht trocken kriegen, steigt es nicht auf und ab die Stiegen.‘ Wenn ein Kind den Test des Stiegensteigens besteht, ist sein Lumbalmark hinreichend entwickelt, um die Kontrolle über die Ausscheidungsvorgänge zu erlangen (Spiel 1980, Dolto 1982; zit. nach Krisch 1985, 69), wobei laut Krisch (1985, 68) die dafür notwendige Funktionstüchtigkeit der Rückenmarkstruktur einfach überprüft werden kann.

Enkopretiker, die ihre Fäzes ganz bewusst an unpassenden Stellen ablegen, wie beispielsweise in Wohnräume, sind eindeutig kontinent (Krisch 1985, 24). Pototzky (1925; zit. nach Krisch 1985, 24) und Asperger (1968; zit. nach Krisch 1985, 24) sprechen sogar davon, dass diese „in der Beherrschung ihrer Schließmuskeln ... eine wahre Meisterschaft entwickelt ... haben; denn manche von ihnen schaffen es mit spielerischer Leichtigkeit – so scheint’s zumindest –, ihre Fäzes jederzeit für eine anale Attacke bereit zu halten.“

Wenn das Symptom der Enkopresis nicht auf die Inkontinenz zurückgeführt werden kann, stellt sich an dieser Stelle die Frage, welche unbewusste Dynamik hinter diesem Symptom liegen könnte. Laut Strunk (1994, 274) weisen Enkopretiker sehr häufig schwere Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und Beeinträchtigungen der familiären Beziehungen auf. Weiters beschreiben Psychoanalytiker, dass diese Entwicklungsstörung einer psychosomatischen Erkrankung entspricht (Schmid-Boß 2005, 311), wobei anzumerken ist, dass psychosomatische Erkrankungen meist nur dann entstehen, wenn belastende Gefühle anderweitig nicht ausgedrückt werden können (Schrader 2007, 281). Folglich ist anzunehmen, dass Enkopretiker innere Konflikte und Gefühlsvorgänge in sich tragen, mit denen nicht bewusst umgegangen werden kann. Auffällig ist aber, dass in jüngerer Literatur bezüglich dieser Thematik psychodynamische Faktoren als mögliche Ursache für dieses Symptom – wenn überhaupt – eher beiläufig genannt werden. Insofern sollte die Ebene psychodynamischer Einflussfaktoren betreffend diese Erkrankung mehr Beachtung finden.

Nachdem im ersten und zweiten Kapitel eine Begriffsdefinition vorgenommen wurde, sowie allgemeine klinische Kriterien hinsichtlich der Enuresis und Enkopresis angeführt wurden, wird im folgenden Kapitel ein Exkurs zur Veränderung der Sauberkeitserziehung unternommen. In diesem Zusammenhang wird nicht nur auf die historische Entwicklung der Reinlichkeitsgewöhnung, sondern auch auf die Erziehung zur Sauberkeit näher eingegangen. Dieser Exkurs ist insofern wesentlich, da die Art und Weise der Sauberkeitserziehung tendenziell als ätiologisches Kriterium bei der Entstehung einer Enuresis und Enkopresis betrachtet wird.

3. Exkurs zur Veränderung der Sauberkeitserziehung

Nicht nur mögliche Fehler in der Erziehung, sondern auch die Art und Weise der Reinlichkeitsgewöhnung werden als ausschlaggebende Faktoren bei der Entstehung einer Enuresis und Enkopresis betrachtet (Rosenberger 1976, 49). Laut Rosenberger (1976, 49) werden erzieherische Vernachlässigungen, aber auch strenge und überfordernde Mittel zur Sauberkeitserziehung als Symptomauslöser veranschlagt.

Das heißt natürlich nicht, dass jedes Kind, welches eine rigide Sauberkeitserziehung erlebt hat, eine Enuresis und/oder Enkopresis entwickelt. Bzw. bedeutet dies nicht, dass jede Enuresis und/oder Enkopresis auf eine misslungene Sauberkeitserziehung zurückzuführen ist. Jedoch kann laut Haug-Schnabel (1994, 43) „zur Vorgeschichte einer Enuresis ..., das ist inzwischen zweifelsfrei bewiesen, die Sauberkeitserziehung gehören.“ Auch Wille (1984, 24) weist darauf hin, dass bei der Frage nach den Ursachen der Enkopresis die Art der Sauberkeitserziehung eine wesentliche Rolle spiele.

In diesem Kapitel wird die Sauberkeitserziehung als wichtiger Aspekt in der kindlichen Entwicklung herausgenommen und erläutert. Demzufolge wird die historische Veränderung der Sauberkeitserziehung, in einem Exkurs, nachgezeichnet. Um den Einstellungswandel bezüglich der Reinlichkeitsgewöhnung zu verdeutlichen, ist es notwendig, in eine Zeit zurückzublicken, in der die Enuresis und Enkopresis noch nicht als psychische Störungen diagnostiziert wurden.

Im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden das Einnässen und Einkoten des Kindes nicht als psychische Störungen bewertet, sondern tendenziell als beabsichtigtes Verhalten des Kindes interpretiert und mit harten Strafen beantwortet (Schmid-Boß 2005, 307). Zur Illustration dieses Gedankens möchte ich den Blick zunächst auf eine Erzählung von George Orwell richten, der in einem autobiographischen Bericht die Situation sehr anschaulich beschreibt, als er als Achtjähriger zwei Wochen nach der Aufnahme in ein Erziehungsheim wieder begonnen hat einzunässen und folge dessen gedemütigt und geschlagen wurde (Schmid-Boß 2005, 307).

Diesbezüglich schreibt George Orwell (1989; zit. nach Schmid-Boß 2005, 307):

„Damals aber sah man so etwas als ein widerliches Vergehen an, welches das Kind mit Absicht beging und wofür es nur eine Abhilfe gab: Schläge. ... Nacht für Nacht betete ich mit einer Inbrunst, die ich vorher in meinen Gebeten nie erreicht hatte: Bitte, lieber Gott, lass mich nicht ins Bett machen! Aber dies wirkte sich so gut wie gar nicht aus: In manchen Nächten passierte es, in anderen nicht. ... Diese Verzweiflung, dieses Gefühl grausamer Ungerechtigkeit, wenn ich allen meinen Gebeten und guten Vorsätzen zum Trotz wieder inmitten feuchtkalter Bettlaken aufwachte ... es ist ein Gefühl der verzweifelten Einsamkeit und Hilflosigkeit, des Eingeschlossenseins nicht nur in einer feindlichen Umwelt, sondern in einer Welt von Gut und Böse, in der die Regeln so waren, dass man sie tatsächlich nicht einhalten konnte.“

Nicht zuletzt trug die Arbeit von Psychoanalytikern wesentlich dazu bei, dass es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einem Einstellungswandel hinsichtlich der Sauberkeitserziehung und zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis kam. Zum einen wurde die sehr rigide und früh einsetzende Reinlichkeitsgewöhnung gelockert. Zum anderen haben Psychoanalytiker begonnen, sich vor allem mit dem Symptom der Enuresis auseinanderzusetzen und deklarierten sowohl die Enuresis wie die Enkopresis als Erkrankungen. (Schmid-Boß 2005, 307)

Bevor es jedoch möglich werden kann, näher auf die Geschichte der Sauberkeitserziehung einzugehen, sollte im Vorhinein der Begriff „Sauberkeitserziehung“ definiert werden.

Allgemein bedeutet Sauberkeitserziehung, dass Kinder mithilfe ihrer Eltern lernen, Blase und Mastdarm zu kontrollieren (Herbert 1999, 11). In diesem Zusammenhang

spricht Herbert (1999, 11) von einer „körperliche[n] Leistung.“ Denn es wurde bereits in den Kapiteln 1.4 und 2.4 darauf hingewiesen, dass erst ab einem bestimmten Alter, aufgrund physiologischer Entwicklung, die Fähigkeit zur Beherrschung der Ausscheidungsorgane erlangt werden kann. Abgesehen davon muss das Kind noch zusätzlich erlernen, wohin es Kot und Urin absetzen darf (Herbert 1999, 11), dabei handelt es sich laut Herbert (1999, 11) um eine „soziale Fertigkeit.“ Allgemein lässt sich festhalten, dass das Sauberwerden eine der wichtigsten sozialen Aufgaben für das Kleinkind ist (Herbert 1999, 11). Dollard und Miller (1950; zit. nach Herbert 1999, 11) haben diese bedeutende Aufgabe des Kleinkindes folgendermaßen formuliert:

„Innerhalb einer verhältnismäßig kurzen Zeitspanne muss das Kleinkind lernen, unter der Gefahr, die Wertschätzung seiner Mutter zu verlieren, ängstlich auf alle Hinweise zu achten, die mit seinen Exkrementen zusammenhängen, auf ihren Anblick, ihren Geruch, wie sie sich anfühlen..., Kot und Urin ausschließlich an einem vorgeschriebenen und geheimen Ort zu deponieren und sich anschließend zu säubern. Später muss es lernen, unnötige mündliche Äußerungen über diese Dinge zu unterdrücken.“

Aufgrund der zuvor beschriebenen Überlegungen lässt sich vermuten, dass das Kind zwei Schritte benötigt, um sauber zu werden. Erstens lernt das Kind, durch die körperliche Entwicklung die Ausscheidungsorgane willkürlich zu kontrollieren. Und zweitens bedarf es laut Stone und Church (1978; zit. nach Krisch 1985, 65) einer Erziehung, um sich ein „angemessenes Toilette[n]-Verhalten“ aneignen zu können.

Wie schon aus dem autobiographischen Bericht von George Orwell hervorgegangen ist, war im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Erziehung zur Reinlichkeit einerseits durch einen sehr frühen Beginn und andererseits durch strenge und rigide Methoden gekennzeichnet (Schmid-Boß 2005, 307). Noch 1946 weisen Koller und Willi (1946; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 43) darauf hin, dass die Erziehung zur Sauberkeit mit circa sechs Monaten beginnen sollte. Es sollte vor allem auf die Zeiten geachtet werden, wann das Kind Stuhl und Urin entleert, um es „abzuhalten“⁵.

⁵ Der Begriff „abhalten“ wird in der vorhandenen Literatur nicht genauer erklärt, es lässt sich jedoch aus dem Zusammenhang erschließen, was darunter verstanden werden könnte. Koller und Willi (1946; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 43), weisen darauf hin, dass Stuhl und Urin meist zur selben Tageszeit entleert wird. Diese Zeiten sollten von den Eltern abgepasst werden, um das Kind abzuhalten (Koller, Willi 1946; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 43). Hinsichtlich dessen bedeutet der Begriff „abhalten“, dass die Eltern das Kind zu bestimmten Tageszeiten auf den Topf setzen, um zu verhindern, dass das Kind in die Hose macht.

Mit ungefähr acht Monaten, wo das Kind frei sitzen kann, sollte man es auf den Topf setzen. Das Kind sollte jedoch nur solange am Topf sitzen, bis es sein „Geschäft“ verrichtet hat. Weiters sollte die Mutter ihr Kind zu bestimmten Tageszeiten auf den Topf setzen. Beispielsweise, wenn das Kind zu Bett geht, ein zweites Mal wenn die Mutter zu Bett geht und noch einmal während der Nacht oder am frühen Morgen. (Koller, Willi 1946; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 43)

Darüber hinaus weisen Koller und Willi (1946; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 43) darauf hin, dass wenn die Sauberkeitserziehung bzw. das „Abhalten“ zu spät beginnt, es zu großen Schwierigkeiten kommen kann. Koller und Willi (1946; zit. nach Haug-Schnabel 1994, 43) formulieren dies auf folgende Weise: „Wenn man zu spät mit dem Abhalten beginnt, so stellen sich große Schwierigkeiten ein. Die Säuglinge haben sich ans Nassliegen gewöhnt, das Abhalten will ihnen nicht in den Sinn, man kann sie noch so lange über das Töpfchen halten, sie lösen einfach keinen Urin, und kaum hat man sie ins Bettchen gelegt, so ist das Unglück schon passiert.“

An dieser Stelle stellt sich die Frage, inwiefern sich die heutige Sauberkeitserziehung, von der Reinlichkeitsgewöhnung damals unterscheidet.

Der Anreiz für diese Veränderungen wurde, wie bereits erwähnt, zum Teil von der psychoanalytischen Bewegung gesetzt. Bezüglich der kindlichen Entwicklung gewann die Freudsche Schule neue Erkenntnisse. Aufgrund dessen wurden unter anderem die Nachteile bzw. Konsequenzen einer zu frühen und rigiden Sauberkeitserziehung deutlich. (Huschka 1942, Ferenczi 1972; zit. nach Krisch 1985, 66)

Als ein weiterer Faktor für diesen Einstellungswandel bezüglich der Sauberkeitserziehung wird der „Rückgang aufwendiger Wickelmethoden, die viel Zeit für das Waschen, Trocknen und Zusammenlegen der Windeln und Kleidung in Anspruch nehmen“ genannt (Haug-Schnabel 1994, 44). Es wird angenommen, dass durch diese Erleichterung, der Druck auf das Kind, möglichst bald trocken zu werden, von Seiten der Eltern verringert wurde (Haug-Schnabel 1994, 44).

Generell wurde die Erziehung, insbesondere die Erziehung zur Reinlichkeit, im Vergleich zu damals liberalisiert. Einerseits beginnt heute die Mehrzahl der Eltern später mit der Reinlichkeitserziehung bzw. bittet gerade beim ersten Kind fachlich qualifizierte Personen um Ratschläge. Der erwartete Zeitpunkt für das Erreichen einer erfolgreichen Blasen- und Darmkontrolle liegt nicht mehr zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahr, sondern wurde auf das dritte bzw. vierte Lebensjahr verschoben. (Haug-Schnabel 1994, 43f)

Vermutlich deshalb wird nach gängigen Diagnoseschemata heute von einer Enuresis erst ab dem fünften Lebensjahr und von einer Enkopresis erst ab dem vierten Lebensjahr gesprochen (DSM-IV 1996, 145ff; ICD-10 2001, 311ff).

Andererseits hat sich auch die Erziehung zur Sauberkeit verändert. Damit ist gemeint, dass heute tendenziell weniger Zwang und Druck auf die Kinder von Seiten der Eltern ausgeübt werden. Erziehungsmethoden, wie beispielsweise stundenlang am Topf sitzen, eventuell auch noch angebunden, werden kaum mehr angewendet. Im Gegensatz zu damals wird heute den Kindern eher die Zeit gegeben, um mit dem Töpfchen oder der Toilette vertraut zu werden; bzw. erinnern die Eltern ihre Kinder auf die Toilette zu gehen. Weiters wird im Sommer häufig die Windel weggelassen, sodass das Kind die Möglichkeit hat, seine/ihre Ausscheidungsorgane zu beobachten und zu kontrollieren. Darüber hinaus wird nach den Erfahrungen vieler Eltern, der Weg zu einer erfolgreichen Blasen- und Darmkontrolle durch Nachahmung erreicht, indem die Kinder, ältere Geschwister, Freunde oder die Eltern bei ihren Toilettengewohnheiten beobachten. Zusammenfassend kann man sagen, dass heute davon ausgegangen wird, dass bei der Erziehung zur Sauberkeit vor allem ein geduldiges Vorgehen von Seiten der Eltern bis zum dritten bzw. vierten Lebensjahr notwendig ist. (Haug-Schnabel 1994, 43f)

Wie in diesem Kapitel bereits erwähnt wurde, kann der Aspekt der Sauberkeitserziehung bei der Entstehung einer Enuresis und/oder Enkopresis eine wesentliche Rolle einnehmen. Bevor jedoch näher darauf eingegangen wird, inwiefern psychoanalytisch-orientierte Autoren der Sauberkeitserziehung diesbezüglich Bedeutung beimessen, ist es im Vorhinein notwendig, das Forschungsdesign der vorliegenden Diplomarbeit vorzustellen. Dies erscheint mir

unerlässlich, da sich der Leser erst dann ein Bild davon machen kann, nach welchen Kriterien die Quellengrundlagen, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage notwendig sind, ausgewählt und bearbeitet wurden.

4. Forschungsmethodisches Vorgehen

In den folgenden Ausführungen wird das forschungsmethodische Vorgehen näher dargestellt. Dazu finden sich Angaben zur Auswahl der Quellen, Bemerkungen zum Umgang mit den behandelten Texten, sowie Darstellungen darüber, welcher forschungsmethodische Zugang zur Bearbeitung der Texte gewählt wurde. Der Forschungsprozess wurde in drei Teile gegliedert: die Recherchearbeit, die Auswahl der Literatur und die Analyse von relevanten Texten. Das nachfolgende Subkapitel beschäftigt sich zum einen mit der Darstellung der Schritte, die im Zuge der Recherche unternommen wurden und zum anderen mit der Frage, unter welchen Kriterien und Gesichtspunkten die Literatúrauswahl getroffen wurde.

4.1 Zur Literaturrecherche und zur Auswahl der untersuchten Publikationsorgane

Die Literaturrecherche wurde darauf abgestellt, den Verlauf des historischen Diskurses zum Thema Enuresis und Enkopresis chronologisch nachzuzeichnen. Insofern habe ich mit der Recherche bei den ersten psychoanalytischen Beiträgen zur Enuresis und Enkopresis, die um 1900 entstanden sind, begonnen und mich immer weiter in die Gegenwart vorgearbeitet. Durch dieses Vorgehen sollte verhindert werden, dass mögliche relevante Beiträge unberücksichtigt bleiben. Im Dienste einer übersichtlichen Darstellung bot es sich an, den Untersuchungszeitraum, der sich vom Beginn des 20. Jahrhunderts bis zur Gegenwart erstreckt, in mehrere Phasen zu strukturieren. Dabei schien es äußerst sinnvoll zu sein, sich über weite Strecken an der Phasengliederung nach Datler (2005, 23ff), welche im Werk „Bilden und Heilen“ skizziert wurde, zu orientieren. Datler (2005, 24) lässt die erste Phase der Psychoanalytischen Pädagogik mit dem Jahr 1900 beginnen, da sich hier die Anfänge der Psychoanalytischen Pädagogik ausmachen lassen. In dieser ersten Phase stößt man auf mehrere Personen, die sich als Mitglieder der ersten

psychoanalytischen Vereinigungen nicht nur mit klinisch-therapeutischen Fragestellungen, sondern auch mit Fragen der Psychoanalyse und Pädagogik auseinandersetzen (Datler 2005, 26). Des Weiteren wurde in dieser Phase psychoanalytisch orientiertes Arbeiten in pädagogischen Feldern, wie beispielsweise Schule, Erziehungsberatung, Sozialpädagogik, etc. als psychoanalytische Praxis begriffen (Datler 2005, 27). Demzufolge war die institutionalisierte Psychoanalyse besonders darum bemüht, Vertreter unterschiedlicher pädagogischer Berufsgruppen im Bereich der Psychoanalyse aus- und weiterzubilden (Datler 2005, 27). Richtet man seinen Blick in jene Zeit zurück, kann davon ausgegangen werden, dass es sich in dieser Phase um eine erste ‚Blütezeit Psychoanalytischer Pädagogik‘ (Füchtner 1979; zit. nach Datler 2005, 28) handelte.

Das Ende dieser ersten Phase setzt Datler (2005, 24) mit dem Jahr 1925, respektive 1938 an. Denn er (Datler 2005, 24) geht davon aus, dass die ‚Blütezeit‘ Psychoanalytischer Pädagogik bereits in den späten 20er Jahren ihr Ende fand, da sich laut Datler (2005, 24), schon lange vor der Vertreibung vieler Psychoanalytiker aus Österreich und Deutschland, medicozentristische Tendenzen innerhalb der Psychoanalyse abzeichneten.

Der psychoanalytische Diskurs zum Thema Enuresis und Enkopresis setzte zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein. Generell kam es im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts, vor allem durch die Arbeit von Psychoanalytikern, zu einer grundlegenden Wandlung des Verständnisses vom „schwierigen Kind“ (Göppel 1989, 7). Denn ab diesem Zeitpunkt setzte zusehends eine grundlegende Neubeurteilung kindlichen Problemverhaltens – so auch der Enuresis und Enkopresis – ein, die nicht zuletzt auch auf eine Veränderung der Sauberkeitserziehung abzielte. Von vielen Psychoanalytikern wird das kindliche Einnässen und Einkoten nicht mehr – wie davor – als beabsichtigtes Verhalten oder organische Störung, sondern vielmehr als psychosomatische Erkrankung verstanden, deren Entstehung in innerpsychischen Konflikten begründet liegt. (Schmid-Boß 2005, 307 und 311)

In der ersten Etappe der Recherchearbeit wurden die Schriften Freuds, die um 1900 erschienen sind, als älteste Quelle herangezogen. Darin sind wesentliche Beiträge und Krankengeschichten zur Enuresis und Enkopresis enthalten, beispielsweise in

den Werken „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905d), „Bruchstück einer Hysterie-Analyse“ (1905e), „Charakter und Analerotik“ (1908b), „Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik“ (1917c) oder „Der Untergang des Ödipuskomplexes“ (1924d). Aufgrund dessen kann davon ausgegangen werden, dass Freud wesentliche Impulse bezüglich dieser Thematik gesetzt und damit weitere Anregungen für spätere psychoanalytische Arbeiten geschaffen hat. In einem nächsten Schritt wurde Augenmerk auf die Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik, die zwischen 1926/27 und 1937 erschienen war, gelegt. Die Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik ist eines der wichtigsten Publikationsorgane in diesem Zeitraum. Folge dessen galt es Nachschau zu halten, ob und inwiefern in dieser eine Auseinandersetzung mit dem Thema Enuresis und Enkopresis stattgefunden hat. Diese Zeitschrift erschien in 11 Jahrgängen, wobei ich mich mit jedem dieser Bände separat auseinandersetzte. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass stellvertretend für die erste Phase der Psychoanalytischen Pädagogik größtenteils Publikationen von Freud und Beiträge aus der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik zur Enuresis und Enkopresis recherchiert und bearbeitet wurden.

Nach Datler (2005, 30) beginnt die zweite Phase der Psychoanalytischen Pädagogik, die er (Datler 2005, 30) als „die Phase der zunehmenden Medizinalisierung von Psychoanalyse“ bezeichnete, mit den Jahren 1925 bzw. 1938. Mit dem Aufkommen des Nationalsozialismus mussten die meisten deutschen und österreichischen Psychoanalytiker ihre Heimat verlassen (Datler 2005, 33). Folglich führte dies laut Füchtner (1979; zit. nach Datler 2005, 24) zum ‚Verschwinden Psychoanalytischer Pädagogik.‘ Darüber hinaus war es im amerikanischen Exil nur im Rahmen von Medizin möglich, Psychoanalyse auszuüben (Ekstein, Motto 1963; zit. nach Datler 2005, 24). Aufgrund dessen ist anzunehmen, dass im Bereich der Psychoanalytischen Pädagogik nur peripher geforscht wurde. Dessen ungeachtet wurde anhand von Online Katalogen diverser Bibliotheken versucht, einschlägige Publikationen zum Symptom der Enuresis und Enkopresis dieser Phase ausfindig zu machen. Es ließ sich jedoch vermuten, dass während des zweiten Weltkriegs nur einige wenige Autoren betreffend dieser Thematik publizierten. Obwohl sich laut Datler (2005, 25) „die Tendenz einer medicozentristischen Auslegung von Psychoanalyse bis heute ausmachen lässt“, geht die zweite Phase dennoch mit den späten 50er Jahren zu

Ende. Ab diesem Zeitpunkt kam es wieder zu einer intensiveren Beschäftigung mit nicht-klinischen Fragen Psychoanalytischer Pädagogik (Datler 2005, 25), wobei diese Ansätze jedoch eher vereinzelt und verstreut aufzufinden waren. Im deutschsprachigen Raum gilt als ein zentrales Publikationsorgan für die betreffende Zeitspanne, die erstmals 1947 erschienene Zeitschrift „Psyche“. Daher wurde in diesem Abschnitt der Recherche besonderes Augenmerk auf die Zeitschrift „Psyche“ gelegt. Bei diesem Publikationsorgan handelt es sich um eine sehr allgemeine klinische Zeitschrift, die offen ist „für alle Strömungen der Tiefenpsychologie“ (Homepage der Zeitschrift Psyche). Diese Zeitschrift wird bis heute publiziert, wobei bislang 64 Jahrgänge vorliegen, in denen in der Regel pro Jahr circa zwölf Hefte erschienen sind. Um wesentliche Beiträge von Autoren, die sich mit der Thematik der Enuresis und Enkopresis beschäftigten, zu erschließen war es notwendig sich mit jedem Jahrgang dieser Zeitschrift differenziert auseinanderzusetzen. Anschließend wurden wieder die Online Kataloge verschiedener Bibliotheken für die Recherchearbeit verwendet, um weitere wesentliche Publikationen und Beiträge zur Enuresis und Enkopresis in dieser Phase herauszufinden.

In historischen und problemgeschichtlichen Darstellungen wird oft der Eindruck vermittelt, dass die Auseinandersetzung mit „außerklinischen psychoanalytisch-pädagogischen Fragestellungen ... erst mit dem Aufkommen der 68er-Bewegung“ einsetzte (Trescher 1992, Füchtner 1993; zit. nach Datler 2005, 71). Dies ist jedoch nicht ganz korrekt, da sich bereits vor 1968 erste Nachkriegsaktivitäten von Psychoanalytikern, die sich um eine Verbindung von Psychoanalyse mit Schulpädagogik, Sozialpädagogik etc. bemühten, abzeichneten (Datler 2005, 71). Darüber hinaus kam es vor 1968, im Rahmen der institutionalisierten Pädagogik, zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit Psychoanalyse (Datler 2005, 72). Beispielsweise haben Erziehungswissenschaftler, die Zeitschriften oder Bücher herausgaben, begonnen Psychoanalytiker in pädagogische Diskussionen miteinzubeziehen (Datler 2005, 73), „indem sie ihnen die Möglichkeit gaben, sich in ... pädagogischen Publikationsorganen zu pädagogischen Fragestellungen zu äußern“ (Datler 2005, 73).

Folge dessen beginnt, laut Datler (2005, 70), die dritte Phase, „die Phase des schrittweisen Wiederaufblühens psychoanalytischer Pädagogik“, bereits mit den

Jahren 1950/1955. Allerdings war für das allmähliche Wiederaufleben Psychoanalytischer Pädagogik, auch die so genannte 68er-Bewegung bedeutsam. Vor allem die Diskussionen der 68er-Bewegung trugen wesentlich dazu bei, dass das Interesse an der Psychoanalytischen Pädagogik wieder zunahm. (Datler 2005, 74f)

Bei den Repräsentanten dieser Bewegung handelte es sich laut Füchtner (1993; zit. nach Datler 2005, 75) um ‚rebellierende Studenten und antiautoritär gesonnene Erzieher und Berufserzieher‘, die psychoanalytische Laien und keine fachlich qualifizierten Personen waren. Weiters suchten sie ‚nach wissenschaftlichen Bestätigungen für ihre Auffassungen‘ (Füchtner 1993; zit. nach Datler 2005, 75) und orientierten sich an einem ‚naiven Konzept der Triebbefreiung ... von dem sie sich ‚eine Befreiung von gesellschaftlichen Zwängen überhaupt‘ erhofften‘ (Füchtner 1993; zit. nach Datler 2005, 75). Aufgrund der zuvor beschriebenen Überlegungen ließ sich vermuten, dass auf wissenschaftlichem Niveau bezüglich der Thematik Enuresis und Enkopresis äußerst spärlich publiziert wurde. Nichtsdestotrotz wurde anhand von Online Katalogen der Universitätsbibliothek und der Nationalbibliothek versucht, einschlägige Literatur zur Enuresis und Enkopresis zu erschließen. Des Weiteren wurde für diese Phase wiederum die zuvor beschriebene Zeitschrift ‚Psyche‘ bearbeitet. Das Ende der dritten Phase wird mit den Eckdaten 1980/1985 markiert. Daraus ergibt sich der Beginn der vierten Phase, die als ‚Renaissance psychoanalytischer Pädagogik nach 1980‘ (Datler 2005, 77) bezeichnet wird und sich somit von den späten 80er Jahren bis zur Gegenwart erstreckt. Die Renaissance Psychoanalytischer Pädagogik zeichnete sich vor allem dadurch aus, dass fachlich qualifizierte Personen über psychoanalytisch-pädagogische Themenbereiche publizierten, dass Psychoanalytische Pädagogik zusehends institutionalisiert wurde. Beispielsweise wurden an manchen Universitäten psychoanalytisch-pädagogische Arbeitsschwerpunkte eingerichtet und mehrere psychoanalytisch-pädagogische Publikationsreihen gegründet, wie zum Beispiel das Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik. (Datler 2005, 78f)

In die Recherche, welche den Zeitraum von den späten 80er Jahren bis zur Gegenwart betrifft, wurden die Zeitschrift ‚Psyche‘, da diese bis heute publiziert wird, die Zeitschrift ‚Kinderanalyse‘, die erstmals 1992 herausgegeben wurde und das Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, welches erstmals 1989 erschienen ist,

miteinbezogen. Die Zeitschrift „Kinderanalyse“ ist ein Forum, in dem Psychoanalytiker „ihre Erfahrung aus der psychoanalytischen Einzelfallarbeit und die aus ihnen gezogenen klinischen und theoretischen Schlussfolgerungen“ darstellen können (Homepage der Zeitschrift Kinderanalyse). Darüber hinaus steht vorwiegend „das körperlich kranke Kind, das Kind von körperlich und psychisch kranken Eltern ... im Brennpunkt psychoanalytischer Überlegungen und Behandlungsansätze“ (Homepage der Zeitschrift Kinderanalyse). Das Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik dient nicht nur der „wissenschaftlichen Auseinandersetzung zwischen Pädagogik und Psychoanalyse“ (Homepage des Jahrbuchs für Psychoanalytische Pädagogik), sondern auch jeder Band ist einer bestimmten pädagogischen Thematik gewidmet (Homepage des Jahrbuchs für Psychoanalytische Pädagogik). Die Zeitschrift „Kinderanalyse“ und das „Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik“ wurden insofern Gegenstand der Recherchearbeit, als sich darin relevante Beiträge zur Enuresis und Enkopresis vermuten ließen.

Die nachstehende Tabelle soll nochmals verdeutlichen, wie die Phasen definiert und gegliedert wurden und welche Publikationsorgane exemplarisch für die einzelnen Phasen bearbeitet wurden.

Phasen	Zeitraum	Publikationsorgane
<i>Phase I:</i> Beginn und erste Blütezeit der Psychoanalytischen Pädagogik (Datler 2005, 26ff)	1900 – 1925/1938	Gesammelte Werke von Freud Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik (1926/27-1937)
<i>Phase II:</i> „Die Phase der zunehmenden Medizinalisierung von Psychoanalyse“ (Datler 2005, 30)	1925/1938 – 1950/1955	Zeitschrift „Psyche“ (erstmalig erschienen 1947) Recherche in Online Katalogen
<i>Phase III:</i> „Die Phase des schrittweisen Wiederaufblühens psychoanalytischer Pädagogik“ (Datler 2005, 70)	1950/1955 – 1980/1985	Zeitschrift „Psyche“ Recherche in Online Katalogen
<i>Phase IV:</i> „Die ‚Renaissance‘ psychoanalytischer Pädagogik nach 1980“ (Datler 2005, 77)	1985 – 2010	Zeitschrift „Psyche“, „Kinderanalyse“ (1992), Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik (1989) Recherche in Online Katalogen

Tabelle 5: Übersichtstabelle bezüglich der Rechercheeinteilung

Nachdem in den vorigen Absätzen näher erläutert wurde in welche Phasen der Untersuchungszeitraum unterteilt wurde, wird im nachfolgenden Kapitel darauf eingegangen, in welcher Weise die recherchierten Publikationen bearbeitet wurden.

4.2 Zum Vorgehen bei der Suche nach psychoanalytisch relevanten Texten und Textstellen zur Enuresis und Enkopresis

Wie bereits erwähnt erschien nicht nur die Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik in 11 Jahrgängen, sondern auch die Zeitschrift „Psyche“, die Zeitschrift „Kinderanalyse“ und das Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik in mehreren Bänden. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, sich mit jedem dieser Bände auseinanderzusetzen und wesentliche Beiträge von Autoren, die sich mit der Thematik der Enuresis und Enkopresis beschäftigten, ausfindig zu machen und zu bearbeiten.

War in den verfügbaren Jahrgängen dieser Publikationsorgane ein Inhaltsverzeichnis oder Sachregister vorzufinden, habe ich mich vorerst auf dieses konzentriert und nach Stichworten wie Einnässen, Nässen, Enuresis, Enkopresis, Einkoten, Kotschmieren, Blasenfunktion, Analerotik, Obstipation, Sauberkeitserziehung etc. gesucht. War einer dieser Begriffe im Sachregister oder Inhaltsverzeichnis angeführt, habe ich dazu auch eine Seitenangabe gefunden, somit konnte die entsprechende Textstelle aufgesucht werden, um zu klären, ob und inwiefern diese relevant für die zu bearbeitende Fragestellung war. Anschließend wurden Kopien von allen wesentlichen Artikeln angefertigt, um einen uneingeschränkten Zugang zu diesen Quellen sicherzustellen. In einem nächsten Schritt wurden die Online Kataloge der Universitätsbibliothek, sowie der Nationalbibliothek verwendet, um weitere Publikationen bezüglich dieser Thematik ausfindig zu machen. Um relevante Beiträge von Autoren zu erschließen, wurden zuerst wieder Stichworte, – wie Enuresis, Enkopresis, Einnässen, Nässen, Einkoten, Kotschmieren, Sauberkeitserziehung, Blasenfunktion etc. – in die Suchmaschine der Online Kataloge eingegeben. Dadurch wurde eine Sammlung an Quellenliteratur generiert, die in weiterer Folge einer Textbearbeitung unterzogen wurde.

Bevor auf die methodische Textbearbeitung näher eingegangen wird, werden zunächst einige allgemeine Bemerkungen zum Umgang mit den Texten geschildert.

4.3 Erste Ansätze zur Bearbeitung der aufgefundenen Textstellen und Texte mit Bezug zur Enuresis und Enkopresis aus psychoanalytischer Perspektive

Die Auseinandersetzung mit den Texten, die Durchsicht und das Studieren der Texte bildeten einen wesentlichen Teil meiner Arbeit. Markierungen, Vermerke und Notizen wurden in den Texten vorgenommen, um in weiterer Folge verschiedene Aspekte und Fragen bezüglich der Entstehung von Enuresis und Enkopresis herausarbeiten zu können. Indem das Material mehrmals bearbeitet bzw. studiert wurde, war es einerseits möglich, das Textverständnis zu erweitern, andererseits konnten zentrale Themen, Aspekte und Erklärungsmodelle detaillierter betrachtet werden, wobei mein Augenmerk insbesondere auf psychoanalytische Erklärungsmodelle und deren pädagogische Relevanz gelenkt wurde.

Hinsichtlich dessen lässt sich festhalten, dass anhand psychoanalytischer Literatur, Erklärungsmodelle, zur Frage der Entstehung von Enuresis und Enkopresis, identifiziert und nachgezeichnet wurden.

Im folgenden Absatz werden die wesentlichsten Regeln der Textinterpretation nach Danner (1998, 94ff), die im Rahmen der ersten Bearbeitung der Texte beachtet wurden, auszugsweise zusammengefasst.

In einem ersten Schritt wurden die gesamten Texte im Überblick durchgelesen und durchgearbeitet. Dabei war es in Anlehnung an Danner (1998, 94) nicht nur notwendig, sich über sein eigenes Vorverständnis und Vorwissen klar zu werden, sondern sich auch die zentrale Fragestellung, mit der an die Texte herangegangen wurde, immer wieder zu verdeutlichen.

Weiters wurde der „allgemeine Sinn des Textes“ (Danner 1998, 94), beispielsweise durch Überschriften, Inhaltsverzeichnisse und durch ein erstes überblicksmäßiges Durchlesen, identifiziert (Danner 1998, 94).

Anschließend wurde jeder Text „Satz für Satz, Ausdruck für Ausdruck“ (Danner 1998, 96) studiert, um mögliche Widersprüchlichkeiten zu erkennen und festzuhalten (Danner 1998, 96). Wurden im Rahmen der Textinterpretation bzw. -bearbeitung bestimmte Aspekte nicht sofort verstanden, war es wichtig, dass diese Unklarheit in Anlehnung an Danner (1998, 95) „zunächst zu Lasten des Nicht-Verstehens des Interpreten und nicht zu Lasten des Autors geht.“ Somit war es unumgänglich, „dass man ... etwas halb oder gar nicht Verstandenes zunächst stehen lässt, um seine Aufhellung von etwas anderem her zu versuchen“ (Danner 1998, 61). Aufgrund dessen waren regelmäßige Rückbezüge auf das gesamte Quellenmaterial, sowie auf Sekundärliteratur unerlässlich. Das wiederholte Bearbeiten und Untersuchen des Materials führte im Sinne des „hermeneutischen Zirkels“ (Danner 1998, 55) zu einem erweiterndem Vor- und Textverständnis (Danner 1998, 57). Denn der hermeneutische Zirkel meint ein „gegenseitige[s] Sicherhellen von Wort und Satz, Satz und Wort, Satz und Gesamttext, Gesamttext und Satz etc. Er ist ein Hin- und Herspielen“ (Danner 1998, 60). In einem weiteren Schritt sind einzelne Gedanken aus den Texten herausgestrichen worden, sowie war es hilfreich die Texte in einzelne

Kapitel zu untergliedern. Da eigens formulierte Zusammenfassungen Klarheit und Übersicht verschaffen, wurde abschließend eine stichwortartige Inhaltsangabe für jeden Text verfasst. (Danner 1998, 96)

Nachdem im Kapitel 4.3 allgemeine methodische Vorarbeiten, betreffend der Bearbeitung der Publikationen für die vorliegende Untersuchung, geschildert wurden, finden sich im nachstehenden Subkapitel noch einige zentrale weiterführende methodische Details zur Textbearbeitung.

4.4 Inhaltsanalytisches Vorgehen

Hinsichtlich der methodischen Bearbeitung der Texte schien es sinnvoll zu sein, sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zu orientieren, da diese eine geläufige Methode ist, Texte auf eine bestimmte Art und Weise zu bearbeiten. Die qualitative Inhaltsanalyse ist jedoch kein Standardinstrument, das immer gleich durchgeführt wird. Deshalb war es notwendig, das inhaltsanalytische Vorgehen an den Untersuchungsgegenstand anzupassen und auf die Forschungsfrage hin zu konstruieren. (Mayring 1997, 43)

Im Folgenden wird genauer dargestellt, wie das inhaltsanalytische Vorgehen umgesetzt wurde, bzw. durch welche methodischen Arbeitsschritte dieses gekennzeichnet ist. Dies ist wesentlich, da sich daran die methodische Bearbeitung der Texte der vorliegenden Untersuchung orientierte.

Da die qualitative Inhaltsanalyse eine „Auswertungsmethode“ (Mayring 1997, 46) ist, arbeitet sie mit „fertigem sprachlichen Material“ (Mayring 1997, 46), wobei beim inhaltsanalytischen Vorgehen das Material bzw. der zu behandelnde Text immer innerhalb seines Kontextes verstanden und interpretiert wird (Mayring 1997, 42). Zunächst wurde das Untersuchungsmaterial festgelegt, definiert und vorgestellt (siehe Kapitel 4.1, S. 49). In einem nächsten Schritt war eine spezifische Fragestellung (siehe Einleitung, S. 18) unerlässlich, da diese die zentrale Richtung der Inhaltsanalyse bestimmt. (Mayring 1997, 50)

In Anlehnung an Mayring (1997, 50) kann ein Text nicht ‚einfach so‘ interpretiert werden. Nach den eben dargestellten beiden Schritten war es daher erforderlich, Kategorien zu bilden. Das Kategoriensystem ist das wichtigste Instrument der Inhaltsanalyse (Mayring 1997, 43), wobei zwischen einer induktiven⁶ und einer deduktiven⁷ Kategorienbildung unterschieden werden muss (Mayring 1997, 74f).

Bevor jedoch auf die konkrete Kategorienbildung näher eingegangen wird, werden zunächst vier zentrale Schritte, die zur Auswertung der Literatur unternommen wurden und zur Kategorienzuordnung notwendig waren, vorgestellt.

Zentrale Schritte zur Auswertung der Literatur

Wie eben dargestellt, ist es in Anlehnung an Mayring (1997, 42) nicht möglich, das Material außerhalb seines Kontextes zu verstehen. Folglich mussten die Textstellen, bevor sie den Kategorien zugeordnet wurden, kontextuell verortet werden. Daher war es in einem ersten Schritt erforderlich aufzuzeigen, in welchem inhaltlichen Kontext auf die Enuresis und/oder Enkopresis in den Publikationsorganen hingewiesen wurde.

1. *Kurze Charakterisierung des Kontextes, in dem der Autor auf die Enuresis und/oder Enkopresis verweist*

Ziel war es nicht nur, den thematisch inhaltlichen Kontext, in dem auf die Enuresis und/oder Enkopresis verwiesen wird, zusammenfassend darzustellen, sondern auch einen Überblick über das Untersuchungsmaterial zu bekommen. Um den quantitativen Umfang dieser Textpassagen aufzuzeigen, war es deshalb in weiterer Folge notwendig, die aufgefundenen Arten der Texte und Textstellen in drei Kategorien zu untergliedern:

⁶ Die induktive Kategorienbildung „leitet die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen“ (Mayring 1997, 75).

⁷ Im Gegensatz dazu werden in Anlehnung an Mayring (1997, 74f) die Kategorien, im Rahmen der deduktiven Kategorienbildung aus „Voruntersuchungen, aus dem bisherigen Forschungsstand, aus neu entwickelten Theorien oder Theorienkonzepten ... in einem Operationalisierungsprozess auf das Material hin entwickelt.“

„*Kategorie A.1.*“ wurden Zeitschriften und Monographien zugeordnet, die sich zur Gänze der Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Perspektive widmen.

„*Kategorie A.2.*“ wurden Artikel oder Beiträge in Sammelwerken und Zeitschriften beigeordnet, die sich wiederum zur Gänze mit der Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Sicht auseinandersetzen.

„*Kategorie A.3.*“ fasste indessen solche Artikel, Texte und Beiträge, in denen neben anderen Inhalten auch Bezug zur Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Sicht genommen wird.

Zunächst wurde der Kontext und quantitative Umfang der Texte und Textstellen ausgeleuchtet, um in weiterer Folge, herauszuarbeiten, ob den vorhandenen Texten und Textstellen zum Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis ein psychoanalytisches Erklärungsmodell zugrunde liegt. Diesbezüglich wird im Folgenden auf den Begriff „psychoanalytisches Erklärungsmodell“ näher eingegangen.

In der vorliegenden Arbeit werden unter dem Begriff „psychoanalytisches Erklärungsmodell“ Texte und Textstellen verstanden, in denen ein Autor, Aussagen dazu trifft, welche Faktoren, im Sinne von Ursachen, dazu beitragen können, dass das Symptom der Enuresis und Enkopresis im Kindesalter auftritt. Im Unterschied zu anderen Modellen zeichnen sich psychoanalytische Erklärungsmodelle dadurch aus, dass sie sich im Wesentlichen auf psychoanalytische Theorien, Annahmen und Kernbegriffe – wie etwa die Theorie des Ödipus- oder Kastrationskomplexes – stützen.

In einem ersten Arbeitsschritt wurden – wie bereits erwähnt – der Kontext und die Publikationsform dargestellt, somit wurde in einem zweiten Schritt folgende zentrale Fragestellung an die Texte und Textstellen herangetragen:

2. *Welche Erklärungsmodelle werden in den untersuchten Texten und Textstellen bezüglich der Entstehung von Enuresis und Enkopresis von Psychoanalytikern und psychoanalytisch orientierten Pädagogen postuliert?*

Diesbezüglich war es notwendig, herauszufinden, worauf aus psychoanalytischer Sicht die Entstehung des Symptoms der Enuresis und Enkopresis zurückgeführt werden kann. Ziel war es nicht nur, Modelle zu sammeln, in denen Autoren explizit psychoanalytische Erklärungsmodelle bezüglich dieser beiden Symptome in dem Untersuchungsmaterial vorstellen, sondern aus den untersuchten Texten und Textstellen auch jene psychoanalytischen Modelle herauszuarbeiten, in denen – beispielsweise anhand von Falldarstellungen – implizite Erklärungsmodelle vertreten werden oder zugrunde liegen.

Nachdem psychoanalytische Erklärungsmodelle in den untersuchten Texten und Textstellen erschlossen wurden, war es in einem dritten Schritt notwendig, um die zentrale Forschungsfrage beantworten zu können, die Texte und Textstellen einer Kategorie zuzuordnen. Deshalb wird im folgenden Abschnitt der Arbeit kurz dargestellt, nach welchen Gesichtspunkten die Kategorienzuteilung erfolgte.

3. *Die Zuordnung zu einer Kategorie*

Anschließend an den eben referierten Gedanken werden im Folgenden zunächst unterschiedliche Kategorien gebildet, wobei es sich für die vorliegende Untersuchung empfohlen hat, die Kategorien auf deduktivem Wege abzuleiten. Da die bisherige Forschung eine breite Palette an Modellen bezüglich dieser beiden Symptome bereits in den Blick gebracht hat, ist es nicht Sinn und Zweck, diese Literatur zu übergehen, sondern sie für die deduktive Kategorienbildung zu nutzen. Denn die deduktive Kategorienbildung bestimmt „das Auswertungsinstrument durch theoretische Überlegungen. Aus Voruntersuchungen, aus dem bisherigen Forschungsstand ... werden die Kategorien ... entwickelt“ (Mayring 1997, 74f). Für die deduktive Kategorienbildung boten sich besonders zwei aktuelle Publikationen an, da diese einen guten Überblick über psychoanalytische Theorien zum Symptom der Enuresis und Enkopresis liefern. Erstens die Zeitschrift *„Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und*

Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Enuresis und Enkopresis“ (2005), die ein eigenes Themenheft (Heft 127) den Symptomen der Enuresis und Enkopresis gewidmet hat und zweitens das Werk *„Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie“* (2001) von Heinemann und Hopf.

In Anlehnung an diese Übersichtsarbeiten wurden die Kategorien auf deduktivem Wege abgeleitet. Dennoch könnte es möglich sein, dass sich im Rahmen der Zuordnung zu einer Kategorie, Schwierigkeiten ergeben, indem eine Textstelle oder ein Text nicht eindeutig zu einer Kategorie zugeordnet werden kann. War dies der Fall, so mussten die deduktiv formulierten Kategorien auf induktivem Wege erweitert, modifiziert oder neu gebildet werden.

In intensiver Auseinandersetzung mit den beiden erwähnten Publikationsorganen haben sich folgende Kategorien für die methodische Bearbeitung des Materials als sinnvoll herausgestellt, wobei die, im nachstehenden Abschnitt der Arbeit angeführten Kategorien, im Sinne von ersten psychoanalytischen Erklärungsmodellen zum Symptom der Enuresis und Enkopresis verstanden werden können.

Zur Bestimmung potentiell repräsentativer Kategorien

Im Folgenden wird zunächst jede Kategorie benannt. Anschließend wird anhand eines Ankerbeispiels jeweils die Kategorie illustriert. Bei den Ankerbeispielen wird auf Positionen zurückgegriffen, die in den zuvor genannten Übersichtsarbeiten⁸ Darstellung fanden.

Kategorien von psychoanalytischen Entstehungsmodellen zum Symptom der Enuresis

Kategorie B.1. „Enuresis als Ausdruck und Folge der infantilen Onanie“

Dieser Kategorie wurden jene Textstellen zugeschlagen, in denen Autoren, das Symptom der Enuresis darauf zurückführen, dass dem Akt des Urinierens sexuelle

⁸ Die Zeitschrift „Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Enuresis und Enkopresis“ (2005) (Heft 127) und zweitens das Werk „Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie“ (2001) von Heinemann und Hopf.

Bedeutung beigemessen wird. Um diese Kategorie zu verdeutlichen, könnte – im Sinne eines Ankerbeispiels – die Position von Schmid-Boß und die Position von Heinemann und Hopf genannt werden. Schmid-Boß (2005, 330) vertritt die These, dass das Symptom der Enuresis ein Ausdruck der „Sexualisierung des Urinierens“ sein kann. Heinemann und Hopf (2001, 203) berufen sich in ihrem Werk auf Calef u.a. (1980), die im Urinstrahl bzw. im Ablassen des Urinstrahls eine Ersatzbefriedigung für Masturbation sehen.

Kategorie B.2. „Enuresis als Ausdruck und Folge des urethralen Sadismus“

In Kategorie B.2. fielen Belegstellen, in denen Autoren die Einschätzung vertreten, dass das Symptom der Enuresis aufgrund von sadistischen Impulsen entstehen könnte. Dieser Kategorie entspricht etwa Kleins (1932; zit. nach Schmid-Boß 2005, 319) Auffassung, die dem Urin eine „aggressive und destruktive Bedeutung“ beimisst, die auf ein Objekt, beispielsweise die Mutter, gerichtet sein kann; da die Mutter vom Kind nicht immer nur als gutes Objekt, sondern auch als böses Objekt wahrgenommen wird (Laplanche, Pontalis 1973, 344).

Kategorie B.3. „Enuresis als Ausdruck und Folge des Kastrationskomplexes“

Der Kategorie B.3. wurden jene Ansätze zugeordnet, in denen Autoren die These vertreten, dass das Symptom der Enuresis auf den Kastrationskomplex zurückgeführt werden könnte. Diesbezüglich verweist etwa Schmid-Boß (2005, 329) auf Berezin (1954) und Katan (1946), die eine enge Verbindung zwischen der unklaren Geschlechtsidentität und der Kastrationsangst sehen. Enuretiker leiden unter der massiven Angst, dass die Genitale beschädigt werden könnten (Katan 1946, Berezin 1954; zit. nach Schmid-Boß 2005, 329) oder, dass Teile des Körpers verloren gehen könnten (Calef u.a. 1980; zit. nach Schmid-Boß 2005, 329).

Kategorie B.4. „Enuresis als Ausdruck und Folge des Penisneid“

Die Kategorie B.4. fasste Einträge, in denen Autoren die Enuresis als Ausdruck des Penisneids auffassen. Im Sinne eines Ankerbeispiels könnte die Position Doltos (1973; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 202) genannt werden, nach der sich beim Mädchen in der Erkrankung der Enuresis die Weigerung ausdrückt, die Penislosigkeit hinzunehmen. Folglich dient der Harnstrahl aus dieser Perspektive

auch als Rache gegen die phallische Mutter (Dolto 1973; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 202).

Kategorie B.5. „Enuresis als Ausdruck und Folge von regressivem Verhalten“

Der Kategorie B.5. wurden jene Textstellen zugeschlagen, in denen Autoren die Enuresis als Regressionssymptom begreifen. Aufgrund dessen könnte man dieser Kategorie die Überlegungen von Heinemann und Hopf (2001, 204) zuordnen, die die Enuresis auf stark emotional erlebte Ereignisse oder gravierende Veränderungen in der Familie, wie zum Beispiel die Scheidung der Eltern oder die Geburt eines Geschwisterchens, zurückführen, wobei das enuretische Verhalten in diesem Zusammenhang als regressives Verhalten wahrgenommen wird. Als ein weiteres Ankerbeispiel für diese Kategorie könnte die Position Katans (1946; zit. nach Schmid-Boß 2005, 326) genannt werden, die bei den Regredierten der „Wärme des Urins“ die Bedeutung beimisst, „als Kind an die Brust der Mutter gekuschelt zu sein.“

Kategorie B.6. „Enuresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens“

In diese Kategorie fielen Belegstellen, in denen aus Sicht der Autoren, das Kind das Symptom der Enuresis aufgrund eines bestimmten mütterlichen Verhaltens entwickelt. Als Ankerbeispiel könnte man dieser Kategorie die Passagen zuordnen, in denen Schmid-Boß (2005, 322f) auf Kemper (1978) verweist, der das Verhalten der Mütter gegenüber dem Kind für die Erkrankung verantwortlich macht. Vermutlich beeinflussen gravierende Fehler in der Erziehung, mangelnde Empathie oder fehlendes Verständnis der Mütter, das Kind in negativer Weise und führen zu einer pathologischen Entwicklung.

Kategorie B.7. „Enuresis als Ausdruck und Folge der Reinlichkeitserziehung“

Die Kategorie B.7. fasste Textpassagen, in denen die Autoren das Symptom der Enuresis auf fehlerhafte oder falsche Reinlichkeitserziehung zurückführen. So könnte dieser Kategorie etwa Kempers Position (1978; zit. nach Schmid-Boß 2005, 323) zugeordnet werden, wenn er schreibt: ‚Nur einer geliebten Mutter zuliebe, mit der es in ungestört guter Beziehung lebt, ist das Kind fähig, einen Verzicht zu leisten [sauber zu werden; Anm.d.Verf.].‘

Kategorie B.8. „Enuresis als Ausdruck und Folge einer nicht gelungenen Autonomieentwicklung und Loslösung von der primären Bezugsperson“

In diese Kategorie fielen Belegstellen, in denen Autoren die Enuresis auf eine intensive Mutter-Kind-Beziehung ohne Vater zurückführen. Dieser Kategorie entspricht etwa Kempers (1978; zit. nach Schmid-Boß 2005, 323 und 330) Annahme, der vor allem den fehlenden Vater, das so genannte dritte Objekt, für die misslungene Separierung des Kindes von der Mutter verantwortlich macht. Infolgedessen bleibt laut Kemper (1978; zit. nach Schmid-Boß 2005, 330) eine „verclinchte Beziehung zwischen Mutter und Kind“ bestehen. Darüber hinaus könnte in diese Kategorie die Überlegung von Haar (1986; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 201) fallen, der das einnässende Kind häufig als „Nesthäkchen“ in der Familie beschreibt, das von der Mutter als Partnerersatz betrachtet wird.

Kategorie B.9. „Enuresis als Ausdruck und Folge der Ich-Spaltung“

Die Kategorie B.9. fasste indessen solche Einträge, in denen Autoren das Symptom der Enuresis als Ausdruck der Ich-Spaltung begreifen. Bevor ein Ankerbeispiel für diese Kategorie genannt wird, ist es zum Zwecke des besseren Verständnisses zunächst unerlässlich, auf wesentliche Aspekte der Ich-Spaltung näher einzugehen. Die „Ich-Spaltung“ ist eine Form der „Koexistenz zweier psychischer Haltungen im Innern des Ichs gegenüber der äußeren Realität“ (Laplanche, Pontalis 1973, 207), wobei beide Haltungen gleichzeitig bestehen und es zu keiner Kompromissbildung kommt (Laplanche, Pontalis 1973, 207). „Die eine bejaht die Realität, die andere stellt die Realität in Frage und setzt eine Wunschproduktion an deren Stelle“ (Laplanche, Pontalis 1973, 207). Eine zentrale Rolle spielt die Ich-Spaltung beim Fetischismus (Laplanche, Pontalis 1973, 207); denn „im Fetischismus ist es die ‚Realität‘ der Kastration, in der Freud die Koexistenz von zwei sich widersprechenden Einstellungen im Innern des Ich wieder findet“ (Laplanche, Pontalis 1973, 209). Zum einen verneinen Fetischisten die Tatsache, dass das weibliche Genital keinen Penis besitzt (Laplanche, Pontalis 1973, 209), wobei sich diese Verleugnung in „der Schaffung des Fetischs, Ersatz des Penis der Frau“ (Laplanche, Pontalis 1973, 209), zeigt, und zum anderen ist ihnen der Penismangel der Frau bewusst (Laplanche, Pontalis 1973, 209). Aufgrund der eben geschilderten Überlegungen könnten in diese Kategorie im Sinne eines Ankerbeispiels die Positionen von Calef u.a. (1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203) fallen, die

die zentrale Dynamik der Enuresis in der Ich-Spaltung sehen. Calef u.a. (1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203) vertreten die Überlegung, dass Enuretiker häufig unter Kastrationsängsten leiden, wobei dahinter das Gewährwerden der Geschlechtsdifferenz von Mann und Frau steht. Aus dieser Perspektive ist das Urinieren für den Enuretiker eine fetischistische Erfahrung, wobei der Urinstrahl das fetischistische Objekt an sich darstellt (Calef u.a. 1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203).

Somit bestehen – wie zuvor genannt – zwei Haltungen im Inneren des Ichs, die eine, die die Realität bejaht (Laplanche, Pontalis 1973, 207). Bezogen auf das Symptom der Enuresis könnte man sagen, dass beispielsweise das Mädchen, nach außen hin akzeptiert, keinen Penis, wie der Junge zu besitzen. Und die andere Haltung, die „die Realität in Frage [stellt] und ... eine Wunschproduktion an deren Stelle“ setzt (Laplanche, Pontalis 1973, 207). Die Verleugnung des Mädchens, keinen Penis zu besitzen, „äußert sich in der Schaffung des Fetischs“ (Laplanche, Pontalis 1973, 209), wobei – wie schon erwähnt – der Urinstrahl das fetischistische Objekt darstellt (Calef u.a. 1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203) und möglicherweise den Penis symbolisieren könnte.

Nachdem die auf deduktivem Wege gebildeten Kategorien zum Symptom der Enuresis dargestellt wurden, finden sich im folgenden Teil der Arbeit die Kategorien zum Symptom der Enkopresis, wobei – wie zuvor schon erwähnt – zunächst jede Kategorie benannt und im Anschluss daran ein Ankerbeispiel für die jeweilige Kategorie angeführt wird.

Kategorien von psychoanalytischen Entstehungsmodellen zum Symptom der Enkopresis

Kategorie C.1. „Enkopresis als Ausdruck und Folge der infantilen Onanie“

Dieser Kategorie wurden jene Textstellen zugeschlagen, in denen Autoren das Symptom der Enkopresis darauf zurückführen, dass Enkopretiker den Akt des Einkotens als autoerotisch masturbatorischen Akt erleben. So könnte dieser Kategorie ein Beispiel von Aruffo, Ibarra und Strupp (2000; zit. nach Schmid-Boß

2005, 342) zugeordnet werden, die die These vertreten, dass das Einkoten für viele Kinder ein „lustvolles Onanieerlebnis“ darstellt.

Kategorie C.2. „Enkopresis als Ausdruck und Folge des Kastrationskomplexes“

In diese Kategorie fielen jene Textstellen, in denen das Symptom der Enkopresis auf Kastrationsängste zurückgeführt wird. Als Ankerbeispiel könnte man dieser Kategorie die Passagen zuordnen, in denen Schmid-Boß (2005, 342) Binéts (1979) Position aufgreift. Binét (1979; zit. nach Schmid-Boß 2005, 342) sieht die Verlustangst, „die sich im frühesten Stadium auf den Verlust der Brust, dann auf ... [den] Verlust des Objekts und schließlich als Kastrationsangst auf den Verlust eines Teils des Körpers bezieht, als zentral für die Erkrankung an.“ Im Sinne des besseren Verständnisses muss ein zentraler Aspekt des Kastrationskomplexes genannt werden. Der Kastrationskomplex des Kindes äußert sich in Verlustängsten, wie zum Beispiel in der Angst, dass Körperteile verloren gehen könnten (Calef u.a. 1980; zit. nach Schmid-Boß 2005, 329). Indem das Kind den Geschlechtsunterschied zwischen Mann und Frau wahrnimmt, wird der Penis „als etwas vom Körper Ablösbares erkannt und tritt in Analogie zum Kot [Penis = Fäzes; Anm.d.Verf.], welcher das erste Stück Leiblichkeit war, auf das man verzichten musste“ (Freud 1917c, 409). Da das Kind den Kot als einen Teil des eigenen Körpers wahrnimmt (Heimann 1962; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337).

Kategorie C.3. „Enkopresis als Ausdruck und Folge von aggressivem Verhalten“

Der Kategorie C.3. wurden jene Belegstellen zugeordnet, in denen Autoren dem Akt des Einkotens aggressive Aspekte beimessen. Um diese Kategorie zu verdeutlichen könnte im Sinne eines Ankerbeispiels die Position Krischs (1985; zit. nach Schmid-Boß 2005, 338) genannt werden, der das Einkoten als eine Rebellion gegen die Bezugsperson, vermutlich gegen erzieherische Handlungen oder Anforderungen der primären Bezugsperson, versteht.

Kategorie C.4. „Enkopresis als Ausdruck und Folge von Koprophilie“

Die Kategorie C.4. fasste Einträge, in denen Autoren das Symptom der Enkopresis auf die Koprophilie zurückführen. Dieser Kategorie entsprechen etwa die Auffassungen von Anna Freud (1971; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337) und Fenichel (1974-1980; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337), die beschreiben, dass das Kind, neben

der Lust der Exkretion, auch Wohlgefallen und Freude am Kot als Produkt findet. Das Kind würde deshalb eine besondere Neigung dafür entwickeln, seine Exkreme zu berühren, zu betrachten und mit ihnen zu spielen (Freud 1971, Fenichel 1974-1980; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337).

Kategorie C.5. „Enkopresis als Ausdruck und Folge einer Verlustproblematik“

Dieser Kategorie wurden hingegen jene Textstellen zugeordnet, in denen Autoren das enkopretische Verhalten als Angst vor Verlusten begreifen. Somit fiel in diese Kategorie die Position Krischs (1985; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337f), der die Verlustangst des Kindes auf Trennungserlebnisse, beispielsweise der Tod eines Elternteils oder die Scheidung der Eltern, zurückführt. Das Kind symbolisiert laut Schmid-Boß (2005, 338) durch die „Abtrennung des Kots“ die Verlustproblematik.

Kategorie C.6. „Enkopresis als Ausdruck und Folge einer nicht gelungenen Autonomieentwicklung“

Der Kategorie C.6. wurden jene Beiträge zugeschlagen, in denen Autoren das Symptom der Enkopresis als nicht gelungene Autonomieentwicklung auffassen. Ein Ankerbeispiel dazu liefert Schmid-Boß (2005, 344), die einerseits dem fehlenden Vater, der für die Individuation des Kindes von der Mutter notwendig wäre, eine zentrale Rolle zuschreibt, andererseits dem Misslingen der Selbstregulation der Ausscheidungsorgane besondere Bedeutung beimisst.

Kategorie C.7. „Enkopresis als Ausdruck und Folge der Reinlichkeitserziehung“

In Kategorie C.7. wurden Textpassagen eingeordnet, in denen Autoren die Art und Weise der Reinlichkeitserziehung für die Entstehung des Symptoms der Enkopresis verantwortlich machen. Als Ankerbeispiel für diese Kategorie könnte auf die Überlegung von Schmid-Boß (2005, 343) verwiesen werden, die vor allem für die Entstehung des Symptoms der Enkopresis „die geringe Empathie der Mutter für psychische Prozesse bei der Sauberkeitserziehung“ des Kindes verantwortlich macht.

Kategorie C.8. „Enkopresis als Ausdruck und Folge der Ich-Störung“

Unter diese Kategorie fielen Textstellen, in denen Autoren die Einschätzung vertreten, dass die Enkopresis aufgrund einer „Ich-Störung, eine[r] Störung der Ich-Abgrenzung und der Selbstregulierungsfunktion“ entwickelt wird (Binét 1979; zit.

nach Schmid-Boß 2005, 341). Dieser Kategorie könnte die Position von Binét (1979; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 213) zugeordnet werden, die das Symptom der Enkopresis auf einen zu früh einsetzenden äußeren Zwang zurückführt, wodurch die Entwicklung der Selbstkontrolle verhindert wird. Ein Beispiel dafür wäre eine zu früh einsetzende Reinlichkeitserziehung. Dem enkopretischen Kind gelingt es nicht, ‚die von außen kommende Einschränkung seinem Ich zu integrieren‘ (Binét 1979; zit. nach Schmid-Boß 2005, 341). Stuhlinkontinente Kinder haben aufgegeben gegen diesen äußeren Zwang zu kämpfen (Binét 1979; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 212f), somit erweist sich die Enkopresis laut Binét (1979; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 213) als ‚Symptom eines Sich-selbst-Aufgebens.‘

Nachdem die auf deduktivem Wege erschlossenen Kategorien zur Enuresis und Enkopresis dargestellt wurden, wird nun in einem vierten Schritt näher auf den Aspekt der pädagogischen Konsequenzen eingegangen. Folglich lautet die vierte Fragestellung, die an das Material herangetragen wurde:

4. *Welche Konsequenzen leitet der Autor von den Erklärungsmodellen für das Gestalten pädagogischer Praxis ab?*

Hinsichtlich dessen, war es notwendig zu klären, ob und wenn ja, welche expliziten Empfehlungen Autoren zum pädagogischen Umgang mit den Symptomen der Enuresis und Enkopresis äußern.

Im fünften Kapitel werden ausgehend von psychoanalytischen Publikationen, anhand des zuvor geschilderten forschungsmethodischen Vorgehens, zentrale Grundannahmen der jeweiligen Erklärungsansätze herausgearbeitet und bestimmten Kategorien zugeordnet.

5. Inhaltsanalytische Bearbeitung der ausgewählten Texte

– Zur Identifikation psychoanalytischer Erklärungsmodelle zur Entstehung der Symptome Enuresis und Enkopresis

Im folgenden Teil der Arbeit wurde das Analysematerial, welches in Tabelle 5 (siehe S. 55) dargestellt wurde, nach der Chronologie seines Erscheinens bearbeitet, wobei nicht nur jedem Publikationsorgan, sondern auch jedem Text, welcher in den entsprechenden Bänden aufgefunden wurde, ein eigenes Unterkapitel⁹ gewidmet ist. Wie in Kapitel 4 bereits dargestellt, wurde in einem ersten Schritt der inhaltliche Kontext beleuchtet, in einem zweiten Schritt erläutert, welche Erklärungsmodelle Psychoanalytiker in den untersuchten Werken und Textstellen bezüglich der Entstehung von Enuresis und Enkopresis postulieren. Daraus folgend wurden die aufgefundenen relevanten Texte und Textstellen einer Kategorie zugeordnet. In einem vierten und letzten Schritt wurde geklärt, ob die Autoren auf pädagogische Konsequenzen verweisen. Im folgenden Unterkapitel werden die Gesammelten Werke (Bd.I-Bd.XVII) Sigmund Freuds, anhand des im Kapitel 4 geschilderten forschungsmethodischen Vorgehens, nach Chronologie ihres Erscheinens behandelt.

5.1 Gesammelte Werke – Sigmund Freud

5.1.1 Gesammelte Werke Band I

Im Band I der Gesammelten Werke Freuds wurden nach eingehender Recherche drei Texte ausfindig gemacht, in denen neben anderen wesentlichen psychoanalytischen Aspekten, auf die Symptome der Enuresis und Enkopresis verwiesen ist. Gegenstand der folgenden Subkapitel ist die Auseinandersetzung mit diesen drei aufgefundenen Texten bzw. Textstellen.

⁹ Der Titel des jeweiligen Unterkapitels trägt immer die Überschrift des entsprechenden Jahrgangs oder Textes.

5.1.1.1 Die Abwehr-Neuropsychosen. Versuch einer psychologischen Theorie der akquirierten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser halluzinatorischer Psychosen (Freud 1894a)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, versucht Freud (1894a, 59ff) Symptome von neurotisch kranken Personen zu erklären bzw. differenziert zu verstehen. Vor allem widmet er (Freud 1894a, 59ff) sich einer Patientengruppe, die mit Phobien und Zwangsvorstellungen behaftet sind. In diesem Zusammenhang wird ein Fallbeispiel erwähnt, in dem ein Mädchen an der Angst leidet, von einem Harndrang überfallen zu werden, und einzunässen, wenn keine Toilette in ihrer Nähe ist (Freud 1894a, 69f). Im Folgenden wird auf dieses Fallbeispiel näher eingegangen und erläutert, welches psychoanalytische Erklärungsmodell diesem zu Grunde liegen könnte.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Freud (1894a, 70) beschreibt die Situation, in welcher der Harndrang des Mädchens erstmals auftritt, wie folgt:

„In dem Konzertsale hatte ein Herr nicht weit von ihr Platz genommen, der ihrem Empfinden nicht gleichgültig war. Sie begann an ihn zu denken und sich auszumalen, wie sie als seine Frau neben ihm sitzen würde. In dieser erotischen Träumerei bekam sie jene körperliche Empfindung, die man mit der Erektion des Mannes vergleichen muss, und die bei ihr ... mit einem leichten Harndrang abschloss. ... Sie war im Leben so prüde, dass sie sich vor allem Sexuellen intensiv grauste, und den Gedanken, je zu heiraten, nicht fassen konnte; andererseits war sie sexuell so hyperästhetisch, dass bei jeder erotischen Träumerei, die sie sich gerne gestattete, jene wollüstige Empfindung auftrat. Der Harndrang hatte die Erektion jedes Mal begleitet.“

Aufgrund des Gedankens, den Freud hier äußert, wurde diese Textstelle der Kategorie B.1. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass Enuretiker, im Ablassen des Urins eine Ersatzbefriedigung für Masturbation erleben können (Calef u.a. 1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203). Indem dieses Mädchen ihre infantilen Sexualbedürfnisse nicht offiziell ausleben darf und kann, sucht es sich einen anderen Weg, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, nämlich im Symptom der Enuresis. Daraus ergibt sich die Annahme, dass die innerpsychische Dynamik des Mädchens, nämlich

die verspürte sexuelle Erektion mit der sie nicht umgehen konnte, im Symptom der Enuresis Ausdruck findet.

Pädagogische Konsequenzen

Nähere pädagogische Konsequenzen für das Gestalten der Praxis werden von Freud nicht angeführt, dennoch schreibt er (Freud 1894a, 71), dass in der Therapie, die Aufmerksamkeit vorwiegend auf verdrängte sexuelle Vorstellungen gelenkt werden sollte, um das Symptom zu beheben.

5.1.1.2 Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen (Freud 1895b)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, da neben anderen Inhalten auch Bezug zur Enuresis und Enkopresis genommen wird, grenzt Freud (1895b, 315ff) das Krankheitsbild der Angstneurose von der Neurasthenie ab. Es werden Symptome der Angstneurose näher geschildert (Freud 1895b, 317ff) und im Zuge dessen wird die Verdauungstätigkeit angesprochen (Freud 1895b, 323f). In diesem Kontext nimmt Freud (1895b, 323f) ein paar Hinweise auf die Entstehung des Symptoms der Enkopresis und Enuresis vor, die im Folgenden beschrieben und erläutert werden.

Um die folgenden Überlegungen besser verstehen zu können, ist es zunächst notwendig, einige wesentliche Aspekte zu Freuds erster Angsttheorie zu klären. Freud ging 1895 davon aus, dass „die Anhäufung sexueller Spannung“ (Laplanche, Pontalis 1973, 67) und „das Fehlen oder die Insuffizienz von ‚psychischer Verarbeitung‘ der somatischen sexuellen Erregung“ (Laplanche, Pontalis 1973, 67) für die Entstehung einer Angstneurose verantwortlich sind. Denn „wenn die sexuelle Erregung so nicht beherrscht wird, wird sie direkt auf die somatische Ebene in Form von Angst abgeleitet“ (Laplanche, Pontalis 1973, 67). Diesbezüglich nennt Freud (1895b, 317ff) eine Vielzahl an Symptomen, wobei nicht nur Angstanfälle und Phobien, sondern auch Schlaflosigkeit, Schweißausbrüche, Heißhunger, Durchfall, Harndrang etc. genannt werden. Zur damaligen Zeit vertrat Freud die Auffassung, dass diese Symptome sexueller Ätiologie sind (Plänkers 2006, 134).

Wie bereits erwähnt, behandelt Freud (1895b, 315ff) die Abtrennung der Angstneurose von der Neurasthenie. In diesem Kontext kommt er (Freud 1895b, 323f) auf die Verdauungstätigkeit zu sprechen, da körperliche Symptome wie Harndrang und Durchfall zur Symptomatik der Angstneurose gehören. Daraus ergibt sich eine mögliche Ursache für die Entstehung der Enuresis und Enkopresis, worauf im Folgenden näher eingegangen wird.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Laut Freud (1895b, 323) erfährt die Verdauungstätigkeit bei der

„Angstneurose nur wenige, aber charakteristische Störungen. ... als chronische Veränderung, analog der ängstlichen Erwartung, findet man eine Neigung zur Diarrhöe, die zu den seltsamsten diagnostischen Irrtümern Anlass gegeben hat.“

Weiters schreibt Freud (1895b, 324) in diesem Text:

„Das Verhalten der Magendarmtätigkeit bei der Angstneurose zeigt einen scharfen Gegensatz zu der Beeinflussung derselben Funktion bei der Neurasthenie. Mischfälle zeigen oft die bekannte ‚Abwechslung von Diarrhöe und Verstopfung‘. Der Diarrhöe analog ist der Harndrang der Angstneurose.“

Obwohl Freud noch nicht den Begriff der Enkopresis verwendete, da dieser erst 1924 respektive 1925 von Pototzky eingeführt wurde (Krisch 1985, 9), kann davon ausgegangen werden, dass mit Diarrhöe das Symptom der Enkopresis gemeint ist. Im Kapitel 2.4 „Anorektale Kontinenz“ (siehe S. 42) wurde schon erwähnt, dass hinter dem Symptom der Enkopresis keine organische Ursache steckt, sondern die innerpsychische Dynamik für die Entstehung ausschlaggebend ist. Bezogen auf die eben geschilderten Textstellen ist – aus dieser Perspektive – die Diarrhöe nicht organisch bedingt, sondern eventuell aufgrund einer vorhandenen Angstneurose verursacht. Vor dem Hintergrund der eben erwähnten Überlegungen könnte man davon ausgehen, dass eine Angstneurose, unter anderem Auswirkungen auf die Vorgänge der Ausscheidung hat und somit zur Entstehung des Symptoms der Enkopresis und/oder Enuresis beitragen könnte, da laut Freud (1895b, 324) „der Diarrhöe analog ... der Harndrang der Angstneurose“ sei. Diese Überlegung wurde den Kategorien B.1. und C.1. zugeordnet, die zum Inhalt haben, dass der Akt des Urinierens und Einkotens ein lustvolles masturbatorisches Erlebnis sei. Indem es im Individuum zu einem Anstieg von sexueller Spannung kommt, die nicht abgeführt werden kann, wird die sexuelle Energie direkt in Angst umgesetzt (Laplanche, Pontalis 1973, 67). Aufgrund dessen könnte das Angstsymptom als eine sexuelle

Äußerung, die blockiert ist, verstanden werden. Daher wären in diesem Zusammenhang die Symptome der Enuresis und Enkopresis angstneurotische Äußerungen vom Sexualreiz.

Pädagogische Konsequenzen

Welche Konsequenzen sich dadurch für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben könnten, wird von Freud nicht ausgeführt.

5.1.1.3 Zur Ätiologie der Hysterie (Freud 1896c)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der wiederum der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, da sich nur ein kurzer Verweis neben anderen Inhalten auf die Enuresis und Enkopresis findet, hat sich Freud (1896c, 425ff) genauer mit der Frage nach der Verursachung der Hysterie auseinandergesetzt. Freud vertrat damals die Ansicht, dass bei Kindern hysterische Symptome aufgrund realer erotischer Verführungserlebnisse entstehen, folglich entwickelte er zwischen 1895 und 1897 die Verführungstheorie. Er ging zu dieser Zeit davon aus, dass der Sexualtrieb durch Verführungserlebnisse intensiviert wird; etwa durch einfache verbale Annäherungen, Gesten, Körperpflege oder im Extramfall durch sexuellen Missbrauch. (Laplanche, Pontalis 1973, 587f)

Erwachsene können durch solche verschiedene Handlungen den Sexualtrieb des Kindes stimulieren (Laplanche, Pontalis 1973, 588), wobei dieses „sexueller Emotionen noch nicht fähig ist“ (Laplanche, Pontalis 1973, 588) und daher gezwungen sei, sexuelle Energie auf anderem Wege, wie zum Beispiel in psychischen Symptomen, abzuführen (Laplanche, Pontalis 1973, 587f). Freud (1896c, 451f) vermutete die Ursache hysterischer Symptome in derartigen Verführungserlebnissen, gab diese ätiologische Theorie – die so genannte „Verführungstheorie“ – aber bereits im Jahre 1905 wieder auf.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bezüglich des Zusammenhanges von Hysterie und den Erkrankungen der Enuresis und Enkopresis schreibt Freud (1896c, 451f):

„Eine andere Reihe überaus gemeiner hysterischer Phänomene, der schmerzhaften Harndrang, die Sensation bei der Defäkation, Störungen der Darmtätigkeit, das Würgen und

Erbrechen ... gab sich in meinen Analysen gleichfalls ... als Derivat derselben Kindererlebnisse zu erkennen und erklärte sich mühelos aus konstanten Eigentümlichkeiten derselben. Die infantilen Sexualszenen sind nämlich arge Zumutungen für das Gefühl eines sexuell normalen Menschen; sie enthalten alle Ausschreitungen, ... bei denen Mundhöhle und Darmausgang missbräuchlich zu sexueller Verwendung gelangen. ... Von Personen, die kein Bedenken tragen, ihre sexuellen Bedürfnisse an Kindern zu befriedigen, kann man nicht erwarten, dass sie an Nuancen in der Weise dieser Befriedigung Anstoß nehmen, und die dem Kindesalter anhaftende sexuelle Impotenz drängt unausbleiblich zu denselben Surrogathandlungen, zu denen sich der Erwachsene im Falle erworbener Impotenz erniedrigt.“

Aus diesem Zitat geht hervor, dass zu den hysterischen Symptomen unter anderem „der schmerzhaft Harndrang, die Sensation bei der Defäkation, Störungen der Darmtätigkeit“ (Freud 1896c, 451) gehören. Im Hinblick auf diese Textstelle erklärt Freud das Einnässen und Einkoten mithilfe der Verführungstheorie. Wie zuvor angeführt, vertrat Freud damals die Ansicht, dass die Sexualität des Kindes von Außen, beispielsweise durch absichtliche oder unabsichtliche Verführungen durch Erwachsene, geweckt wurde (Laplanche, Pontalis 1973, 588). Jedoch ist das Kind aufgrund sexueller Impotenz, noch nicht in der Lage, mit dieser Sexualität umzugehen (Laplanche, Pontalis 1973, 588). Daher sucht es sich Ersatzhandlungen, um sexuelle Triebspannungen abführen zu können (Freud 1896c, 451f).

Hinsichtlich dessen könnten die Symptome der Enuresis und Enkopresis derartige Ersatzhandlungen darstellen. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde diese Textpassage den Kategorien B.1. und C.1. zugeschlagen, die Aussagen von Autoren versammeln, in denen der Akt des Einnässens und Einkotens als sexueller Akt wahrgenommen wird. Folglich ist das Symptom der Enuresis und Enkopresis ein Ausdruck infantiler Sexualhandlungen.

Pädagogische Konsequenzen

Obwohl nicht darauf hingewiesen wird, welche Konsequenzen sich daraus für die Pädagogik ergeben, bzw. inwiefern dies pädagogisch relevant ist, legen Freuds Äußerungen nahe, dass Erwachsene im Umgang mit Kindern darauf achten sollten, dass der Sexualtrieb des Kindes, beispielsweise durch bestimmte Handlungen bei der Körperpflege, nicht über Gebühr stimuliert wird. Ansonsten sucht sich das Kind – so Freud (1896c, 451f) – einen Ersatz, um den Sexualreiz abzuführen, wie beispielsweise im Symptom der Enuresis und Enkopresis.

5.1.2 *Gesammelte Werke Band II/III*

Freuds Traumdeutung ist eines der bedeutendsten Werke der Psychoanalyse, da es nicht nur das „Fundament der Psychoanalyse“ (Deserno 2006, 106) bildet, sondern erstmals „die Wechselbeziehungen von Gegenstand, Methode und Theorie, wie sie für die Psychoanalyse als Wissenschaft spezifisch sind“ formuliert werden (Deserno 2006, 106). Im Band II/III „Die Traumdeutung. Über den Traum“ der Gesammelten Werke Freuds wurden einige wesentliche Textstellen gefunden, in denen auf das Symptom der Enuresis hingewiesen wird, welche im folgenden Unterkapitel bearbeitet werden.

5.1.2.1 Die Traumdeutung (Freud 1900a)

Kontextuelle Verortung

Wie der Titel schon sagt, beschäftigt sich dieses Werk, das der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, mit Träumen bzw. mit der Deutung von Träumen, wobei Freud (1900a, 372ff und 400ff) an einigen wenigen Stellen auf das Symptom der Enuresis eingeht bzw. die Frage aufwirft, inwiefern der Harndrang im Traum eine Rolle spielen könnte.

Freud (1900a, 372ff und 400) erwähnt in seinem Werk drei Träume, die das Urinieren oder den Harndrang zum Inhalt haben und versucht jeweils zu erklären, welche Bedeutung diesem Aspekt zukommt. Dies soll in den nachstehenden Passagen nachgezeichnet werden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Träume haben unter anderem auch oft das Bettnässen, den Harndrang oder das Urinieren zum Inhalt. Diesbezüglich erwähnt Freud (1900a, 372ff) einen Traum, den Otto Rank in einer seiner Veröffentlichungen als Pollutionstraum beschrieb. Dabei handelt es sich um einen Träumer, der einem kleinen Mädchen hinterher jagt. Als er das Mädchen erfasste, rieb er seine Genitale an ihrem äußeren Genital. (Freud 1900a, 372ff)

In diesem Moment erwacht der Träumer durch ein Gefühl von Nässe, welche „von der erfolgten Pollution herrührt“ (Freud 1900a, 374). Diesbezüglich wird geschrieben, dass „die undeutliche Schlusszene ... über die infantile Onanie hinaus noch weiter in die Kindheit zurückzuweisen [scheint] und vermutlich ähnlich lustvolle Szenen von Bettnässen zum Vorbild zu haben“ (Freud 1900a, 376).

Die eben genannten Passagen legen die Vermutung nahe, dass es sich bei dem Träumer um einen erwachsenen Mann handle, dennoch findet – obwohl sich die vorliegende Diplomarbeit mit den Symptomen der Enuresis und Enkopresis im Kindesalter beschäftigt – dieser Pollutionstraum Erwähnung, da ein wesentlicher Hinweis zur Entstehung des Symptoms der Enuresis in dieser Textpassage enthalten ist. Der Autor (1900a, 374) geht in diesem Kontext nämlich näher darauf ein, inwiefern die sexuelle Erektion beim Bettnässen eine Rolle spielen kann.

Ein weiterer häufiger Trauminhalt von Bettnässern sei das Schwimmen. Personen, die häufig vom Schwimmen träumen, sind nach Freud (1900a, 400)

„gewöhnlich Bettnässer gewesen und wiederholen nun im Traume eine Lust, auf die sie seit langer Zeit zu verzichten gelernt haben.“

Ein anderes Beispiel für den Traum eines Bettnässers sei der Traum vom Feuer. Das Feuer stelle für Kinder ein Symbol für Verbote dar, nämlich, dass Kinder nicht „zündeln“ dürfen. In diesem Sinne könnte das Feuer, als Symbol für das Verbot „nicht ins Bett zu nassen“, begriffen werden. (Freud 1900a, 400)¹⁰

Aufgrund der eben geschilderten Überlegungen wurden diese Textstellen der Kategorie B.1. *„Enuresis als Ausdruck und Folge der infantilen Onanie“* beigeordnet, denn der erotische Reiz wird im Traum als Harnreiz geäußert bzw. erlebt (Freud 1900a, 407). Dieser erotische Reiz versucht sich durch regressives

¹⁰ In dem Text „Zur Gewinnung des Feuers“ (1932a) Band XVI deutet Freud (1932a, 4) die Prometheussage, die zum Inhalt hat, dass Prometheus den Menschen in einem hohlen Stock, einem so genannten Fenchelrohr, Feuer bringt. Laut Freud (1932a, 4) würde in der Traumdeutung das Fenchelrohr einen Penis symbolisieren. Jedoch stellt er (Freud 1932a, 4) sich die Frage, welcher Zusammenhang zwischen dem Penisrohr und dem Feuer bestehen könnte. Ein sehr häufiger Traumvorgang ist die Verkehrung ins Gegenteil, der meist den Sinn des Traumes beherbergt (Freud 1932a, 4). Somit kommt Freud (1932a, 4) zu dem Entschluss: „Nicht das Feuer beherbergt der Mensch in seinem Penisrohr, sondern im Gegenteil das Mittel, um das Feuer zu löschen, das Wasser seines Harnstrahls.“

Verhalten (damit ist das Einnässen gemeint), „in der infantilen Form der Urethralerotik zu befriedigen“ (Freud 1900a, 408).

Laut Freud (1900a, 407) handelt es sich bei solchen Träumen, die unter diesen Bedingungen zustande gekommen sind, um Träume, die einen Wunsch äußern. Vor allem der Sexualtrieb, von dem so viele unbewusste Wünsche ausgehen (Freud 1900a, 401), die „im Schlafzustande traumerzeugend wirken“ (Freud 1900a, 401), wird in der Kindheit durch äußere Einflüsse unterdrückt und eventuell im Traum ausgelebt (Freud 1900a, 401).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Träume, die das Urinieren zum Inhalt haben, nichts anderes sind, als die Äußerung unbewusster sexueller Wünsche, die in dieser Form Ausdruck finden (Freud 1900a, 408).

Pädagogische Konsequenzen

Obwohl Freud auf keine pädagogischen Konsequenzen verweist, könnte man aufgrund der eben geschilderten Überlegungen davon ausgehen, dass in der pädagogischen Praxis infantile Sexualäußerungen des Kindes, durch bestimmte Erziehungsmethoden nicht unterdrückt werden sollten. Denn wenn das Kind seine Sexualtriebe nicht ausleben darf, suche es sich eine Ersatzhandlung, wie beispielsweise Pollutionsträume, die eventuell zum Bettnässen führen, indem der unterdrückte sexuelle Reiz – so Freud (1900a, 408) im Harnreiz ausgelebt werde.

5.1.3 Gesammelte Werke Band IV

Im Band IV der Gesammelten Werke Freuds wird in Kapitel 7 eine kurze Fallvignette zum Bettnässen geschildert, die Gegenstand des folgenden Subkapitels ist.

5.1.3.1 Zur Psychopathologie des Alltagslebens (Freud 1901b)

Kontextuelle Verortung

In dem Werk „Zur Psychopathologie des Alltagslebens“ (Freud 1901b), welches wiederum der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, widmet sich Freud (1901b) der

Theorie der Fehlleistungen, bzw. der Frage, was hinter diesen liegen könnte. Unter Fehlleistungen versteht Freud das Vergessen, Versprechen, Verlesen, Verschreiben oder Vergreifen (Rohde-Dachser 2006, 118). Fehlleistungen sind vorübergehende Störungen, die sich jedoch im Bereich des „Normalen“ abspielen, da Fehlleistungen der Unaufmerksamkeit oder dem Zufall zugeschrieben werden (Rohde-Dachser 2006, 118). In diesem Zusammenhang verweist Freud (1901b, 161) auf ein Fallbeispiel, in dem eine Fehlleistung sehr anschaulich dargestellt wird. Darüber hinaus findet sich in diesem Fallbeispiel eine Textpassage, die jedoch nur bedingt – für die vorliegende Arbeit – verwertbar ist. Freud (1901b, 161) erwähnt in dieser kurzen Fallvignette das Symptom des Bettnässens, allerdings geht er darauf nicht näher ein. Folglich kann diese Textpassage, aufgrund der wenigen Informationen, hier nicht bearbeitet werden, dennoch wurde sie im Sinne der Vollständigkeit erwähnt.

Diesbezüglich schreibt Freud (1901b, 161):

„Von all den zahlreichen Beispielen der Verleugnung unangenehmer Erinnerungen, ... ist mir eines als besonders seltsam im Gedächtnis geblieben.“

Eine Mutter informierte Freud, über ihren Sohn der Bettnässer sei. Als Freud sich einige Wochen später über den Zustand des Sohnes erkundigen wollte, bestritt die Mutter die Tatsache, dass ihr Sohn ins Bett nässte. (Freud 1901b, 161)

Freud geht nicht näher auf die Hintergründe für das Bettnässen ein, daher war es nicht möglich dieses Fallbeispiel auszuwerten, einer Kategorie zuzuordnen und zu klären, ob sich daraus Konsequenzen für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben. Außerdem wollte Freud mit diesem Fallbeispiel die Theorie der Fehlleistungen verdeutlichen und nicht das Symptom des Bettnässens. Dennoch wird an diesem Fallbeispiel wiederum deutlich, dass es für Eltern von Enuretiker oder Enkopretiker schwierig ist, mit diesen Symptomen zu Recht zu kommen. Diesbezüglich schreibt auch Schmid-Boß (2005, 344), dass das Symptom der Enuresis und Enkopresis „bei den Eltern oft starke Ablehnung und Wut“ auslöst, sodass das „Verständnis für psychische Prozess völlig verloren gehen kann.“

5.1.4 *Gesammelte Werke Band V*

In den Gesammelten Werken Freuds Band V „Werke aus den Jahren 1904-1905“ sind zwei Texte enthalten, die sich neben anderen wesentlichen Aspekten der Psychoanalyse, auch mit den Störungen der Enuresis und Enkopresis auseinandersetzen.

5.1.4.1 *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (Freud 1905d)*¹¹

Kontextuelle Verortung

Das Werk „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (Freud 2007a), welches der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, ist in drei Kapitel untergliedert. Im ersten Teil beschäftigt sich Freud (2007a, 37ff) genauer mit den „sexuellen Abirrungen“ (Freud 2007a, 37), wie zum Beispiel Perversionen, Abweichungen bezüglich des Sexualziels oder mit dem sexuellen Trieb der Neurotiker etc. Im zweiten Teil wird die kindliche Sexualität näher in den Blick gebracht (Freud 2007a, 75ff) und im dritten Teil wird genauer auf die „Umgestaltungen der Pubertät“ (Freud 2007a, 108) eingegangen. Vor allem der zweite Teil, in dem wesentliche Aspekte der infantilen Sexualität Erwähnung finden, ist relevant für die zu beantwortende Fragestellung, da sich Freud (2007a, 87ff) an einigen Stellen dieses Werkes zur Enuresis und Enkopresis äußert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Wie eben erwähnt nimmt Freud (2007a, 75ff) in dem Kapitel über die kindliche Sexualität immer wieder Bezug zu den Störungsbildern der Enuresis und Enkopresis. Die Entdeckung der kindlichen Sexualität haben Freud und seine Psychoanalyse zur damaligen Zeit in Verruf gebracht, da nach der öffentlichen Meinung das Kind noch keine sexuellen Impulse in sich trägt, sondern diese erst in der Pubertät bzw. im Erwachsenenalter entwickelt (Freud 2007a, 75). Diesbezüglich schreibt Freud (2007a, 75):

„Es ist ein Stück der populären Meinung über den Geschlechtstrieb, dass er der Kindheit fehle und erst in der als Pubertät bezeichneten Lebensperiode erwache. Allein dies ist nicht

¹¹ Bei den Werken „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ und „Bruchstück einer Hysterie-Analyse“ bezieht sich die Jahreszahl und Seitenangabe auf die im Fischer Verlag erschienenen Einzelbände.

nur ein einfacher, sondern sogar ein folgenschwerer Irrtum. ... Ein gründliches Studium der Sexualäußerungen in der Kindheit würde uns wahrscheinlich die wesentlichen Züge des Geschlechtstriebes aufdecken, seine Entwicklung verraten und seine Zusammensetzung aus verschiedenen Quellen zeigen.“

Hinsichtlich dessen handle es sich nach Freud (2007a, 92) bei den meisten kindlichen Blasenleiden nicht um körperliche, sondern um sexuelle Störungen. Diesbezüglich schreibt Freud (2007a, 92):

„Die meisten so genannten Blasenleiden dieser Zeit sind sexuelle Störungen; die Enuresis nocturna entspricht ... einer Pollution.“

Diese Textstelle wurde der Kategorie B.1. zugeschlagen, die Positionen von Autoren umspannt, in denen dem Urinieren sexuelle Bedeutung beigemessen wird. In dem eben erwähnten Zitat wird diese Annahme auch von Freud (2007a, 92) vertreten, da er das Einnässen, aber vor allem die Enuresis nocturna mit einer Pollution bzw. sexuellen Störung gleichsetzt.

Weiters nimmt Freud (2007a, 87ff) Bezug auf masturbatorische Sexualbetätigungen und bringt diese in enger Verbindung mit der Reizbarkeit der Afterzone. Daraus ergibt sich ein Verweis auf das Symptom der Enkopresis, welches er (Freud 2007a, 88) in diesem Zusammenhang als Darmstörung bezeichnet. In dem folgenden Zitat schildert Freud (2007a, 88) auf sehr anschauliche Art und Weise, inwiefern eine Verbindung zwischen Darmstörungen und der erogenen Afterzone bestehen kann:

„Die so häufigen Darmstörungen der Kinderjahre sorgen dafür, dass es der Zone an intensiven Erregungen nicht fehle. Darmkatarrhe im zartesten Alter machen ‚nervös‘, wie man sich ausdrückt; bei späterer neurotischer Erkrankung nehmen sie einen bestimmenden Einfluss auf den symptomatischen Ausdruck der Neurose, welcher sie die ganze Summe von Darmstörungen zur Verfügung stellen“ (Freud 2007a, 88).

Ein paar Zeilen weiter schreibt Freud (2007a, 88f):

„Kinder, welche die erogene Reizbarkeit der Afterzone ausnützen, verraten sich dadurch, dass sie die Stuhlmassen zurückhalten, bis dieselben durch ihre Anhäufung heftige Muskelkontraktionen anregen und beim Durchgang durch den After einen starken Reiz auf die Schleimhaut ausüben können. Dabei muss wohl neben der schmerzhaften die Wollustempfindung zustande kommen. Es ist eines der besten Vorzeichen späterer Absonderlichkeit oder Nervosität, wenn ein Säugling sich hartnäckig weigert, den Darm zu entleeren, wenn er auf den Topf gesetzt wird, also wenn es dem Pfleger beliebt, sondern diese Funktion seinem eigenen Belieben vorbehält. Es kommt ihm natürlich nicht darauf an, sein Lager schmutzig zu machen; er sorgt nur, dass ihm der Lustnebengewinn bei der Defäkation nicht entgehe. ... Die Zurückhaltung der Fäkalmassen, die also anfangs eine absichtliche ist, um sie zur gleichsam masturbatorischen Reizung der Afterzone zu benützen oder in der

Relation zu den Pflegepersonen zu verwenden, ist übrigens eine der Wurzeln der bei den Neuropathen so häufigen Obstipation.“

Aufgrund des Gedankengangs, den der Autor in dieser Textpassage entwickelt, wurde diese Stelle der Kategorie C.1. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass Kinder das Symptom der Enkopresis aufgrund des masturbatorisch lustvollen Erlebnisses, das beim Akt des Einkotens verspürt wird, entwickeln.

Pädagogische Konsequenzen

Wie pädagogisch auf die Entstehung der Enuresis und Enkopresis reagiert werden könnte, damit das Kind diese Symptome und das damit verbundene lustvolle Erlebnis aufgeben kann, wird von Freud nicht erläutert.

5.1.4.2 Bruchstück einer Hysterie-Analyse (Freud 1905e)

Kontextuelle Verortung

Das Werk „Bruchstück einer Hysterie-Analyse“ (Freud 2007b), besser bekannt als der Fall Dora, wird der Kategorie A.3. zugeordnet, da im Zentrum von Freuds (2007b, 17ff) Überlegungen, die psychoanalytische Behandlung von Dora steht und im Zuge dessen nur in einem kurzen Abschnitt auf das Bettnässen verwiesen wird. Gegenstand des folgenden Absatzes sind wesentliche Aspekte der Fallgeschichte Dora. Dies ist notwendig, um besser verstehen zu können, in welchem Kontext das Symptom der Enuresis in dieser Fallvignette Erwähnung findet.

Der Vater von Dora hat seine Ehefrau mit Frau K. betrogen, welche die Frau seines besten Freundes ist. Zwischen Doras Vater und Frau K. entwickelte sich eine immer engere Liebesbeziehung. Herr K. war zu Beginn eifersüchtig auf das Verhältnis zwischen Doras Vater und Frau K., dann reagierte er gleichgültig, da er sich in Dora verliebte und der 14jährigen Dora uncharmanten Liebesangebote entgegen brachte. Dora wies diese Angebote zurück und berichtete den Vorfall ihren Eltern. Der Vater hat Herrn K. zur Rede gestellt, jedoch leugnete dieser die Tatsache, dass er Dora verführen wollte. Um die Beziehung zu Frau K. ungestört weiterführen zu können, schenkte er Herrn K. Glauben und bezeichnete Dora als Lügnerin. Folge dessen schickte er sie in die Behandlung zu einem Arzt (Freud). Denn Dora litt an unterschiedlichen körperlichen Symptomen, wie zum Beispiel an hysterischen

Hustenanfällen, Katarrhen, Verdauungsbeschwerden und auch am Bettnässen. (Freud 2007b, 17ff)

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

In der Fallgeschichte Dora spricht Freud (2007b, 74) erstmals von einem Bettnässen¹², das nach Abschluss der Reinlichkeitserziehung wieder auftrat. Diesbezüglich schreibt er (Freud 2007b, 74):

„Es verlohnt sich, auf die Bedeutung des Bettnässens in der Vorgeschichte der Neurotiker ausführlich einzugehen. Der Übersichtlichkeit zuliebe beschränke ich mich darauf zu betonen, dass Doras Fall von Bettnässen nicht der gewöhnliche war. Die Störung hatte sich nicht einfach über die fürs Normale zugestandene Zeit fortgesetzt, sondern war nach ihrer bestimmten Angabe zunächst geschwunden und dann verhältnismäßig spät, nach dem sechsten Lebensjahre, wieder aufgetreten. Ein solches Bettnässen hat meines Wissens keine wahrscheinlichere Ursache als Masturbation, die in der Ätiologie des Bettnässens überhaupt eine noch zu gering geschätzte Rolle spielt.“

Wenige Zeilen später nimmt Freud (2007b, 78) Bezug auf die Hintergründe für das Bettnässen, indem er (Freud 2007b, 78) schreibt:

„Auch die Zeitbestimmung des Bettnässens ‚bis kurz vor dem Auftreten des nervösen Asthmas‘ halte ich für klinisch verwertbar. Die hysterischen Symptome treten fast niemals auf, solange die Kinder masturbieren, sondern erst in der Abstinenz, sie drücken einen Ersatz für die masturbatorische Befriedigung aus, nach der das Verlangen im Unbewussten erhalten bleibt, solange nicht andersartige, normalere Befriedigung eintritt, wo diese noch möglich geblieben ist.“

Diese Textstellen wurden der Kategorie B.1. zugeschlagen, die Auffassungen von Autoren beinhaltet, dass dem Akt des Urinierens sexuelle Bedeutung beigemessen werden kann, da das Ablassen des Urinstrahls eine Ersatzbefriedigung für Masturbation darstelle (Calef u.a. 1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203). Bei Doras Bettnässen handelt es sich um eine sekundäre Enuresis, da sie einige Zeit schon trocken war und relativ spät wieder begonnen hatte einzunässen (Freud 2007b, 74). Es ist anzunehmen, dass Freud (2007b, 78) die sekundäre Enuresis – aus dieser Perspektive – als Ersatz für Masturbation versteht.

¹² Das Einnässen, welches nach Abschluss der Reinlichkeitserziehung wieder auftritt, wurde einige Jahre später in der Literatur als sekundäre Enuresis bezeichnet. (Zur genaueren Definition von sekundärer Enuresis siehe S. 24)

Pädagogische Konsequenzen

Aus den eben geschilderten Überlegungen könnte folgende pädagogische Konsequenz abgeleitet werden: Eltern sollten im Umgang mit ihren Kindern vermeiden, die infantilen Sexualbedürfnisse zu unterdrücken und zu verbieten. Vielmehr sollten sie versuchen diese sexuellen Impulse und Triebe beim Kind zu akzeptieren.

5.1.5 Gesammelte Werke Band VII

Im Band VII „Werke aus den Jahren 1906-1909“ der Gesammelten Werke Freuds wurden zwei Texte identifiziert, in denen neben anderen Thematiken auf das Symptom der Enuresis und Enkopresis verwiesen wird. Folglich wurden beide Texte der Kategorie A.3. beigeordnet.

5.1.5.1 Charakter und Analerotik (Freud 1908b)

Kontextuelle Verortung

Aufgrund psychoanalytischer Beobachtungen gelang Freud (1908b, 203) zu der Auffassung, dass ein Zusammenhang zwischen einem bestimmten Charakter, der sich durch Ordentlichkeit, Sparsamkeit und Eigensinnigkeit auszeichnete und dem Organverhalten, wobei diesbezüglich die Analerotik gemeint ist, bestehe. Laut Freud (1908b, 204) erfährt man aus der Kleinkindergeschichte dieser Personentypen, dass die Reinlichkeitserziehung verhältnismäßig lange dauerte, da sich diese Personen weigerten den Darm zu entleeren, wenn sie auf den Topf gesetzt wurden. Weshalb sich diese Charaktertypen nach Freud (1908b, 204) weigerten den Darm zu entleeren, wird im Folgenden erläutert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Hintergrund für dieses Verhalten könnte sein, dass jene Personen aus der

„Defäkation einen Lustnebengewinn beziehen; denn sie geben an, dass es ihnen noch in etwas späteren Jahren Vergnügen bereitet hat, den Stuhl zurückzuhalten“ (Freud 1908b, 204).

Aus diesen Überlegungen schließt Freud (1908b, 204)

„auf eine überdeutliche erogene Betonung der Afterzone in der von ihnen mitgebrachten Sexualkonstitution.“

Daher wurde diese Textstelle der Kategorie C.1. zugeordnet, die Positionen von Autoren umspannt, in denen das Symptom der Enkopresis als Ausdruck der infantilen Onanie verstanden wird, denn der Akt des Einkotens wird als autoerotisch masturbatorischer Akt erlebt.

Pädagogische Konsequenzen

Mit welchen Erziehungsmethoden der „Eigensinn des Kindes“ (Freud 1908b, 207) gebrochen werden kann, wird von Freud nicht ausgeführt.

5.1.5.2 Allgemeines über den hysterischen Anfall (Freud 1909a)

Kontextuelle Verortung

Ziel dieses Textes war es, allgemeine Aspekte des hysterischen Anfalls zu erwähnen, sowie die Fragen zu klären, nach welchen Kriterien ein hysterischer Anfall definiert wird bzw. durch welche Aspekte der hysterische Anfall gekennzeichnet ist und wann er auftritt (Freud 1909a, 235ff). Die Erforschung diesbezüglicher Krankengeschichten, macht deutlich, dass „der hysterische Anfall zum Ersatze einer ehemals geübten und seither aufgegebenen autoerotischen Befriedigung bestimmt ist“ (Freud 1909a, 238). In diesem Zusammenhang wird der unwillkürliche Harnabgang, als ein Symptom des hysterischen Anfalls genannt (Freud 1909a, 238). Diesbezüglich schreibt Freud (1909a, 238):

„Der unwillkürliche Harnabgang darf gewiss nicht für unvereinbar mit der Diagnose des hysterischen Anfalls gehalten werden; er wiederholt bloß die infantile Form der stürmischen Pollution.“

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Aufgrund der Äußerungen Freuds (1909a, 238), dass der „unwillkürliche Harnabgang ... die infantile Form der ... Pollution“ wiederhole, wurde diese Überlegung der Kategorie B.1. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das Urinieren eine Ersatzbefriedigung für Masturbation darstellen kann (Calef u.a. 1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203). Indem der unwillkürliche Harnabgang beim Kind die infantile Form der Pollution äußert (Freud 1909a, 238), handle es sich laut Freud

(1909a, 238) um einen „typische[n] Zyklus von infantiler Sexualbetätigung – Verdrängung – Missglücken der Verdrängung und Wiederkehr des Verdrängten.“ Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen könnte man davon ausgehen, dass das Kind versucht die infantilen Sexualtriebe zu verdrängen, jedoch gelingt dies nicht, da sich die infantile Form der Masturbation im Urinieren ausdrückt und somit zu einer „Wiederkehr des Verdrängten“ (Freud 1909a, 238) führt.

Pädagogische Konsequenzen

Die Frage, ob sich daraus Konsequenzen für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben könnten, wird im Text nicht erläutert.

5.1.6 Gesammelte Werke Band X

Im Zuge der Literaturrecherche konnte in den Gesammelten Werken Freuds Band X „Werke aus den Jahren 1913-1917“ ein Text identifiziert werden, wo auf das Symptom der Enkopresis hingewiesen wird. Dieser Text wird im nachstehenden Subkapitel behandelt.

5.1.6.1 Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik (Freud 1917c)

Kontextuelle Verortung

Der Text „Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik“ (Freud 1917c), der wiederum der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, bezieht sich auf Beobachtungen, die im Text „Charakter und Analerotik“ (Freud 1908b) (siehe Kapitel 5.1.5.1, S. 84), schon geschildert wurden.

Aufgrund neuer analytischer Erfahrungen ist Freud (1917c, 403) zu der Annahme gekommen,

„dass in der Entwicklung der menschlichen Libido vor der Phase des Genitalprimats eine ‚prägenitale‘¹³ Organisation anzunehmen ist, in welcher der Sadismus und die Analerotik die leitenden Rollen spielen.“

¹³ Der Begriff „prägenital“ bezeichnet Triebe, Organisationen etc., „die sich auf die Periode der psychosexuellen Entwicklung beziehen, in der das Primat der Genitalzone noch nicht aufgerichtet ist“ (Laplanche, Pontalis 1973, 394). Die infantile Sexualität geht der Aufrichtung dieses Primats voraus (Laplanche, Pontalis 1973, 394).

Bezüglich der Analerotik schreibt Freud (1917c, 404ff) dem Kot eine symbolische Bedeutung zu, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Ausgangspunkt von Freuds (1917c, 404) Überlegungen zur Analerotik waren die Begriffe „Kot ..., Kind und Penis“, die „in den Produktionen des Unbewussten“ (Freud 1917c, 404) schwer voneinander getrennt werden können. Die Begriffe „Kind“ und „Penis“ können im Traum, wie auch im alltäglichen Leben durch ein gemeinsames Symbol ersetzt werden (Freud 1917c, 404). Denn laut Freud (1917c, 404) heißt das Kind wie der Penis das ‚Kleine‘. In engem Zusammenhang damit, steht auch der Penisneid der Frau, der durch den Wunsch nach einem Kind aufgelöst wird (Freud 1917c, 404f). Diesbezüglich schreibt Freud (1917c, 405), „dass die Natur dem Weibe das Kind zum Ersatz für das andere gegeben hat.“ Wie die Begriffe „Kind“ und „Kot“ zusammenhängen, kann nach Freud (1917c, 406) durch die Redensart: „ein Kind schenken erhalten“ begründet werden. Der Kot, welcher vom Kind als Teil des Körpers wahrgenommen wird, sei das erste Geschenk, das ein Kind, dem liebenden Objekt, beispielsweise der Mutter, opfert (Freud 1917c, 406). Eine weitere symbolische Gleichsetzung zwischen Kind und Kot findet sich, wenn man an anale Geburtsphantasien des Kindes denkt (Freud 1917c, 406). Laut Freud (1917c, 406) wird das Kind „als ‚Lumpf‘ betrachtet ..., als etwas, was sich durch den Darm vom Körper löst.“ An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, inwiefern diese Überlegungen mit dem Symptom der Enkopresis zusammenhängen könnten. Dieser Gedanke wird im Folgenden näher erläutert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Freud (1917c, 406f) schreibt in diesem Text:

„Bei der Defäkation ergibt sich für das Kind eine erste Entscheidung zwischen narzisstischer und objektliebender Einstellung. Es gibt entweder den Kot gefügig ab, ‚opfert‘ ihn der Liebe, oder hält ihn zur autoerotischen Befriedigung, später zur Behauptung seines eigenen Willens, zurück. Mit letzterer Entscheidung ist der Trotz (Eigensinn) konstituiert, der also einem narzisstischen Beharren bei der Analerotik entspringt.“

Aufgrund dieses Gedankenganges den der Autor hier äußert, wurde diese Textstelle nicht nur der Kategorie C.1., die Positionen von Autoren umspannt, in denen der Akt des Einkotens als ein autoerotisch masturbatorischer Akt wahrgenommen wird, zugeordnet. Sondern auch der Kategorie C.3. „*Enkopresis als Ausdruck und Folge von aggressivem Verhalten*“ zugeschlagen, da es im zweiten Teil des Zitates heißt, dass der Stuhl auch als Mittel zur Beherrschung der primären Bezugsperson

eingesetzt werden könnte. Bezogen auf dieses Zitat, kann davon ausgegangen werden, dass beim Symptom der Enkopresis, nicht nur der autoerotisch masturbatorische Charakter zu betrachten sei, sondern auch die symbolische Bedeutung der Fäzes (Schmid-Boß 2005, 336). Das willkürliche Absetzen oder Zurückhalten der Fäzes spielt eine wesentliche Rolle in den Objektbeziehungen (Schmid-Boß 2005, 336). Indem das Kind seinen Darminhalt zurückhält oder willkürlich absetzt, wird der Stuhl vom Kind als Machtmittel bzw. Rebellion gegenüber der primären Bezugsperson eingesetzt (Krisch 1985; zit. nach Schmid-Boß 2005, 338).

Pädagogische Konsequenzen

Wie damit pädagogisch umzugehen ist, wenn ein Kind aufgrund autoerotischer Masturbation oder „gestörter“ Objektbeziehungen das Symptom der Enkopresis entwickelt, findet in diesem Text nicht Erwähnung.

5.1.7 Gesammelte Werke Band XII

Im Band XII der Gesammelten Werke Freuds wurde die Falldarstellung „Der Wolfsmann“ (Freud 1918b) aufgefunden, in der einige Textstellen identifiziert werden konnten, in denen das Symptom der Enkopresis beschrieben wird. Folglich wurde dieser Text der Kategorie A.3. zugeschlagen.

5.1.7.1 Aus der Geschichte einer infantilen Neurose (Der Wolfsmann) (Freud 1918b)¹⁴

Kontextuelle Verortung

Beim Wolfsmann handelt es sich um einen, als er mit der Behandlung begonnen hatte, circa 18jährigen jungen Mann, der an einer infantilen Neurose erkrankt war (Freud 2008, 133f). Im Zuge der Behandlung stellte sich heraus, dass der Wolfsmann als circa 1½jähriger die Eltern beim Koitus beobachtete (Freud 2008, 162). Freud (2008, 162) beschreibt die Szene wie folgt:

„Als er erwachte, wurde er Zeuge eines dreimal wiederholten coitus a tergo, konnte das Genitale der Mutter wie das Glied des Vaters sehen.“

¹⁴ Bei dem Werk „Aus der Geschichte einer infantilen Neurose“ bezieht sich die Jahreszahl und Seitenangabe auf die im Fischer Verlag erschienenen Einzelbände.

Der Wolfsmann habe das Beisammensein der Eltern, durch einen Aufschrei und einer Stuhlentleerung unterbrochen (Freud 2008, 205). An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, inwiefern diese in der Analyse erinnerte Urszene relevant bezüglich der zu beantwortenden Forschungsfrage ist.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Weshalb der Wolfsmann im Zuge der Beobachtung des Koitus der Eltern eine Darmregung verspürte und es in der Folge zur Stuhlentleerung kam bzw. was die Gründe für seine Inkontinenz in der Kindheit sein könnten, wird im Folgenden erklärt.

Freud (2008, 200f) erklärt die Darmstörungen des Wolfsmannes folgendermaßen:

„Darmstörungen sind sehr frühzeitig bei ihm aufgetreten, vor allem die häufigste und für das Kind normalste, die Inkontinenz. Wir haben aber gewiss recht, wenn wir für diese frühesten Vorfälle eine pathologische Erklärung ablehnen und in ihnen nur einen Beweis für die Absicht sehen, sich in der an die Entleerungsfunktion geknüpften Lust nicht stören oder aufhalten zu lassen.“

Wenige Zeilen später nimmt Freud (2008, 205) nochmals Bezug auf die Gründe der Inkontinenz bzw. Darmentleerung:

„Sie [die Stuhlentleerung; Anm.d.Verf.] bedeutet eine Erregtheit der Analzone (im weitesten Sinne). In anderen Fällen ähnlicher Art hat eine solche Beobachtung des Sexualverkehrs mit einer Harnentleerung geendigt; ein erwachsener Mann würde unter den gleichen Verhältnissen eine Erektion verspüren.“

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde diese Textpassage der Kategorie C.1. beigemessen, die zum Inhalt hat, dass der Akt des Einkotens für Enkopretiker ein „lustvolles Onanieerlebnis“ (Aruffo, Ibarra, Strupp 2000; zit. nach Schmid-Boß 2005, 342) darstellt. Laut Freud (2008, 205) produziert der Wolfsmann als „Zeichen seiner sexuellen Erregung eine Darmentleerung.“

Andererseits könnte beim Wolfsmann das Symptom der Enkopresis ein Ausdruck der Kastrationsangst sein. Diesbezüglich schreibt Freud (2008, 170f):

„Das wesentliche Neue, das ihm die Beobachtung des Verkehrs der Eltern brachte, war die Überzeugung von der Wirklichkeit der Kastration, deren Möglichkeit seine Gedanken schon vorher beschäftigt hatte. ... Denn jetzt sah er mit eigenen Augen die Wunde, von der die

Nanja¹⁵ [sein Kindermädchen; Anm.d.Verf.] gesprochen hatte, und verstand, dass ihr Vorhandensein eine Bedingung des Verkehrs mit dem Vater war.“

Folglich könnte das Symptom der Enkopresis beim Wolfsmann auch auf Kastrationsängste zurückgeführt werden und somit der Kategorie C.2. zugeschlagen werden, die Aussagen von Autoren enthält, dass die Kastrationsangst im Abtrennen der Kotsäule symbolisiert wird.

Pädagogische Konsequenzen

In dieser Falldarstellung erwähnt Freud keine expliziten Empfehlungen zum pädagogischen Umgang mit dem Symptom der Enkopresis. Dennoch kann aus den – eben geschilderten – Überlegungen Freuds implizit die pädagogische Empfehlung, dass Kastrationsdrohungen gegenüber Kindern vermieden werden sollten, abgeleitet werden. Nicht selten kommt es vor, dass Eltern eine Kastrationsdrohung aussprechen, wenn sich Kinder mit ihren Genitalen beschäftigen und dabei offensichtlich Lust verspüren. Hinsichtlich dessen sollten Eltern die infantilen Sexualtriebe akzeptieren und dies nicht mit Kastrationsdrohungen beantworten.

5.1.8 Gesammelte Werke Band XIII

In den Gesammelten Werken Freuds Band XIII wurde ein Text „Der Untergang des Ödipuskomplexes“ (Freud 1924d) aufgefunden, in dem auf die Enuresis verwiesen ist.

5.1.8.1 Der Untergang des Ödipuskomplexes (Freud 1924d)

Kontextuelle Verortung

Dieser Text, der der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, setzt sich zum einen genauer mit der Bedeutung des Ödipuskomplexes für die „frühkindliche Sexualperiode“ (Freud 1924d, 395) auseinander und zum anderen wird die zentrale Frage, woran der Ödipuskomplex zugrunde geht, näher behandelt (Freud 1924d, 395). Der Ödipuskomplex hat der phallischen Phase eine besondere Bedeutung zugeschrieben. In der phallischen Phase kennt das Kind nur ein Geschlecht, nämlich das Männliche.

¹⁵ Der Wolfsmann begann in Gegenwart der Nanja an seinem Glied herumzuspielen, wobei die Nanja sehr abweisend reagierte und folgende Kastrationsdrohung aussprach: „Kinder, die das taten, bekämen an der Stelle eine ‚Wunde‘“ (Freud 2008, 149).

In dieser Phase bringt das Kind enormes Interesse seinem Geschlecht entgegen.
(Freud 1924d, 396)

Diesbezüglich schreibt Freud (1924d, 396):

„Wenn das (männliche) Kind sein Interesse dem Genitale zugewendet hat, so verrät es dies auch durch ausgiebige manuelle Beschäftigung mit demselben und muss dann die Erfahrung machen, dass die Erwachsenen mit diesem Tun nicht einverstanden sind. Es tritt mehr oder minder deutlich, mehr oder weniger brutal, die Drohung auf, dass man ihn dieses von ihm hochgeschätzten Teiles berauben werde.“

Indem sich Freud (1924d, 397) genauer mit der Kastrationsdrohung beschäftigt, geht er auf das Symptom der Enuresis ein.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Freud (1924d, 397) vertrat die Auffassung, dass es meistens nicht aufgrund der kindlichen Onanie zur Kastrationsdrohung kam, sondern aufgrund des nächtlichen Einnässens.

Diesbezüglich schreibt Freud (1924d, 397):

„Ganz besonders häufig geschieht es, dass das Knäblein nicht darum von der Kastrationsdrohung betroffen wird, weil es mit der Hand am Penis spielt, sondern weil es allnächtlich sein Lager nässt und nicht rein zu bekommen ist.“

Laut Freud (1924d, 397) ist das Symptom der Enuresis

„Folge von und Beweis für allzueifrige Beschäftigung mit dem Penis. ... Jedenfalls ist das andauernde Bettnässen der Pollution des Erwachsenen gleichzustellen, ein Ausdruck der nämlichen Genitalerregung, welche das Kind um diese Zeit zur Masturbation gedrängt hat.“

Vor dem Hintergrund dieser Gedanken, wurden diese Textpassagen der Kategorie B.1. zugeordnet, die Aussagen von Autoren enthält, in denen das kindliche Einnässen eine Ersatzbefriedigung für Masturbation sei (Calef u.a. 1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203).

Pädagogische Konsequenzen

Es wird nicht erläutert, wie damit umzugehen ist bzw. welche Konsequenzen sich für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben, wenn das Symptom der Enuresis ein Ausdruck der „Sexualisierung des Urinierens“ (Schmid-Boß 2005, 330) ist.

5.1.9 *Gesammelte Werke Band XIV*

Im Band XIV „Werke aus den Jahren 1925-1931“ der Gesammelten Werke Freuds wurde ein Text erschlossen, in dem sich Freud (1925j, 19ff) genauer mit den psychischen Folgen des geschlechtlichen Unterschieds auseinandersetzt und in diesem Zusammenhang in einem kurzen Zitat auf die Rolle des Bettnässers verweist. Folglich wurde dieser Text der Kategorie A.3. zugeschlagen.

5.1.9.1 Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds (Freud 1925j)

Kontextuelle Verortung

Dieser Text beschäftigt sich eingehender mit den ersten psychischen Entwicklungen im Sexualleben des Kindes, wobei immer das männliche Geschlecht als Beobachtungsobjekt herangezogen wurde (Freud 1925j, 19ff). In diesem Zusammenhang spricht Freud (1925j, 21) den Ödipuskomplex bzw. das Zugrundegehen des Ödipuskomplexes und die frühkindliche Onanie an. Bezüglich der kindlichen Onanie vertrat Freud (1925j, 21) die Einstellung, dass die masturbatorische Befriedigung am Genitale eng mit dem Ödipuskomplex verbunden ist und „die Abfuhr seiner Sexualerregung bedeutet“ (Freud 1925j, 21). In diesem Kontext ist für Freud (1925j, 22) vor allem die Rolle des Bettnässens und die Abgewöhnung durch bestimmte Erziehungsmittel unklar.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Laut Freud (1925j, 22) bestehe ein enger Zusammenhang zwischen der kindlichen Onanie und dem Symptom des Bettnässens. Diesbezüglich schreibt er (Freud 1925j, 22):

„Wir bevorzugen die einfache Synthese, das fortgesetzte Bettnässen sei der Erfolg der Onanie, seine Unterdrückung werde vom Knaben wie eine Hemmung der Genitaltätigkeit, also im Sinne einer Kastrationsdrohung gewertet, aber ob wir damit jedes Mal recht haben, steht dahin.“

Aufgrund dessen wurde diese Textpassage zum einen der Kategorie B.1. zugeordnet, die Aussagen versammelt, in denen Autoren das Symptom der Enuresis auf die kindliche Onanie zurückführen. Zum anderen wurde sie auch der Kategorie B.3.

zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das kindliche Einnässen in der Kastrationsdrohung zugrunde liegen könnte. Indem die kindliche Onanie von Seiten der Eltern durch bestimmte Maßnahmen der Erziehung, beispielsweise durch eine Kastrationsdrohung, verboten wird, äußern sich entweder kindliche Sexualerregungen oder Kastrationsängste im Symptom der Enuresis. Folglich wurde diese Stelle doppelt zugeordnet.

Pädagogische Konsequenzen

Freud (1925j, 22) verweist lediglich darauf, dass das Bettnässen durch „Eingriffe der Erziehung“ behandelt bzw. verbessert werden kann. Welche Erziehungsmethoden damit gemeint sind, wird von Freud jedoch nicht näher erläutert.

Nachdem die in den Gesammelten Werken Freuds aufgefundenen relevanten Texte und Textstellen, in denen sich Hinweise auf die Symptome der Enuresis und Enkopresis finden, bearbeitet wurden, geraten im Anschluss daran zusammenfassende Überlegungen, bzw. eine erste Darstellung der Ergebnisse in den Blick.

Zwischenergebnisse zu den Gesammelten Werken Freuds

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den Gesammelten Werken Freuds insgesamt 13 Texte bezüglich dieser Thematik identifiziert wurden, jedoch konnte kein einziger Text gefunden werden, der sich zur Gänze mit dem Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Perspektive beschäftigt. Hinsichtlich dessen wurde jede aufgefundene Textstelle der Kategorie A.3. zugeordnet. Der Kategorie A.3. sind jene Texte beigeordnet, in denen neben anderen Inhalten auch Bezug zur Enuresis und/oder Enkopresis genommen wird. In den Bänden VI, VIII, IX, XI, XV, XVI, XVII wurden keine Textpassagen zum Symptom der Enuresis und Enkopresis aufgefunden.

Weiters war besonders auffällig, dass Freud den Begriff „Enkopresis“ nicht gebrauchte, da dieser erst 1924 respektive 1925 von Pototzky eingeführt wurde (Krisch 1985, 9). Stattdessen wurden für das Symptom der Enkopresis Synonyme wie Diarrhöe, Darmstörungen, Störungen der Afterzone, Inkontinenz etc. verwendet.

Bezüglich der Entstehung des Symptoms der Enuresis und Enkopresis haben Freuds Ansichten über die Jahre hinweg, viele Abwandlungen, Veränderungen, Differenzierungen und Ergänzungen erfahren, die in den nachstehenden Absätzen nochmals zusammenfassend angeführt werden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis

Um 1894/1895 hat Freud (1895b, 323f) die Symptome der Enuresis und Enkopresis in Verbindung mit der Angsttheorie bzw. Angstneurose gebracht. Wie bereits in Kapitel 5.1.1.2 (siehe S. 72) erwähnt, ging Freud 1895 davon aus, dass „die Anhäufung sexueller Spannung“ (Laplanche, Pontalis 1973, 67) und „das Fehlen oder die Insuffizienz von ‚psychischer Verarbeitung‘ der somatischen sexuellen Erregung“ (Laplanche, Pontalis 1973, 67) für die Entstehung einer Angstneurose verantwortlich sind (Laplanche, Pontalis 1973, 67). In Auseinandersetzung mit der Angstneurose beschäftigt sich Freud (1895b, 317ff) näher mit ihrer breit gefächerten Symptomatik, zu der unter anderem der Durchfall und Harndrang gehören. Diesbezüglich finden sich Hinweise auf die Entstehung der Enuresis und Enkopresis. In diesem Kontext könnten die Symptome der Enuresis und Enkopresis als angstneurotische Äußerungen des Sexualreizes verstanden werden, da Freud die Ätiologie der Angstneurose im Sexuellen zugrunde liegen sieht (Plänkers 2006, 134). Freud ging davon aus, dass ein Anstieg an sexueller Spannung, der nicht abgeführt werden kann, direkt in Angst umgesetzt wird¹⁶ (Laplanche, Pontalis 1973, 67). Obwohl Freud dies nicht näher erläutert, liegt es nahe, aufgrund der bisherigen Überlegungen, die Symptome der Enuresis und Enkopresis in diesem Kontext – wie bereits erwähnt – als angstneurotische Äußerungen vom Sexualreiz zu verstehen.

1896 hat Freud (1896c, 451f) die Entstehung der Enuresis und Enkopresis in Beziehung mit der Verführungstheorie gebracht. Dies ist aus heutiger Sicht jedoch nicht mehr gültig, da Freud die Verführungstheorie im Jahre 1905 widerrufen hat. Dennoch wird sie in diesem Zusammenhang erwähnt, da die daraus resultierenden Überlegungen für die weitere Entwicklung der Psychoanalyse wesentlich waren.

¹⁶ In Abgrenzung zu Freuds späteren Überlegungen zur Angstentstehung im Gefolge von „Das Ich und das Es“ (1923b) wird diese Überlegung als so genannte „erste psychoanalytische Angsttheorie“ bezeichnet.

Freud war damals der Auffassung, dass hysterische Symptome bei Kindern aufgrund realer erotischer Verführungserlebnisse entstehen (Laplanche, Pontalis 1973, 587f). Folglich entwickelte er zwischen 1895 und 1897 die so genannte Verführungstheorie (Laplanche, Pontalis 1973, 587). Er ging zu dieser Zeit davon aus, dass Erwachsene durch verschiedene Handlungen, wie beispielsweise bei der Körperpflege, durch verbale Annäherungen und Gesten, den Sexualtrieb des Kindes, das noch sexuell impotent sei, stimulieren (Laplanche, Pontalis 1973, 588). Da das Kind aber noch sexuell unfähig ist (Laplanche, Pontalis 1973, 588), wäre dieses – so Freud (1896c, 451f) – gezwungen, seine sexuelle Energie auf anderem Wege abzuführen, wie zum Beispiel in psychischen Symptomen. Daraus schließt sich die Annahme, dass die Symptome der Enuresis und Enkopresis derartige Ersatzhandlungen, in denen die sexuellen Triebe zum Ausdruck kommen, darstellen können.

Im Zuge der Textbearbeitung wurde deutlich, dass Freud ab 1905 ein psychoanalytisches Erklärungsmodell besonders forciert. Ab diesem Zeitpunkt streicht Freud (1908b, 204; 1909a, 238; 1925j, 22; 2007a, 87ff; 2008, 205) an mehreren Stellen seines Werkes den Gedanken der Pollution hervor. Der Pollutionsgedanke schließt eng an den Überlegungen zur Angst- und Verführungstheorie an; jedoch mit dem Unterschied, dass die Symptome der Enuresis und Enkopresis nicht mehr wie davor auf eine Angstneurose oder auf Verführungserlebnisse, sondern um 1905 auf sexuelle Verbote zurückgeführt werden. Kindliche Betätigungen am Genitale werden von den Eltern sehr häufig mit Kastrationsdrohungen beantwortet, wobei das Ziel verfolgt wird, die Sexualität des Kindes zu unterdrücken (vgl. Freud 1925j, 22; Freud 2008, 149 und 170f). Insofern liegt die Annahme nahe, dass das Kind aus Angst, die Kastrationsdrohung könnte realisiert werden, seine Sexualtriebe unterdrückt, sodass es zu einer Verschiebung der infantilen Sexualität des Kindes kommen kann.

Daraus ergibt sich eine mögliche Ursache für die Entstehung der Enuresis und Enkopresis: Das Ablassen des Urins wird vom Kind als sexuelle Erektion und der Akt des Einkotens als autoerotisch masturbatorischer Akt erlebt (Freud 1924d, 397; Freud 2007a, 87ff). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen könnten die Symptome der Enuresis und Enkopresis als Ausdruck und Folge der infantilen Sexualität begriffen werden. Somit fielen in diese Kategorie (B.1. und C.1.)

insgesamt 15 Zuordnungen, wobei 9 davon in die Kategorie B.1. und 6 in die Kategorie C.1. eingeordnet wurden. Des Weiteren finden sich in den Gesammelten Werken Freuds 3 Textstellen, in denen Freud die Symptome der Enuresis und Enkopresis nicht nur in der kindlichen Onanie begründet liegen sieht, sondern diese auch im Kontext von Kastrationsängsten und Aggressivität betrachtet (Freud 1917c, 406f; Freud 1925j, 22; Freud 2008, 170f).

So kann festgehalten werden, dass Freuds Theorien zur Entstehung von Enuresis und Enkopresis im Laufe der Zeit einer Entwicklung unterzogen waren und unterschiedliche theoretische Schwerpunktsetzungen auszumachen sind. Es ist anzunehmen, dass diese unterschiedlichen Erklärungsansätze auch unterschiedliche pädagogische Implikationen in sich bergen, wobei sich Freud in den vorgestellten Textpassagen diesbezüglich aber kaum explizit äußert. Dennoch konnten aus den vorhin erwähnten psychoanalytischen Erklärungsmodellen zur Enuresis und Enkopresis erste Hinweise auf pädagogische Implikationen bzw. Konsequenzen abgeleitet und theoretisch argumentiert werden. Gegenstand des nachstehenden Absatzes ist die zusammenfassende Darstellung dieser pädagogischen Überlegungen.

Pädagogische Konsequenzen

Infantile Sexualäußerungen des Kindes sollten nicht durch bestimmte Erziehungsmethoden von Erwachsenen unterdrückt werden. Freud (1925j, 22; 2008, 149 und 170f) streicht an mehreren Stellen seines Werkes hervor, wie zum Beispiel in seinem berühmten Fall der „Wolfsmann“ (1918b), dass Erwachsene, kindliche masturbatorische Betätigungen am Genitale, häufig mit Kastrationsdrohungen beantworten, wobei das Ziel verfolgt wird, den Sexualtrieb des Kindes zu unterdrücken. Dadurch entstehe im Kind die Angst, dass die Kastrationsdrohung realisiert werden könnte bzw. sind Kinder häufig der Ansicht, dass das weibliche Genitale das Resultat einer Kastration darstelle (vgl. Laplanche, Pontalis 1973, 242ff). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen liegt folgende Annahme nahe: Indem infantile sexuelle Triebe unterdrückt werden bzw. versucht wird, autoerotische Masturbationen zu vermeiden, sucht sich der Sexualtrieb eine Ersatzhandlung, wie beispielsweise Pollutionsträume, die zur Enuresis nocturna führen können. Insofern könnte man davon ausgehen, dass der unterdrückte infantile sexuelle Reiz im Symptom der Enuresis und Enkopresis Ausdruck finden kann, da

Freud (1909a, 238; 2007a, 87ff) an mehreren Stellen seines Werkes betont, dass im Urinieren bzw. Einkoten eine sexuelle Erektion erlebt werden kann. Aus pädagogischer Sicht könnte von Freuds Überlegungen abgeleitet werden, dass es Eltern und Erzieher nach Tunlichkeit vermeiden sollten, Sexualbetätigungen von Kindern zu unterdrücken bzw. diese unter Androhung von Kastration zu verbieten.

Nach der Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse aus den Gesammelten Werken Freuds, ist Gegenstand des folgenden Subkapitels die methodische Auseinandersetzung mit der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik.

5.2 Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik (1926/27-1937)

5.2.1 *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang I (1926/27)*

Im Jahrgang I dieser Zeitschrift wurden zwei Texte von Ernst Schneider, die sich mit dem Symptom der Enuresis auseinandersetzen, identifiziert. Der erste Text beschäftigt sich im weitesten Sinne mit der kindlichen Sexualität (Schneider 1926/27, 203ff). Im Zusammenhang damit wird die Kinderanalyse der kleinen Erna geschildert, die an einer Enuresis erkrankt war (Schneider 1926/27, 203ff). Im zweiten Text, der eng mit dem ersten Text zusammenhängt, nimmt der Autor (Schneider 1926/27, 343ff) nochmals Bezug auf Ernas Fall und die Hintergründe für das Symptom der Enuresis.

5.2.1.1 Zur Sexualforschung des Kindes (Ernst Schneider 1926/27)

Schneider (1926/27, 203ff) erwähnt in diesem Text die Enuresis nocturna, allerdings geht er (Schneider 1926/27, 343ff) auf die Hintergründe für das Bettnässen erst im zweiten Text „Ein Fall von Bettnässen“ (Schneider 1926/27) näher ein. Folglich kann der Text „Zur Sexualforschung des Kindes“ (Schneider 1926/27) nur bedingt bearbeitet werden. Dennoch muss er einerseits zum Zwecke der Vollständigkeit und andererseits um den Text „Ein Fall von Bettnässen“ (Schneider 1926/27) besser verstehen zu können, genannt und erläutert werden.

Kontextuelle Verortung

In dem Text „Zur Sexualforschung des Kindes“ (Schneider 1926/27), der der Kategorie A.3. zugerechnet wurde, beschreibt der Autor (Schneider 1926/27, 203ff) die Kinderanalyse der sechseinhalbjährigen Erna. Im Zentrum der Analyse stehen die kindliche Sexualforschung und anschließend das Symptom der Enuresis bzw. der Enuresis nocturna, da Erna Bettnässerin ist (Schneider 1926/27, 204). Mit der Geburt ihres kleinen Bruders Paul hatte nicht nur das Bettnässen begonnen, sondern sie entwickelte auch ein starkes Interesse an der Frage, woher die Kinder kommen (Schneider 1926/27, 220). In den Analysestunden schilderte Erna unterschiedliche Theorien über die Geburt und Zeugung von Kindern. Beispielsweise vermutete sie, dass Kinder im Bauch wachsen, indem die Mutter Brot und Milch zu sich nimmt und, dass die Babys durch die Brust oder den Mund auf die Welt kommen. (Schneider 1926/27, 204f und 217)

Weiters erzählte sie in einer anderen Sitzung von einem Spiel mit ihrem Bruder Paul (Schneider 1926/27, 205). Dabei ging es darum, dass Erna im Spiel aus „Buben Mädchen und aus Mädchen ... Buben macht“ (Schneider 1926/27, 209). Erna identifizierte sich wiederholt mit männlichen Personen (Schneider 1926/27, 211), außerdem vertrat Erna die Annahme, dass sie früher ein Junge gewesen sei (Schneider 1926/27, 219). Dies äußerte sie folgendermaßen:

„Ich weiß nicht, warum die Knaben und Männer ihr Genitale behalten können, während die Mädchen und Frauen es verlieren“ (Schneider 1926/27, 217).

Im Zuge der Kinderanalyse übernahm Schneider die Aufgabe der sexuellen Aufklärung. Diesbezüglich schreibt er (Schneider 1926/27, 217):

„¹⁷[Du weißt doch, dass du nicht gleich bist, wie Fritz und Paul¹⁸?] – ‚Ich habe lange Haare und trage ein Röckchen.‘ [Dann hast du noch anderes an Fritz und Paul beobachtet.] – ‚Die haben unten so ein Pumperchen und ein Zipfelchen.‘ [Wenn dann Fritz und Paul groß geworden sind, dann kommen in dies Pumperchen Sämchen. ... Die kommen dann aus dem Pumperchen und gehen durch das Zipfelchen heraus und dort hinein, wo bei der Frau das Wässerchen herauskommt. Die Sämchen gehen dann zu den Eilein, und dann können sie wachsen, bis ein Kindchen geworden ist.].“

¹⁷ Der Autor führte die Ausführungen von Erna unter Anführungszeichen und seine eigenen unter den eckigen Klammern an.

¹⁸ Fritz und Paul sind die Geschwister von Erna, wobei Fritz älter und Paul jünger ist als Erna.

Nachdem Erna über den Zeugungsvorgang beim Menschen aufgeklärt wurde, fand eine Veränderung statt. Die Mutter berichtete davon, dass Erna nicht nur das Symptom des Bettnässens aufgeben konnte, sondern auch viel harmonischer und ausgeglichener wurde. (Schneider 1926/27, 218)

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Wie zu Beginn schon erwähnt, konnte aufgrund der wenigen Informationen über das Bettnässen, diese Fallvignette noch keiner Kategorie zugeordnet werden. Erst der Text „Ein Fall von Bettnässen“ (Schneider 1926/27, 343ff) schildert die Ursachen für Ernas Enuresis nocturna. Dennoch geht Schneider (1926/27, 218ff) an einigen wenigen Stellen auf die Enuresis nocturna ein. Aus diesen Überlegungen können jedoch nur Vermutungen bezüglich des Bettnässens abgeleitet werden, die im nachstehenden Absatz Erwähnung finden.

Vor allem mit der Geburt des kleinen Bruders, entwickelte Erna großes Interesse an der Sexualität bzw. an Geburts- und Zeugungsvorgängen. Für Erna war es unbegreiflich, weshalb die Mutter vor der Geburt Pauls immer dicker wurde. Folglich entwickelte sie unterschiedliche Geburtstheorien, um sich diesen Vorgang zu erklären. (Schneider 1926/27, 220f)

Da das Bettnässen genau zu diesem Zeitpunkt auftrat, als Paul geboren wurde (Schneider 1926/27, 220), legt dies den Schluss nahe, dass ein enger Zusammenhang zwischen der Enuresis nocturna, der Geburt ihres kleinen Bruders und der sexuellen Unklarheit bestehen könnte. Außerdem schildert der Autor (Schneider 1926/27, 218), dass Erna infolge der sexuellen Aufklärung das Bettnässen aufgeben konnte.

Bezüglich der Hintergründe für das Symptom der Enuresis nocturna schreibt Schneider (1926/27, 218):

„Das Bettnässen verschwand für längere Zeit. Hierüber habe ich später zu berichten.“

Einige Zeilen weiter schreibt er (Schneider 1926/27, 220):

„Bei der Besprechung des Bettnässens werden wir noch verschiedenes ergänzen können.“

An dieser Stelle führt der Autor explizit an, dass die Hintergründe für das Bettnässen erst im Text „Ein Fall von Bettnässen“ (Schneider 1926/27, 343ff), der im nachstehenden Kapitel behandelt wird, ausführlich geschildert werden.

Obwohl Schneider in diesem Text die Ursachen für das Bettnässen noch nicht klärt, erwähnt er einige „pädagogische Vorschläge“ (Schneider 1926/27, 222) zur Sexualaufklärung des Kindes. Da Ernas Enuresis nocturna vermutlich auch mit der Unklarheit der Sexualität zusammenhing, werden in den nachstehenden Passagen diese „pädagogischen Vorschläge“ (Schneider 1926/27, 222) näher ausgeführt. Inwiefern diese für die Behandlung des Symptoms der Enuresis relevant sein könnten, wird sich bei der Bearbeitung des Textes „Ein Fall von Bettnässen“ (Schneider 1926/27, 343ff) zeigen.

Pädagogische Konsequenzen

Schneider (1926/27, 222f) führt diese pädagogischen Empfehlungen zur Sexualaufklärung des Kindes in Form von Thesen an, die er wie folgt umreißt:

„1) Die Sexualforschung in der Spielzeit, ..., ist erzieherisch zu leiten, indem die Fragen nach der Herkunft der Kinder beantwortet werden, und zwar a) sobald das Kind eine entsprechende Frage stellt, ... b) Die Antwort hat sich auf den Umfang der Frage einzustellen. ... c) Die Antwort muss den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. ... 2) Jede Beantwortung muss dem Kinde die ‚Überzeugung‘ aufrechterhalten, dass es sich jederzeit vertrauensvoll an die gleiche Quelle um Aufklärung seiner Fragen wenden könne. 3) Die Leitung der kindlichen Sexualforschung hat durch die Eltern zu geschehen, resp. durch die Personen, die das Vertrauen des Kindes genießen. ... 4) Die kindliche Sexualforschung setzt zweimal ein, zuerst in der Spielzeit, dann bei beginnender Pubertät. ... 5) Eine sexuelle Aufklärung ... kann bei der Leitung der kindlichen Sexualforschung niemals schaden. Sie wirkt erziehend und manchen späteren Konflikten vorbeugend. Eine spätere Aufklärung in Verbindung mit analytischer Lösung verdrängter Konflikte wirkt befreiend“ (Schneider 1926/27, 222f).

Im folgenden Subkapitel wird der Text „Ein Fall von Bettnässen“ (Schneider 1926/27) behandelt, in dem Schneider (1926/27, 343ff) – wie schon erwähnt – näher auf die Behandlung und die Hintergründe für Ernas Bettnässen eingeht.

5.2.1.2 Ein Fall von Bettnässen (Ernst Schneider 1926/27)

Kontextuelle Verortung

Der Autor (Schneider 1926/27, 343ff) beschreibt in diesem Text, der der Kategorie A.2. zugeordnet wurde, die Hintergründe für Ernas Bettnässen. Das Bettnässen bei Erna setzte mit dem pavor nocturnus (nächtliches Aufschrecken) und mit der Geburt

des Bruders ein (Schneider 1926/27, 344 und 349). Worauf das Bettnässen zurückgeführt werden könnte, wird in den nachstehenden Passagen erläutert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Schneider (1926/27, 344) geht näher auf den Zusammenhang von Ernas Bettnässen und dem Symptom des pavor nocturnus ein, wobei er vor allem die Einberufung des Vaters in den Krieg für das nächtliche Aufschrecken verantwortlich macht.

Daraus ergäbe sich – laut Schneider (1926/27, 349) – eine mögliche Ursache für das Bettnässen:

„Nachdem der Vater in den Krieg einberufen worden war, führte der Liebesverlust zu erotischen Stauungen, die sich als Angst (Pavor) bemerkbar machten. In einer Regression wurde eine Ersatzbefriedigung gefunden und die Angst erledigt.“

Laut Schneider (1926/27, 345) nässte Erna das Bett, wenn der Pavor nicht auftrat, somit trat anstelle des „Angstanfalles die Urinentleerung“ (Schneider 1926/27, 345). Die Abreise des Vaters in den Krieg verursachte bei Erna einen Liebesverlust (Schneider 1926/27, 349). Aufgrund dessen gelang Schneider (1926/27, 345) zu der Annahme, „dass die oben beschriebene Regression den Weg über die Angst genommen hat.“ Bald darauf wurde der kleine Bruder von Erna geboren, was einen weiteren Liebesverlust zur Folge hatte, da Erna die Aufmerksamkeit und Zuneigung der Mutter mit ihrem kleinen Bruder teilen musste. Infolgedessen suchte sich Erna ein Symptom, um mit dem kleinen Bruder gleichgesetzt zu werden. (Schneider 1926/27, 344f)

Schneider (1926/27, 344f) beschreibt die Situation der Gleichsetzung wie folgt:

„Um die verlorene Aufmerksamkeit durch die Mutter wieder zurückzugewinnen, dürfte eine Gleichsetzung mit dem Säugling versucht worden sein, der auch das Bettchen nässt und dadurch die Mutterpflege herbeiruft.“

Schneider (1926/27, 345) kommt zu der Auffassung, dass der „Verlust eines Liebesobjekts“ (Schneider 1926/27, 345), in diesem Fall waren es der Vater und die Mutter gleichzeitig, zu einer „Stauung der Erotik“ (Schneider 1926/27, 345) führt, die sich in „Angst“ (Schneider 1926/27, 345) äußert. Bei Erna trat dies in Gestalt des pavor nocturnus auf, wobei die Angst durch eine „Ersatzbefriedigung“ (Schneider 1926/27, 345), in diesem Fall das Bettnässen, abgeführt wird. Aufgrund des Gedankens, den Schneider hier äußert, wurden diese Textstellen der Kategorie B.5.

zugeordnet, die Positionen von Autoren beinhaltet, dass die Enuresis auf stark emotionale Ereignisse oder gravierende Veränderungen in der Familie zurückgeführt werden kann (Heinemann, Hopf 2001, 204). Bezogen auf Erna war es der Einzug des Vaters in den Krieg und die Geburt des kleinen Bruders. In diesem Sinne wird das enuretische Verhalten bei Erna als Regression aufgefasst. (Schneider 1926/27, 349)

Durch die Geburt des Bruders entwickelte Erna großes Interesse an der Sexualforschung und sie äußerte den Wunsch, auch ein Kind haben zu wollen, wie die Mutter (Schneider 1926/27, 349). Andererseits hatte sich Erna, wie im Text „Zur Sexualforschung des Kindes“ (Schneider 1926/27) bereits angedeutet wurde, vermehrt mit männlichen Personen identifiziert (Schneider 1926/27, 211), beispielsweise im Spiel, wo sie aus „Buben Mädchen und aus Mädchen ... Buben macht“ (Schneider 1926/27, 209). Dennoch war für Erna sehr bald ersichtlich, dass sie nicht das gleiche Genitale besitzt, wie die Knaben (Schneider 1926/27, 349f). Schneider (1926/27, 349f) beschreibt diese Situation folgendermaßen:

„Mit der Geburt des Brüderchens begann die Sexualforschung, und es erwachte der lebendige Wunsch, auch ein Kind zu bekommen, wie die Mutter. Andererseits entwickelte sich eine starke Vateridentifikation. Die hier entstehenden Versagungen und Gewissenskonflikte (Angst- und Schuldgefühle) fanden eine Lösung nach hysterischem Muster im Symptom des Bettnässens, das einen ‚Urinpenis‘ und ein ‚Urinkind‘ lieferte.“

Diese Textpassage konnte doppelt zugeordnet werden. Einerseits der Kategorie B.3., wo Autoren das Symptom der Enuresis auf den Kastrationskomplex zurückführen. Erna versuche die Penislosigkeit durch den Urinstrahl zu kompensieren, da der Urinstrahl „die Vorstellung des Besitzes eines Penis erzeugen“ könne (Schneider 1926/27, 347). Andererseits der Kategorie B.4., die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enuresis im Penisneid zugrunde liegen könnte. Wie bereits erwähnt identifizierte sich Erna vermehrt mit dem männlichen Geschlecht (Schneider 1926/27, 211), wobei allem Anschein nach der Urinstrahl als Penisersatz diene (Schneider 1926/27, 350). Allerdings nimmt der Penisneid im Verlauf der Entwicklung eine andere Form an. Denn es wird der Wunsch nach dem Penis durch ein Kind ersetzt. (Laplanche, Pontalis 1973, 375)

Dies war auch bei Erna der Fall, indem sie den Wunsch äußerte, auch ein Kind haben zu wollen, wie die Mutter (Schneider 1926/27, 349). Dies legt die Annahme nahe, dass sich Erna aufgrund der Sexualaufklärung durch Schneider gegenüber Jungen

nicht mehr benachteiligt fühlte, somit konnte sie das Symptom der Enuresis nocturna bzw. ihren ‚Urinpenis‘ (Schneider 1926/27, 350) aufgeben, da an deren Stelle der Kinderwunsch trat.

Welche Konsequenzen sich daraus für die pädagogische Praxis ergeben, wird im Folgenden erläutert.

Pädagogische Konsequenzen

Bezogen auf dieses Fallbeispiel könnte davon ausgegangen werden, dass das Symptom der Enuresis nicht nur Ausdruck und Folge regressiven Verhaltens, sondern auch Ausdruck und Folge des Kastrationskomplexes und Penisneids war. Aufgrund der Abreise des Vaters und der Geburt des kleinen Bruders, um den sich die Mutter vermehrt kümmerte, entstand für Erna ein Verlust, den sie durch das Symptom der Enuresis zu kompensieren versuchte (Schneider 1926/27, 349). Diesbezüglich schreibt Schneider (1926/27, 344): „Gelingt es dem Kinde selber oder der Erziehung, für den Verlust einen Ersatz zu schaffen, so hört die Verfehlung wieder auf, sonst aber kann sie sich leicht zu einem Fehler auswachsen.“ Daraus könnte man schließen, dass vor allem bei eintretenden Veränderungen in der Familie, Eltern ihre Kinder in die Prozesse miteinbeziehen sollten. Beispielsweise könnten bei der Geburt eines Geschwisterchens die Eltern ihre älteren Kinder auffordern, sie bei der Säuglingspflege zu unterstützen, indem auch Mal der große Bruder oder die große Schwester dem Baby das Fläschchen geben darf.

Bereits im vorigen Text wurde darauf hingewiesen, dass Erna infolge der Sexualaufklärung das Bettnässen aufgeben konnte (Schneider 1926/27, 218). Durch die Wahrnehmung des Geschlechtsunterschieds, wurde bei Erna der Kastrationskomplex eingeleitet (Schneider 1926/27, 217). Sie ist davon ausgegangen, dass Mädchen früher auch einen Penis hatten, der aber abgefallen sei (Schneider 1926/27, 217). Es ist anzunehmen, dass sich Erna dadurch benachteiligt fühlte, und infolge des Kastrationskomplexes einen Penisneid entwickelte. Laut Schneider (1926/27, 350) hat sie sich einen Ersatz für den Penis, einen so genannten ‚Urinpenis‘ (Schneider 1926/27, 350), der im Symptom der Enuresis ausgedrückt wurde, geschaffen. Aufgrund Schneiders Sexualaufklärung konnte Erna ihren Penisneid bzw. ‚Urinpenis‘ (Schneider 1926/27, 350) und das Bettnässen aufgeben

(Schneider 1926/27, 218), da vermutlich anstelle des Peniswunsches der Kinderwunsch trat (Schneider 1926/27, 349). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen liegt die Einschätzung nahe, dass es besonders wichtig ist, Kinder sexuell aufzuklären, da dies laut Schneider (1926/27, 223) erziehend wirkt und dadurch spätere Konflikte verhindert werden könnten. Welchen Grundsätzen eine solche Sexualaufklärung laut Schneider (1926/27, 222f) zu folgen hat, findet sich auf Seite 100 dieser Arbeit dargestellt.

5.2.2 *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang II (1927/28)*

Im Jahrgang II der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik konnten drei Texte erschlossen werden, die jedoch alle der Kategorie A.3. zugeordnet wurden, da nur an einigen wenigen Stellen auf das Symptom der Enuresis verwiesen wird. Gegenstand der folgenden Subkapitel ist die Bearbeitung dieser drei aufgefundenen Texte bzw. Textstellen.

5.2.2.1 Beobachtungen an Kindern. Einige kleine Mitteilungen aus dem Kinderleben (Sabine Spielrein-Scheftel 1927/28)

Im zweiten Jahrgang dieser Zeitschrift wurde ein Dokument über das Symptom der Enuresis nocturna aufgefunden. Die damalige Psychoanalytische Pädagogik hat sich eingehend mit dem Symptom der Enuresis beschäftigt, folglich hat Spielrein-Scheftel (1927/28, 98) einige Mitteilungen aus den Kinderbeobachtungen wiedergegeben und in diesem Text vier Träume von Bettnässern geschildert. Diese vier Träume werden in den nachfolgenden Passagen erwähnt:

„Fall 1. Wassia, 10 Jahre alt. Bettnässer

Traum: ‚Ich träume vom Onkel und Großvater, wir gingen in den Garten, wir fuhren Kahn, fingen Fische. Ich bin beinahe ertrunken, man hat mich gerettet‘ [dies geschah in Wirklichkeit]“ (Spielrein-Scheftel 1927/28, 98).

„Fall 2. Fedia, 9 Jahre alt. Bettnässer

Vater des Kindes gestorben, war Schuster. Traum: ‚Ich mache das Bett nass. Ich träume, wie wenn ich flöge. Alles rennt mir nach und ich fliege‘“ (Spielrein-Scheftel 1927/28, 98).

„Fall 3. Wolodia, 12 Jahre alt. Bettnässer

Vater gestorben, war Schlosser. Schlaf: ‚Ich schlafe sehr tief; man kann klopfen so viel man will – ich erwache nicht; man ist genötigt, die Türe aufzubrechen.‘ Geht zu Bett um 9 Uhr abends, erwacht um 6½ Uhr. Traum: ‚Ich träume selten. Manchmal, als ob ich Schlitten

führe im Winter oder wie wenn ich weitaus zur Behandlung ginge; ich sollte im Meere baden, badete im Meere’“ (Spielrein-Scheftel 1927/28, 98).

„Fall 4. Lisa, 13 Jahre alt. Bettnässer

Traum: Träume selten. Heute träumte ich, wie wenn ich viele Verstorbene zum Begräbnis trüge. Einen berührte ich. Der Pfarrer schrie: ‚Rühre ihn nicht an, er ist ansteckend.‘ (Das Mädchen hat überhaupt große Angst vor verschiedenen Erkrankungen, will auch Arzt werden, um zu wissen, welche Krankheiten es gibt, ‚vielleicht tut man sich irgendeinen Schaden an und weiß nicht, was schadet und was nicht‘.)“ (Spielrein-Scheftel 1927/28, 98).

Bemerkenswert ist, dass diese Träume keine weitere Kommentierung, Deutung und Interpretation erfahren haben. Insofern können sie hier nicht näher bearbeitet werden, dennoch wurden sie zum Zwecke der Vollständigkeit angeführt.

5.2.2.2 Die Abwehr der Selbstbefriedigung (Ernst Schneider 1927/28)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text vertritt der Autor die Annahme, dass „die Selbstbefriedigung in ihrer primären Form als Lustgewinnung am Genitale eine Entwicklungsaufgabe zu erfüllen hat, und zwar in der Säuglingszeit, in der Spielzeit und in der Pubertätszeit, also auf den Höhepunkten der stufenmäßigen Entwicklungslinie von der Geburt bis zum Erwachsensein“ (Schneider 1927/28, 143). Ausgangspunkt der Überlegungen Schneiders (1927/28, 144) war, dass jede erlebte Lust nach einer Wiederholung strebt. Daher könne die Selbstbefriedigung nur schwer aufgegeben werden (Schneider 1927/28, 144). Schneider (1927/28, 146) geht näher auf den Zusammenhang von Selbstbefriedigung und Einnässen ein. In diesem Kontext nimmt er ein paar Hinweise zur Entstehung des Symptoms der Enuresis vor.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Schneider (1927/28, 146) erwähnt ein Fallbeispiel aus der analytischen Beobachtung, wo auf das Symptom der Enuresis nocturna verwiesen ist. Er beschreibt die Situation folgendermaßen:

„A. hat in der Jugend onaniert, soweit er sich zurückerinnern kann. In der Latenzzeit konnte die normale Unterbrechung nicht erreicht werden. Die Eltern trafen allerlei Vorkehrungen, um die Onanie zu unterdrücken. So banden sie ihm einmal die Hände an das Bett. Jetzt begann er jede Nacht das Bett zu nässen, bis er die Hände frei bekam und wieder onanieren konnte“ (Schneider 1927/28, 146).

Diese Textpassage wurde der Kategorie B.1. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass Enuretiker, im Ablassen des Urins eine Ersatzbefriedigung für Masturbation erleben

(Calef u.a. 1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203). Die verspürte sexuelle Erregung, die bei A. auftrat und nicht ausgelebt werden konnte, wurde im Symptom der Enuresis ausgedrückt bzw. abgeführt.

Pädagogische Konsequenzen

Da die Onanie von der damaligen Gesellschaft weitgehend als Sünde wahrgenommen worden sei, traten laut Schneider (1927/28, 145) „verstärkend die Maßnahmen der Erziehung hinzu“, um die kindliche Onanie zu verhindern. Vor allem das vorhin erwähnte Beispiel verdeutlicht, welche Mittel eingesetzt wurden, um die kindliche Onanie zu unterdrücken. Die sexuellen Triebe des Kindes müssen dennoch ausgelebt werden, daher suchen sie sich Surrogathandlungen, wie beispielsweise das Symptom der Enuresis oder Enkopresis. Schneider (1927/28, 145) äußert in diesem Text die Annahme, dass die Onanie entweder als „Sünde“ oder als etwas „Harmloses“ betrachtet wird. Diesbezüglich schreibt er (Schneider 1927/28, 145):

„Man wird in ihr gewissermaßen ein Feuer erblicken, das man hegen und pflegen muss, wie überhaupt alle Faktoren der Liebesentwicklung, damit es nicht entweder erstickt werde oder das ‚Haus in Brand‘ setze.“

Aufgrund des Gedankens den der Autor in diesem Zitat entwickelt, könnte man davon ausgehen, dass die infantile Onanie von Seiten der Erwachsenen nicht verboten werden soll. Denn einerseits könnte sie laut Schneider (1927/28, 145) „ersticken.“ Vermutlich versteht der Autor unter dem Begriff „ersticken“, dass sexuelle Triebe von Außen unterdrückt werden, wodurch das Kind irgendwann sexueller Emotionen nicht mehr fähig sein könnte. Mit der Aussage, das ‚Haus in Brand‘ (Schneider 1927/28, 145) setzen, könnte Schneider meinen, dass das Kind aufgrund ständiger Unterdrückung pathologisch reagiere und folglich Störungen, in diesem Fall die Symptome der Enuresis und Enkopresis, entwickle. Zusammenfassend könnte vor dem Hintergrund der eben geschilderten Überlegungen, als pädagogischer Vorschlag genannt werden: Eltern sollten kindliche Betätigungen am Genitale nicht verbieten, sondern den Kindern Raum schaffen, um diese ausleben zu können.

5.2.2.3 Onanie: Beobachtungen und Gedanken eines Anstaltlehrers (Leonhard Schwarz 1927/28)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text schildert der Autor ein Fallbeispiel über einen Jungen, der wegen exzessiver Onanie von seinem Vater in ein Erziehungsheim gebracht wurde. Besonders auffällig war, dass der Junge nicht mehr onanierte seitdem er in diesem Erziehungsheim untergebracht war. (Schwarz 1927/28, 190)

Der Autor (Schwarz 1927/28, 190) beschäftigt sich in diesem Fallbeispiel mit der kindlichen Onanie, bzw. mit der Frage nach der Ursache für das Aufgeben der Onanie. In diesem Kontext kommt er (Schwarz 1927/28, 190) auf das Bettnässen zu sprechen. Darin finden sich Ansätze zur Entstehung der Enuresis nocturna.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bezüglich des Zusammenhanges der kindlichen Onanie und dem Symptom der Enuresis schreibt Schwarz (1927/28, 190):

„Aber immerhin musste es auffallen, dass bei dem ‚unverbesserlichen Onanisten‘ nicht ein Fall von Selbstbefriedigung bemerkt wurde. Darüber allgemeines Befremden. Man suchte die Ursache der plötzlichen Besserung in der neuen Umgebung. ... Aber das Befremden bezog sich gar bald auf eine andere, mehr positive Tatsache. Der Knabe entpuppte sich als Bettnässer der schlimmsten Sorte. Kaum verging einmal eine Nacht, während der er nicht einnässte. Weckten wir ihn um zehn Uhr, so hatte er bestimmt um ein Uhr das Bett nass. Weckten wir ihn um zehn Uhr, zwölf Uhr, drei Uhr und fünf Uhr, so kam es vor, dass er noch um halb sieben Uhr einnässte. Nach zuverlässiger Aussage der Eltern hatte er daheim so selten nass gemacht, dass es überhaupt nicht der Rede wert war. So blieb uns damals nur der Schluss übrig, dass das Bettnässen ein Ersatz für Onanie sei.“

Diese Textpassage wurde der Kategorie B.1. zugeordnet, die Aussagen von Autoren versammelt, die dem Akt des Einnässens sexuelle Bedeutung beimessen. Kinder entwickeln – aus dieser Perspektive – das Symptom der Enuresis infolge des lustvollen Erlebnisses, das beim Ablassen des Urins verspürt wird (Calef u.a. 1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203).

Pädagogische Konsequenzen

Welche Konsequenzen sich dadurch für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben könnten, wird von Schwarz nicht näher ausgeführt. Dennoch wird durch dieses Fallbeispiel veranschaulicht, welche Folgen die Unterdrückung der kindlichen Onanie für die weitere Entwicklung des Kindes haben kann.

5.2.3 *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang III (1928/29)*

Im Jahrgang III dieser Zeitschrift wurden zwei Texte aufgefunden, in denen der Autor Baudouin Mitteilungen zu einigen Beobachtungen an Kindern, die am Symptom der Enuresis leiden, macht.

5.2.3.1 *Leidvoller Verlust und Regression im Kindesalter (Charles Baudouin 1928/29)*

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.3. beigeordnet wurde, schildert Baudouin (1928/29, 194ff) Beobachtungen zu Kindern, bei denen Verluste oder traumatische Erlebnisse zu Fehlentwicklungen bzw. Regressionen führten. In diesem Kontext verweist Baudouin (1928/29, 195ff) auf drei Fallbeispiele, wobei sich in den Fallbeispielen „James“ und „Lydia“ im Bettnässen – seiner Ansicht nach – regressives Verhalten ausdrücke.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

James verlor seine Mutter mit sechs Jahren. Sein Vater hatte ein zweites Mal geheiratet und James fing an Schlafzuwandeln und ins Bett zu nässen. (Baudouin 1928/29, 195)

Baudouin (1928/29, 195) schildert James als einen zarten Jungen, der voller Ängste sei und nicht mit seiner Stiefmutter darüber sprechen könnte. James hatte folgenden Traum, in dem sich ein paar Hinweise zum Symptom des Bettnässens finden:

„Ich bin in einem Hotel vor einer Schlucht. Unten ist ein Fluss. Von vorn sieht man die andere Seite der Schlucht. Mein Kamerad Jean-Louis erklettert diese andere Seite, klammert sich an große Schlüsselblumen. Nachdem er einige Gräser herausgezogen hat, ertönt

plötzlich aus dem Hotel der Gong, der zum Mittagessen ruft. Er stürzt sich wie ein Flieger in die Luft, fällt ins Wasser, indem er ‚Mama, Mama‘, schreit. Als er hinaufkletterte, hatte er kurze Haare, als er schreiend herabfiel, hatte er lange Haare’ (Baudouin 1928/29, 195).

Baudouin (1928/29, 195) hat folgende Assoziationen zu diesem Traum: Auf der einen Seite möchte James durch die Umwandlung in Jean-Louis, der ein sehr guter Schüler sei, groß und stark sein. Auf der anderen Seite drückte er im Traum durch den Verweis auf die langen Haare, die er früher so trug, den Wunsch aus, noch klein und schwach zu bleiben. Darüber hinaus gab James an, dass er in der Nacht sehr wohl erwache, wenn er ein Bedürfnis hat, jedoch aus Angst, traue er sich nicht das Bett zu verlassen.

Diesbezüglich vertritt Baudouin (1928/29, 195f) folgende Annahme:

„In Wirklichkeit wünscht er von seiner Mutter gepflegt zu werden, wie damals, als er klein war. ... Schließlich wird man zugeben müssen, dass Assoziationen bestehen zwischen dem Symptom des Bettnässens, dem oben zitierten Traum vom Wasser, in das er fällt, und den klassischen Phantasien von der Rückkehr ins feuchte Element (Mutterschoss). Andere Träume hatten zum Gegenstand den Kastrationskomplex in Beziehung zur Regression (kleinbleiben); diese Träume führten ebenfalls zum Zeitpunkt des Todes der Mutter zurück.“

Aufgrund des Gedankens, den der Autor in diesen Textpassagen entwickelt, wurden diese Stellen der Kategorie B.5. zugeordnet, in der zum Ausdruck gebracht wird, dass emotional erlebte Ereignisse und Veränderungen in der Familie für Kinder bedrohlich wirken könnten, und sie daher mit einem regressiven Verhalten reagieren (Heinemann, Hopf 2001, 204). In diesem Fall beginnt James, der schon trocken war, wieder ins Bett zu nassen. Aus diesem Grund muss der Verlust der Mutter als Ursache für James Regression betrachtet werden. (Baudouin 1928/29, 196)

Der zweite Fall, den Baudouin (1928/29, 198f) schildert, ist dem ersten Fall sehr ähnlich, da Lydia nach dem Tod ihrer Mutter, begonnen hat in ihr Bett zu nassen. Lydias Bettnässen hielt bis zum 14. Lebensjahr an.

Laut Baudouin (1928/29, 199) drückt Lydia im Bettnässen den Wunsch aus, von der Mutter, wie in früher Kindheit, versorgt zu werden. Dieses Fallbeispiel wurde auch der Kategorie B.5. zugeordnet, da die Enuresis nocturna bei Lydia als regressives Verhalten aufgefasst werden kann, in dem sich die „Sehnsucht nach der Mutter und der früheren Kindheit“ ausdrückt (Baudouin 1928/29, 199).

Pädagogische Konsequenzen

Obwohl der Autor keine expliziten Ratschläge für die pädagogische Praxis äußert, legen die eben erwähnten Überlegungen von Baudouin folgenden pädagogischen Vorschlag nahe: Situationen, wie beispielsweise der Verlust eines Elternteils, die Scheidung der Eltern etc. kann ein Kind als sehr traumatisch erleben, sodass es sich, wie Baudouin (1928/29, 195) es ausdrückt, „die Rückkehr ins Kinderparadies“ wünscht, und „dass es dieses bis zu einem gewissen Grade auch erreicht.“ Hinsichtlich dessen könnte davon ausgegangen werden, dass primäre Bezugspersonen diese traumatischen Erlebnisse mit ihren Kindern thematisieren sollten, um so eventuelle Regressionen zu verhindern.

5.2.3.2 Ein Fall von Bettnässen. Parallelismus verschiedener Symptome (Charles Baudouin 1928/29)

Kontextuelle Verortung

Wie der Titel schon ausdrückt, beschäftigt sich dieser Text, der der Kategorie A.2. zugerechnet wurde, mit dem Symptom der Enuresis. Zu Beginn des Textes schildert der Autor (Baudouin 1928/29, 323f) allgemeine Überlegungen zum Symptom der Enuresis. Anschließend wird der Blick zur Illustration dieser Gedanken auf eine kurze Fallvignette gelenkt.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bezüglich der Entstehung des Symptoms der Enuresis schreibt Baudouin (1928/29, 323):

„Man hat dieses Symptom mit der kindlichen Onanie in Verbindung gebracht, ebenso mit dem Kastrationskomplex. Andererseits sind wir auf Fälle gestoßen, die von einem Regressionszustand beherrscht zu sein schienen.“

Diese Textpassage konnte dreifach zugeordnet werden, nämlich der Kategorie B.1., in der die Enuresis auf die infantile Onanie zurückgeführt wird, der Kategorie B.3., die Positionen von Autoren fasst, in denen die Enuresis als Ausdruck des Kastrationskomplexes wahrgenommen wird und der Kategorie B.5., wo Autoren das enuretische Verhalten als regressives Verhalten auffassen.

Einige Zeilen weiter schildert Baudouin (1928/29, 323) ein Fallbeispiel: Ein siebenjähriger Junge, namens Claude leidet an einer Enuresis, die von zwei weiteren

Störungen begleitet wird. Erstens war es für Claude besonders schwierig, schön zu schreiben und zweitens, verlangte Claude, dass seine Mutter oder sein Kindermädchen jeden Abend neben seinem Bett sitzen solle. Erste Ansätze für regressives Verhalten äußern sich in dem Wunsch Claudes, dass die Mutter oder sein Kindermädchen neben ihm sitzen sollen, wenn er zu Bett geht. Weitere Hinweise finden sich bei der Behandlung der Schreibschwierigkeiten. Claude sollte einen Vornamen, der mit dem Buchstaben C beginnt, schreiben. Jedoch fiel Claude kein einziger Vorname mit C ein und er erwähnte auch seinen eigenen nicht.

Dies führte Baudouin (1928/29, 323f) zu folgendem Schluss:

„Diese merkwürdige Verdrängung zeigte deutlich, dass der eigene Vorname ein Gegenstand der Nichtachtung war und dass das Kind mit seiner Weigerung, diesen Vornamen zu schreiben, vor allem den großen Anfangsbuchstaben, der ein Hauptsymbol für das Ich ist, sich weigerte, sich selbst anzuerkennen (Selbstverkleinerung). Das stimmte übrigens durchaus mit der Furchtsamkeit und mit der Haltung beim Einschlafen, wo er sich wie ein kleines Kind benahm, überein. So verstärkten diese hinzutretenden psychologischen Symptome den Sinn des hauptsächlichsten physischen Symptoms, der Enuresis. In Anlehnung an andere Analysen könnte man schon versucht sein, diese Enuresis als Ergebnis einer Sehnsucht nach der Säuglingszeit zu deuten, eines Wunsches nach Selbstverkleinerung.“

Aufgrund der Überlegungen von Baudouin wurde diese Textstelle der Kategorie B.5. zugeschlagen, die zum Inhalt hat, dass die Enuresis als Regressionssymptom aufgefasst werden kann.

Pädagogische Konsequenzen

Wie damit umzugehen ist, wenn ein Kind aufgrund traumatischer Erlebnisse regrediert und sich dies im Symptom der Enuresis ausdrückt, findet in diesem Text keine Erwähnung. Allerdings sollte im Umgang mit diesen Kindern beachtet werden, dass ein körperliches Symptom (in diesem Fall die Enuresis) selten alleine auftritt und meist in einer innerpsychischen Dynamik zugrunde liegt (Baudouin 1928/29, 324). Gelingt es, einen Zugang zu dieser innerpsychischen Dynamik zu bekommen, und diese zu bearbeiten, könnte das körperliche Symptom eventuell dadurch behoben werden.

5.2.4 *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang IV (1930)*

Im Jahrgang IV dieser Zeitschrift wurde ein Text identifiziert, in dem Beobachtungen über einen Jungen, der an einer Enuresis nocturna leidet, geschildert werden (Kalischer 1930, 246ff). Dieser Text wird im folgenden Subkapitel behandelt.

5.2.4.1 Aus der heilpädagogischen Anstaltspraxis (Hans Kalischer 1930)

Kontextuelle Verortung

Im Text „Aus der heilpädagogischen Anstaltspraxis“, der der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, berichtet Kalischer (1930, 246ff) im vierten Kapitel über einen Knaben namens Walter, der Bettnässer ist. Da Walters Vater aus dem Krieg nicht mehr nach Hause kehrte, heiratete seine Mutter ein zweites Mal, wobei Walters Stiefvater als ein sehr gewalttätiger Mensch beschrieben wird. Aus dieser Ehe gingen zwei weitere Kinder hervor, die vom Stiefvater gegenüber Walter bevorzugt behandelt wurden. Da Walters Art dem Stiefvater widerstrebte, wurde er in einem Waisenhaus untergebracht. (Kalischer 1930, 246)

Kalischer (1930, 246) gibt an, dass er durch eine „Reihe von Träumen“ Zugang zu den „unbewussten Konflikten des Knaben“ gefunden hat. In diesem Kontext finden sich ein paar Hinweise auf die Entstehung des Bettnässens von Walter.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Kalischer (1930, 247) beschreibt folgenden Traum:

„Eine schattenhaft ungewisse Landschaft. Darin ist das wesentliche Merkmal, dass ein Fluss nicht den Weg nimmt, den er eigentlich nehmen müsste, da ihn eine Häusergruppe oder eine Kiesgrube in seinem Lauf behindert. – Er sieht einen Stock, den er in die Erde steckt, um einen elektrischen Strom durch ihn zu leiten. – An einer anderen Stelle desselben Traumes handelt es sich um einen eiförmigen Ball, der einem kleinen Jungen gehört, den dieser vergeblich sucht, aber nicht finden kann.“

Kalischer (1930, 247) deutet diesen Traum folgendermaßen: Der Ball, die Traumlandschaft und der Fluss tragen die Farbe Grau, wobei Grau für „Trostlosigkeit“ (Kalischer 1930, 247) steht. In diesem Moment hatte Walter einen

Einfall, nämlich „wenn er früher vom Wasser träumte, geschah es immer wegen des Bettnässens“ (Kalischer 1930, 247). Walter war Bettnässer bis zu seinem 11. Lebensjahr. Hat Walter ins Bett genässt, sprach der Stiefvater immer wieder Drohungen gegenüber Walter aus. (Kalischer 1930, 247)

Diese Drohungen bezeichnete Walter lediglich als ‚dofen Quatsch‘ (Kalischer 1930, 247). Weiters gibt Walter an, dass er immer dann ins Bett nässte, „wenn er sich am Tage ärgerte. Er wusste, dass es trotz aller Mahnungen doch kommen würde“ (Kalischer 1930, 247). In einem weiteren Gespräch kommt Walter auf die Sexualität und Kastration zu sprechen (Kalischer 1930, 248), das laut Kalischer (1930, 248) für Walter besonders unangenehm und schwierig war. Beispielsweise erklärte der Vater die Kastration mit dem Wort ‚Rausreißen‘ (Kalischer 1930, 248), wodurch die in Walters Traum erwähnte Passage des verlorenen Balles gedeutet werden könnte, nämlich als Kastrationsangst (Kalischer 1930, 248). Für Kalischer (1930, 250) bestand die zentrale Aufgabe bei Walter in der „Lösung der großen Kastrationsängste, in die ihn das tyrannische Auftreten und die einer Drohung gleichkommende Redewendung des Stiefvaters getrieben hatte.“

Aufgrund der eben beschriebenen Überlegungen, lässt sich Walters Enuresis nocturna der Kategorie B.3. zuordnen, da Walter vermutlich im Bettnässen seine Kastrationsängste ausdrückte. Vor allem Enuretiker leiden unter der Angst, dass die Genitale beschädigt werden könnten (Katan 1946, Berezin 1954; zit. nach Schmid-Boß 2005, 329) oder verloren gehen könnten (Calef u.a. 1980; zit. nach Schmid-Boß 2005, 329). Es lässt sich vermuten, dass es sich bei den Drohungen des Stiefvaters, die Walter als ‚dofen Quatsch‘ (Kalischer 1930, 247) bezeichnete, um Kastrationsdrohungen handelte.

Pädagogische Konsequenzen

Welche Vorschläge sich daraus für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben könnten, wird von Kalischer nicht explizit ausgeführt. Vor dem Hintergrund der eben geschilderten Überlegungen, liegt aber die Annahme nahe, dass primäre Bezugspersonen und Erzieher keine Kastrationsdrohungen in Gegenwart der Kinder aussprechen sollten.

Im Jahrgang V dieser Zeitschrift wurden drei Texte zu den Symptomen Enuresis und Enkopresis aufgefunden, wobei zwei davon der Kategorie A.3. und einer der Kategorie A.2. zugeordnet wurde.

5.2.5.1 Einige Bemerkungen zu dem von Ella Terry beschriebenen Fall
(Melitta Schmideberg 1931)

Kontextuelle Verortung

Schmideberg (1931, 40ff) unternimmt in diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, den Versuch, einen Zusammenhang zwischen dem von Ella Terry beschriebenen Fall (Tom) und ihren eigenen Patienten zu rekonstruieren. In diesem Kontext finden sich einige Hinweise auf die Symptome der Enuresis und Enkopresis.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

In den folgenden Absätzen werden drei Fallvignetten geschildert, in denen die Autorin (Schmideberg 1931, 41ff) Bezug zur Enuresis und Enkopresis nimmt, wobei die dritte Fallvignette, aufgrund der wenigen Informationen nicht näher bearbeitet werden kann, dennoch zum Zwecke der Vollständigkeit genannt werden muss.

In dem von Terry beschriebenen Fall wurde deutlich, dass Tom „unbewusst das ‚Frei- und leicht-Sprechen‘ dem Defäzieren gleichsetzt und dass er vermutlich nicht frei sprechen kann, weil er das Hergeben des Stuhles fürchtet“ (Schmideberg 1931, 41). Diesbezüglich hat Schmideberg (1931, 41) in der Analyse bei ihren Patienten festgestellt, dass diese Angst in der Befürchtung, „dass die Mutter dem Kind den Stuhl wegnimmt“ begründet liegt. In diesem Kontext verweist Schmideberg (1931, 41) auf einen Patienten, der nicht sprechen konnte, da er Angst hatte, dass man ihm seine Gedanken stehlen könnte. Im Lauf der Analyse wurde deutlich, dass er die Gedanken in seinem Kopf mit dem Stuhl gleichsetzte.

Schmideberg (1931, 41) deutet dies folgendermaßen:

„Als ich ihm deutete, er fürchte, dass ich ihm den Stuhl wegnähme, um ihn für mich zu sammeln, bestätigte er diese Deutung durch die Erinnerung, die Mutter hätte dies tatsächlich getan, indem sie seinen Stuhl für den Düngerhaufen sammelte.“

Diese Textpassage wurde der Kategorie C.5. beigemessen. Diese Kategorie enthält Aussagen von Autoren, die das Symptom der Enkopresis als Verlustangst auffassen. Welche Ereignisse zu dieser Verlustangst führten, wird jedoch nicht näher ausgeführt. Häufig wird die Verlustangst, welche im Symptom der Enkopresis ausgedrückt wird, auf Trennungserlebnisse zurückgeführt (Krisch 1985; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337f).

Ein weiterer von Schmideberg (1931, 41) beschriebener Fall handelt von einem Mädchen, wobei zu Beginn der Analyse ihr Stehlen im Mittelpunkt stand. Erst durch weitere Analyseeinheiten wurden die Hintergründe für das Stehlen klar. Dieses Mädchen hatte das gestohlene Geld mit seinem Stuhl gleichgesetzt bzw. wollte sie durch das gestohlene Geld, den „gestohlenen“ Stuhl wiederherstellen.

Diesbezüglich schreibt Schmideberg (1931, 41f):

Es „besteht die Angst vor der Vergeltung der Mutter, die Angst, sie werde dem Kind den Stuhl wegnehmen, und häufig auch die Vorstellung, sie habe es schon getan, der Körper sei beschädigt. Diese Angst wird durch das Stehlen beruhigt, indem das Kind sich Stuhl verschafft und auf diese Art seinen Körper wieder in Ordnung bringt.“

Versucht man die Textstelle von Schmideberg einer Kategorie zuzuordnen, wird deutlich, dass dies nicht ganz einfach ist. Aufgrund des Gedankens den die Autorin hier äußert wurde diese Passage sowohl der Kategorie C.5., die zum Inhalt hat, dass im Symptom der Enkopresis eine Verlustangst ausgedrückt wird, als auch der Kategorie C.2. „*Enkopresis als Ausdruck und Folge des Kastrationskomplexes*“ zugeschlagen. Bezogen auf dieses Zitat kann davon ausgegangen werden, dass sich die Angst des Kindes nicht nur auf das Wegnehmen des Stuhls bezieht, sondern auch darauf, dass die Mutter dies schon getan hat und, dass das Kind seinen Körper durch diesen Verlust als beschädigt wahrnimmt (Schmideberg 1931, 41f). Aus diesem Grund wurde diese Textpassage auch der Kategorie C.2. zugeschlagen. Der Kastrationskomplex des Kindes äußert sich in Verlustängsten, wobei der Penis dem Stuhl gleichgesetzt wird (Freud 1917c; zit. nach Gerlach 2002, 368). In unserem Falle könnte man davon ausgehen, dass sich das Mädchen als Resultat der Kastration betrachtet, diese jedoch symbolisch durch die „Beschaffung des Stuhls“ wieder auszugleichen versucht.

Im dritten Beispiel wird der Fall eines Knaben beschrieben, der bis zu seinem sechzehnten Lebensjahr Bettnässer war, dann aber spontan damit aufhörte (Schmideberg 1931, 42f). Wie bereits zu Beginn erwähnt, kann dieser beschriebene Fall aufgrund der wenigen Informationen nicht näher bearbeitet werden, dennoch wurde er zum Zwecke der Vollständigkeit angeführt.

Pädagogische Konsequenzen

Wurde das Symptom beseitigt, der Konflikt aber nicht gelöst, komme es – so Schmideberg (1931, 43) – zu einer Symptomverschiebung. Diesbezüglich hält Schmideberg (1931, 43) fest:

„Nur wenn ... Angst und Schuldgefühl sich verringern, und der unbewusste Konflikt in einer der Realität besser angepassten Form ausgetragen wird, wird das Schwinden des Symptoms gleichzeitig eine wirkliche Besserung bedeuten.“

Ausgehend davon muss der Konflikt, der für das Einnässen und Einkoten verantwortlich ist, erkannt und aufgelöst werden, denn erst dann könne eine Besserung eintreten.

5.2.5.2 Bettnässen und Geschwisterkomplex (Charles Baudouin 1931)

Kontextuelle Verortung

Dieser Text, der der Kategorie A.2. beigeordnet wurde, beschäftigt sich genauer mit der Frage, inwiefern ein Zusammenhang zwischen Geschwisterbeziehungen und dem Symptom der Enuresis bestehen kann (Baudouin 1931, 112f). Im Zentrum von Baudouins (1931, 112f) Überlegungen steht das Fallbeispiel Madeleine, die am Symptom der Enuresis nocturna leidet. Als Madeleine circa siebzehn Monate alt war, wurde ihre kleine Schwester Jaqui geboren, wobei Madeleine nicht eifersüchtig auf Jaqui war. Je älter Jaqui wurde, umso mehr hatte man sich mit ihr beschäftigt. Um diese Zeit herum, begann Madeleine wieder einzunässen. Darüber hinaus änderte sich auch das Verhalten von Madeleine, beispielsweise gehorchte sie ihrer Mutter nicht mehr. Daher wurde sie für ein paar Tage bei einer befreundeten Familie untergebracht, wo das Bettnässen plötzlich verschwand. Als Madeleine wieder zu Hause war, begann sie sofort wieder mit dem Einnässen. Madeleine hatte immer ihr Bett mit dem Bett ihrer Schwester verglichen und festgestellt, dass ihr Bett, obwohl sie die Ältere ist, kleiner sei, als das von Jaqui. Daher versprach die Mutter Madeleine, dass sie ein Bett, wie Erwachsene, bekommen werde. Als Madeleine das

neue große Bett bekam, verschwand von einem auf den anderen Tag das Bettnässen. (Baudouin 1931, 112f)

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Wenige Zeilen später nimmt Baudouin (1931, 113) Bezug auf die Hintergründe für das Bettnässen, indem er (Baudouin 1931, 113) schreibt:

„Es steht außer Zweifel, dass alle Störungen, und ganz besonders die Enuresis mit dem Geschwister-Komplex im Zusammenhang sind. Die Enuresis kann in diesem Fall, wie in so vielen anderen, als der Ausdruck des Wunsches, das kleine Kind zu sein, mit dem man sich Tag und Nacht beschäftigt, ausgelegt werden.“

Diese Textpassage wurde der Kategorie B.5. zugeordnet, da das Symptom der Enuresis bei Madeleine auf gravierende Veränderungen in der Familie zurückgeführt werden kann. Das enuretische Verhalten wird als regressives Verhalten verstanden. Auch Madeleine begann erst das Bett zu nässen, als man sich mehr mit Jaqui beschäftigte. Folglich entwickelte Madeleine das Symptom der Enuresis, in dem sich der Wunsch äußerte, wieder „klein“ zu sein, wie ihre Schwester. (Baudouin 1931, 112f)

Pädagogische Konsequenzen

Diesbezüglich schreibt Baudouin (1931, 113):

„Sie [die Mutter; Anm.d.Verf.] befriedigt das Kind, weil sie ihm [dem Kind; Anm.d.Verf.] endlich eine fühlbare Überlegenheit über die kleine Schwester sichert.“

In Fällen, wo die Enuresis als Regressionssymptom verstanden wird, sollte dem Kind eine Möglichkeit geschaffen werden, durch die es sich überlegener und größer fühlt, als beispielsweise die Geschwister (Baudouin 1931, 113). In diesem Fall fühlte sich Madeleine durch das große Bett überlegener als Jaqui, da dadurch laut Baudouin (1931, 113) der „Zustand von Minderwertigkeit“ kompensiert wurde.

5.2.5.3 Das Strafen aus analerotischen Motiven (E. Hitschmann 1931)

In diesem Text, welcher der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, thematisiert Hitschmann (1931, 304) den Zusammenhang von „analerotischen Triebregungen und ihren reaktiven Charakterzügen.“ In diesem Kontext findet sich eine Textstelle, die jedoch – für die vorliegende Arbeit – nur bedingt verwertbar ist. Hitschmann (1931, 306) verweist in dieser Textpassage auf das Symptom der Enuresis und Enkopresis,

allerdings geht er nicht näher darauf ein. Aus diesem Grund kann diese Stelle hier nicht näher bearbeitet werden, dennoch wird sie im Dienste der Vollständigkeit genannt.

Hitschmann (1931, 306) schreibt:

„Neben den bettnässenden Kindern sind wohl die sich mit Stuhl beschmutzenden, auch bis in vorgeschrittene Jahre davon nicht befreien die am meisten, ungeduldig und unter Beschämung Bestrafen.“

Laut Hitschmann (1931, 306) sind im Umgang mit diesen Kindern vor allem „liebevolle Energie, geduldiges Verstehen“ wesentlich, um die Symptome der Enuresis und Enkopresis zu behandeln.

5.2.6 *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang VI (1932)*

Nach eingehender Recherche wurde im Jahrgang VI der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik ein Text erschlossen, in dem neben anderen wesentlichen psychoanalytischen Aspekten unter anderem auf die Symptome der Enuresis und Enkopresis hingewiesen wird.

5.2.6.1 Die Psychoanalyse des Kinderzimmers (Alice Bálint 1932)

Kontextuelle Verortung

Dieser Text, der der Kategorie A.3. beigeordnet wurde, beschäftigt sich im ersten Kapitel eingehender mit der „Erziehung der Triebe“ (Bálint 1932, 54), wobei sich darin Hinweise zur Schwierigkeit der Reinlichkeitserziehung finden (Bálint 1932, 61f). Laut Bálint (1932, 61) stelle es für das Kind eine große Herausforderung dar, den Urin und die Exkremente zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Ort abzugeben, da die Entleerung – so Bálint (1932, 61) – den Kindern ein Lustgefühl unterbreitet, das nicht erlebt werden kann, „wenn die Entleerung auf die von den Erziehern verlangte Art erledigt wird“ (Bálint 1932, 61). Im zweiten Kapitel werden wesentliche Aspekte des Ödipuskomplexes geschildert (Bálint 1932, 68ff). Im dritten Kapitel wird genauer auf den Kastrationskomplex eingegangen (Bálint 1932, 86ff)

und im vierten Kapitel näher auf den Aspekt der Identifizierung¹⁹ (Bálint 1932, 103ff).

Bei der Beschreibung dieser wesentlichen Aspekte der kindlichen Entwicklung, gibt die Autorin ein paar Hinweise zur Entstehung des Symptoms der Enuresis und Enkopresis, die im Folgenden Erwähnung finden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Im ersten Kapitel wurden zwei Fallbeispiele zum Symptom der Enuresis und Enkopresis erwähnt (Bálint 1932, 67). Im ersten Fall handelt es sich um einen kleinen Jungen, der wieder begonnen hatte, das Bett zu beschmutzen, da die Mutter weniger Zeit für ihn hatte (Bálint 1932, 67). Im zweiten Fall geht es um ein Mädchen, das ins Bett nässte, wenn sie nicht, „wie sie es gewohnt war, von der Mutter zu Bette gebracht wurde“ (Bálint 1932, 67). Im Hinblick auf diese Textstellen erklärt sich Bálint (1932, 67) das Einnässen mithilfe der Regression. Diesbezüglich schreibt sie (Bálint 1932, 67):

„Eine recht häufige Erscheinung ist es auch, dass die Kinder auf einen Wechsel ... mit Rückfällen reagieren.“

Aufgrund dessen wurden diese Fallbeispiele der Kategorie B.5. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enuresis als Regressionssymptom aufgefasst werden kann. Da in der Kategorie B.5. lediglich auf die Enuresis verwiesen ist, muss an dieser Stelle die Kategorie auf das Symptom der Enkopresis erweitert werden. Folglich wird die Kategorie C.9. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge von regressivem Verhalten“* induktiv²⁰ entwickelt. Dieser Kategorie werden Textstellen zugeordnet, in denen das enkopretische Verhalten als Regressionssymptom aufgefasst wird.

Im zweiten Kapitel verweist Bálint (1932, 77) auf eine weitere Fallvignette zum Symptom der Enuresis nocturna. Dabei geht es um ein sieben Jahre altes Mädchen, das noch im gleichen Zimmer, wie die Eltern schläft und jede Nacht ins Bett nässt, außer in der Woche, wo die Mutter menstruiert (Bálint 1932, 77). Bezogen auf

¹⁹ Der Aspekt „Identifizieren“ meint, „dass das Kind die Außenwelt von Anfang an mit Hilfe von Identifizierungen kennen lernt“ (Bálint 1932, 104). Beispielsweise betrachtet das Kind eine dicke Masse als Kot und eine Flüssigkeit als Urin (Bálint 1932, 104).

²⁰ Induktive Kategorienbildung siehe Kapitel 4.4 (Fußnote S. 59)

diesen Fall versteht Bálint (1932, 77) „das Urinieren [als] eine Ausdrucksform der kindlichen Sexualität.“ Diesbezüglich schreibt Bálint (1932, 77):

„Des weiteren müssen wir noch berücksichtigen, dass bei kleinen Mädchen eben die Gegend der Harnröhrenöffnung und der Klitoris die wichtigste Trägerin der sexuellen Erregung ist, und dass in dieser Körperregion auch die Onanie vor sich geht; und endlich ist das Urinieren eine bekannte infantile Ableitungsart der verschiedensten Aufregungen. Das Bettnässen ist in diesem Fall ein deutliches Zeichen dafür, dass das Kind auf seine Art die Eltern nachahmt. Die von den Eltern mit Erstaunen beobachtete Tatsache, dass das Bettnässen während der Menstruation der Mutter aufhört, bestärkt unsere Annahme.“

Aus diesem Zitat geht hervor, dass das Kind seine sexuelle Erregung durch das Urinieren ausdrückt. Folglich wurde diese Textstelle der Kategorie B.1. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass dem Akt des Urinierens sexuelle Bedeutung beigemessen werden kann.

Pädagogische Konsequenzen

Ist das Symptom der Enuresis oder Enkopresis ein Ausdruck von regrediertem Verhalten, kann laut Bálint (1932, 67) davon ausgegangen werden, dass die „gefühlsmäßige Beziehung mit der Umgebung irgendwie gestört wird.“ Als Beispiel für die Störung der Umwelt könnte die Scheidung der Eltern, der Verlust eines Elternteils oder andere Veränderungen in der Familie genannt werden (Heinemann, Hopf 2001, 204). Diese Überlegungen legen nahe, dass das Kind – falls es möglich ist – auf etwaige Veränderungen vorbereitet werden sollte.

Im zweiten genannten Fallbeispiel führte die Beobachtung des elterlichen Geschlechtsverkehrs zum Einnässen des Kindes. Durch die Beobachtung wurde das Kind sexuell erregt, wobei diese sexuellen Erregungen im Ablassen des Urins abgeführt wurden. (Bálint 1932, 77)

Wenn das Symptom der Enuresis auf die Beobachtung des elterlichen Koitus zurückgeführt wird, könnte vor dem Hintergrund der eben beschriebenen Überlegungen folgende pädagogische Konsequenz abgeleitet werden: Eltern sollten es in der Gegenwart ihres Kindes vermeiden, Geschlechtsverkehr zu haben. Als eine weitere pädagogische Konsequenz könnte die Separierung des Schlafplatzes von dem der Eltern genannt werden (Bálint 1932; zit. nach Lévy 1934, 192). Damit ist gemeint, dass Kinder ihren eigenen Schlafplatz haben sollten, der von jenem der Eltern getrennt ist.

5.2.7 *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang VII (1933)*

In der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang VII konnten insgesamt fünf Texte erschlossen werden, in denen sich Hinweise auf das Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis finden. Zwei Texte davon widmen sich bei der Darstellung von Fallbeispielen zur Gänze den Symptomen der Enuresis und Enkopresis.

5.2.7.1 Über die phallische Phase und ihre Störungen beim Mädchen (Grete Bibring-Lehner 1933)

Kontextuelle Verortung

Bibring-Lehner (1933, 145ff) beschreibt in diesem Text, der der Kategorie A.3. beigeordnet wurde, die Entwicklung des Mädchens, da sie (Bibring-Lehner 1933, 145) davon ausgeht, dass sich diese in einigen Punkten von der des Knaben unterscheidet. Zu diesem Zweck beschreibt Bibring-Lehner (1933, 146ff) genauer drei Aspekte der „kindliche[n] Sexualorganisation“ (Bibring-Lehner 1933, 145): den Ödipuskomplex, die Penislosigkeit und den Kastrationskomplex (Bibring-Lehner 1933, 146ff). Bei der Erklärung des weiblichen Kastrationskomplexes bezieht sich Bibring-Lehner (1933, 150) auf Abrahams Arbeit ‚Über den weiblichen Kastrationskomplex‘, in der zwei Typen unterschieden werden, wobei sich im ersten Typus ein Hinweis zum Symptom der Enuresis findet.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Diesen ersten Typus nennt Abraham (Bibring-Lehner 1933, 150) „Wunscherfüllungstypus“, da der Wunsch vorherrscht, einen Penis zu besitzen und die männliche Rolle zu übernehmen (Bibring-Lehner 1933, 150). Weshalb ein Zusammenhang zwischen dem weiblichen Kastrationskomplex und dem Symptom der Enuresis besteht, wird wie folgt beschrieben:

„Ein neurotisches Symptom, das dieser Gruppe zugeschrieben werden kann, ist die Enuresis nocturna, das nächtliche Bettnässen, bei dem häufig die Vorstellung, wie ein Knabe stehend urinieren zu können, die auslösende Rolle spielt“ (Bibring-Lehner 1933, 150).

Im Hinblick auf diese Textstelle wird das Symptom der Enuresis bzw. Enuresis nocturna mithilfe des Kastrationskomplexes erklärt. Somit wurde diese Passage der

Kategorie B.3. zugeordnet. Vor dem Hintergrund der eben beschriebenen Überlegungen könnte man davon ausgehen, dass sich Enuretikerinnen anhand des Urinstrahls einen Ersatzpenis verschaffen.

Pädagogische Konsequenzen

Es wird nicht darauf hingewiesen, welche Konsequenzen sich daraus für die Pädagogik ergeben.

5.2.7.2 Kindliche Neurosen (Melitta Schmideberg 1933)

In diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, findet sich eine Textpassage, die nur zum Teil für die vorliegende Untersuchung bearbeitet werden kann, aber im Dienste der Vollständigkeit ausgewiesen wird. Schmideberg (1933, 206) versteht in diesem Text das Symptom der Enuresis als eine kindliche Neurose. Allerdings behandelt Schmideberg das kindliche Einnässen nicht genauer, sondern spricht sehr allgemein über die Hintergründe von kindlichen Neurosen.

Diesbezüglich schreibt Schmideberg (1933, 206):

„Diese neurotischen Symptome sind nicht etwa nur durch Erziehungsfehler hervorgerufen, sondern treten auch bei Kindern auf, die in günstiger Umgebung aufwachsen. Sie sind durch Konflikte verursacht, die bei jedem Kinde wirksam sind. Diese Konflikte können durch das Verhalten der Umgebung verstärkt oder gemildert, aber nie ganz vermieden werden.“

Obwohl Schmideberg in dieser Textpassage nicht explizit auf die Entstehung des Symptoms der Enuresis verweist, wird an dieser Stelle deutlich, dass unterschiedliche Faktoren bei der Entstehung einer Enuresis oder auch Enkopresis mitspielen können. Vor dem Hintergrund der eben beschriebenen Überlegungen könnte man davon ausgehen, dass nicht ein bestimmtes psychoanalytisches Erklärungsmodell bei der Entstehung der Enuresis und Enkopresis forciert werden sollte, sondern jeder Fall individuell betrachtet werden muss.

5.2.7.3 Verspätete Reinlichkeitsgewöhnung (Anni Pörtl 1933) und Erziehung im Kindergarten (Hedwig Schwarz 1933)

In den Texten „Verspätete Reinlichkeitsgewöhnung“ (Pörtl 1933, 224ff) und „Erziehung im Kindergarten“ (Schwarz 1933, 349ff) wird ein Fallbeispiel erwähnt,

das aufgrund der geschilderten Ähnlichkeiten und Gedankengänge, die Vermutung nahe legt, dass es sich bei dieser Fallvignette um den gleichen Jungen handelt. Daher werden diese Texte gemeinsam bearbeitet.

Der Text „Erziehung im Kindergarten“²¹ (Schwarz 1933) wurde der Kategorie A.3. zugeordnet, da er sich mit immer wiederkehrenden zentralen praxisorientierten Fragestellungen von Kindergärtnerinnen beschäftigt (Schwarz 1933, 349ff). Diesbezüglich geht Anna Freud näher auf Erziehungsaufgaben, Erziehungsmittel und Erziehungsziele ein (Schwarz 1933, 349ff). In diesem Kontext wird eine Fallvignette erwähnt, in der auf die Symptome Enuresis und Enkopresis verwiesen wird (Schwarz 1933, 350f). Im Gegensatz dazu wurde der Text „Verspätete Reinlichkeitsgewöhnung“ (Pörtl 1933) der Kategorie A.2. zugeordnet, da sich die Autorin (Pörtl 1933, 224ff) in diesem Text ausschließlich mit der Falldarstellung zum Symptom der Enuresis und Enkopresis auseinandersetzt. Zum Zwecke des besseren Verständnisses werden wesentliche Aspekte der Falldarstellung geschildert.

Kontextuelle Verortung

Ein Junge namens Rudi kam aufgrund großer Schwierigkeiten beim Essen und bei der Reinlichkeitserziehung, da er jeden Tag einnässte und einkotete, in die Sondergruppe. Rudi wuchs ohne Vater auf und hatte eine sehr intensive Beziehung zu seiner Mutter, beispielsweise teilten sich die Mutter und Rudi ein gemeinsames Bett. (Pörtl 1933, 224f)

Pörtl (1933, 226ff) schildert in diesem Text folgende Beobachtungen aus dem Kindergarten: Rudi wurde immer blässer und schmaler, demzufolge hatte man ihn zum Essen und Trinken gezwungen, wobei dies vermehrt zum Einnässen und Einkoten führte. Durch mehrere Spielinteraktionen konnte die Kindergärtnerin eine Beziehung zu Rudi aufbauen und es gelang ihr, Rudi zu überreden, aufs Klosett zu gehen. Dabei machte sie die Beobachtung, dass Rudi nicht fähig war, sein Glied zu berühren.

²¹ Bei dem Text „Erziehung im Kindergarten“ (Schwarz 1933) handelt es sich um einen Bericht über den von Anna Freud gehaltenen Vortrag bei einer Versammlung der Wiener Kindergärtnerinnen (Schwarz 1933, 349).

Diesbezüglich schreibt Pörtl (1933, 228):

„Will man ihn dazu bringen, setzt er den heftigsten Widerstand entgegen, bäumt sich auf und ist sehr aufgeregt.“

Erst durch ein Gespräch mit der Mutter konnte die Kindergärtnerin das Verhalten bzw. die Hintergründe für das Einnässen und Einkoten von Rudi verstehen (Schwarz 1933, 350), auf das im nachstehenden Absatz näher eingegangen wird.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Dieses Gespräch wird folgendermaßen beschrieben:

„In diesem Gespräch hörte sie [die Kindergärtnerin; Anm.d.Verf.] zu ihrer Verwunderung, dass das jetzt vierjährige Kind bereits mit zwei Jahren sauber gewesen sei und seine Sauberkeit erst nach einer Operation am Genitale eingebüßt hatte. Der Arzt hatte der Mutter damals eingeschärft, das Kind an der operierten Stelle besonders rein zu halten und ihm nach dem Waschen immer die Haut zurückzuschieben, damit sie nicht wieder vorwachse. Aus dem Grausen und den Ekeläußerungen, die die Mutter noch bei der Schilderung dieser Manipulationen zeigte, verstand die Kindergärtnerin, dass die Frau den Auftrag des Arztes nur mit größtem inneren Widerstreben ausgeführt hatte und erhielt dies auch von der Mutter bestätigt. ... Das Kind machte sich nur dann nass, wenn es die Harnentleerung allein besorgen musste. Ging eine Wärterin mit ihm und half ihm dabei, blieb es sauber“ (Schwarz 1933, 350f).

Die Hintergründe für das Verhalten bzw. Einnässen des Jungen werden wie folgt erklärt:

„Das Kind hatte den Ekel der Mutter übernommen, es benahm sich so, wie es annehmen musste, dass die Mutter es von ihm wünsche“ (Schwarz 1933, 351).

Diese Textstelle wurde der Kategorie B.6. zugeordnet, da das Symptom der Enuresis auf das mütterliche Verhalten zurückgeführt werden kann. Mangelnde Empathie, fehlendes Verständnis oder Fehler in der Erziehung könnten das Kind in negativer Weise beeinflussen. Da in der Kategorie B.6. lediglich auf das Symptom der Enuresis verwiesen ist, muss an dieser Stelle eine induktive Kategorie zum Symptom der Enkopresis abgeleitet werden, nämlich die Kategorie C.10. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens“*. In diese Kategorie fallen Textstellen, in denen Autoren das Symptom der Enkopresis auf ein bestimmtes mütterliches Verhalten, wie beispielsweise fehlendes Verständnis oder Erziehungsfehler, zurückführen.

Pädagogische Konsequenzen

Im folgenden Zitat wird auf sehr anschauliche Art und Weise der Grund, weshalb der Junge das Einnässen aufgeben konnte, geschildert:

„In diesem Fall half nur das eine: Das scheinbare Verbot des Berührens aufzuheben, vor allem die Mutter zu veranlassen, das Missverständnis, das ihr Verhalten verursacht hatte, dem Kinde gegenüber aufzuklären. Dies ist auch geschehen und das Kind wurde nach kurzer Zeit sauber“ (Schwarz 1933, 351).

Indem die Kindergärtnerin Rudi mitteilte, dass man sich vor seinem eigenen Glied nicht ekeln müsse, bzw. dass alles in Ordnung sei, konnte Rudi das Einnässen und Einkoten schrittweise aufgeben (Pörtl 1933, 229).

5.2.7.4 Eine Kinderanalyse (Steff Bornstein 1933)

Kontextuelle Verortung

Dieser Text, der der Kategorie A.2. zugeschlagen wurde, beschreibt die kinderanalytische Behandlung Peters, der aus Angst seinen Stuhl nicht hergeben kann (Bornstein 1933, 253). Bornstein (1933, 254) beschreibt diese Situation, wie folgt:

„Er hält mit krampfhafter Anstrengung seinen Stuhl mindestens einen Tag lang, meistens aber zwei bis drei Tage, gelegentlich vier bis fünf Tage zurück. Kann er dann nicht mehr zurückhalten, so lässt er unter größter Angst, dass er die Höschen beschmutzen könnte, sich aufs Töpfchen setzen und entleert mit einem Ausdruck des Entsetzens im Gesicht, um dann sofort vom Töpfchen fortzulaufen, als sei es gefährlich, in der Nähe seiner Exkremente zu verweilen. Seine Angst bei dem Entleerungsprozess scheint etwas geringer, wenn er nicht aufs Töpfchen gesetzt, sondern die Entleerung im Garten abgehalten wird.“

Im Zuge der Analyse wurden die Hintergründe für sein Verhalten deutlich. Als Peter eineinhalb Jahre alt war, war ein Mädchen namens Kiki bei Peters Familie längere Zeit zu Besuch. Da Kiki Schwierigkeiten bei der Urinentleerung hatte, wurde sie bei ihnen untergebracht. Man ging davon aus, dass ein Milieuwechsel Kiki helfen würde. (Bornstein 1933, 268)

Wurde Kiki auf den Topf gesetzt, „schrie sie grellend durch das ganze Haus: ‚Ich will nicht!‘“ (Bornstein 1933, 268). Inwiefern dieses Erlebnis mit dem Verhalten von Peter zusammenhängt wird im nächsten Absatz erläutert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Die Hintergründe, weshalb Peter Angst bei der Stuhlentleerung verspürte, beschreibt Bornstein (1933, 268) folgendermaßen:

„Der Bericht der Mutter über die Kiki-Geschichte und die starre Behauptung von Peter ‚die Kiki hat doch kein Loch gehabt‘ machten die Vermutung wahrscheinlich, dass er damals bei Kiki zum ersten Mal das weibliche Genitale sah, und dass er ihre Penislosigkeit in Verbindung mit ihrem Schreien brachte, dass er also angenommen hatte, die Mutter hätte die Kiki, als sie auf dem Töpfchen saß, kastriert, und dass sie deshalb so geschrien hätte.“

Aufgrund des Gedankens den Bornstein hier äußert, wurde diese Textstelle der Kategorie C.2. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enkopresis auf den Kastrationskomplex zurückgeführt werden kann. Der Kastrationskomplex wird durch die Wahrnehmung des Geschlechtsunterschieds eingeleitet (Gerlach 2002, 366) und äußert sich in Verlustängsten, bzw. in der Angst, dass Körperteile verloren gehen könnten (Calef u.a. 1980; zit. nach Schmid-Boß 2005, 329).

Gestützt kann diese Annahme durch folgende Aussage Peters werden:

„Einmal war auf dem Topf mein Pipi hart geworden, wie ich großen Wunsch gemacht habe. Da hat es mir wehgetan, da hat mich der Topf am Pipi gestoßen. Da hab’ ich gedacht, mein Pipi ist abgebrochen. Weil mein Topf zu klein war“ (Bornstein 1933, 279).

Hinsichtlich dessen kann man davon ausgehen, dass Peter das Symptom der Enkopresis infolge der Kastrationsangst entwickelte.

Pädagogische Konsequenzen

Die Frage, welche Konsequenzen sich daraus für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben könnten, wird im Text nicht erläutert. Dennoch könnte vor dem Hintergrund der eben geschilderten Überlegungen die pädagogische Konsequenz, dass Erwachsene keine Kastrationsdrohungen aussprechen sollten, abgeleitet werden. Infolge der Wahrnehmung des anatomischen Geschlechtsunterschieds kann es häufig zum Kastrationskomplex kommen (Gerlach 2002, 366). Die Aufgabe des Erziehers wäre es, dem Kind die Hintergründe für den Geschlechtsunterschied zu erklären und es nicht in dem Glauben zu lassen, dass das weibliche Genitale das Resultat der Kastration sei.

5.2.8 *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang VIII (1934)*

Im Jahrgang VIII dieser Zeitschrift wurden sechs Texte erschlossen, wobei sich fünf davon mit dem Symptom der Enuresis auseinandersetzen und lediglich einer mit dem Symptom der Enkopresis. Gegenstand der nachstehenden Subkapitel ist die Auseinandersetzung mit diesen sechs aufgefundenen Texten bzw. Textstellen.

5.2.8.1 Aus der Analyse eines Zweijährigen (Editha Sterba 1934)

Kontextuelle Verortung

Sterba (1934, 37ff) schildert in diesem Text, der der Kategorie A.2. zugeschlagen wurde, den Fall „Georg“, der an einer chronischen Obstipation leidet. Georg wurde vom Kindermädchen Minna betreut, die im Umgang mit Georg sehr harsch war. Im Laufe der Analyse wurde deutlich, dass Georg Angst vor dem Defäkieren hatte und sich deshalb weigerte den Stuhl abzusetzen. Weshalb Georg dieses Verhalten entwickelte wird im Folgenden geschildert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Sterba (1934, 51) äußert die Vermutung, dass die Vorgänge der Reinlichkeitserziehung für Georgs Verhalten verantwortlich seien. Diese Vermutung bestätigte sich nach zahlreichen Sitzungen (Sterba 1934, 51). Diesbezüglich schreibt Sterba (1934, 64):

„Die Forderung an den kleinen Georg lautet also: ‚Du musst deinen Stuhl sofort hergeben, wann ich es will, du musst drücken.‘ Und wenn der Kleine dieser Forderung nicht sofort Folge leistete, weil er das nicht konnte, dann folgte gleich die strenge Strafe in Form von Prackern und in Form des Einlaufs, durch die ihm das, was er sich herzugeben weigerte, einfach entrissen wurde.“

Laut Sterba (1934, 65) hat Georg die Obstipation durch die Strenge der Reinlichkeitserziehung entwickelt. Diesen Gedanken formuliert Sterba (1934, 65) folgendermaßen:

„Georg hatte also ein normales Stuhlabsetzen vor der Behandlung überhaupt nicht erlernt, er hatte bei der Reinlichkeitserziehung nur sein Symptom erworben.“

Daher wurden diese Textpassagen in die Kategorie C.7. eingeordnet, die Auffassungen von Autoren umspannt, dass die geringe Empathie der primären

Bezugsperson bei der Sauberkeitserziehung für die Entstehung des Symptoms der Enkopresis verantwortlich ist (Schmid-Boß 2005, 343).

Pädagogische Konsequenzen

Aus den eben geschilderten Überlegungen kann die pädagogische Konsequenz abgeleitet werden, dass von der primären Bezugsperson bei der Erziehung zur Reinlichkeit Verständnis, Einfühlungsvermögen und Geduld aufgebracht werden sollen.

5.2.8.2 Vom Bettnässen des Kindes (Kata Lévy 1934)

Kontextuelle Verortung

Bei diesem Text, der der Kategorie A.2. zugeordnet wurde, handelt es sich um eine Übersichtsarbeit, die sich mit der Ätiologie der Enuresis genauer auseinandersetzt, wobei Lévy (1934, 178ff) unterschiedliche Auffassungen von Autoren zum Symptom der Enuresis schildert. Im ersten Teil dieses Textes werden neben medizinischen Erklärungsmodellen, auf die nicht näher eingegangen wird, da sie für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht relevant sind, psychoanalytische Erklärungsmodelle von unterschiedlichen Autoren angeführt (Lévy 1934, 179ff). Darüber hinaus beschreibt Lévy (1934, 181f) die Positionen von Hitschmann, Jones, Róheim und Ferenczi, die den Zusammenhang zwischen der Urethralerotik und dem Urethralcharakter, in Anlehnung an die Arbeit von Freud (1908b) „Charakter und Analerotik“ dargestellt haben. Im zweiten Teil dieses Textes werden weitere psychoanalytische Erklärungsmodelle zum Symptom der Enuresis geschildert, wobei diese mit verschiedenen Fallbeispielen gestützt sind (Lévy 1934, 184ff). Der dritte Teil setzt sich genauer mit der Lösung bzw. Behandlung der Enuresis auseinander (Lévy 1934, 191ff).

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bei der Bearbeitung der Gesammelten Werke Sigmund Freuds wurde deutlich, dass Freud die Enuresis meist mit einer Pollution gleichsetzt (Lévy 1934, 179). Die Position Freuds wird auch von Marcuse gestützt, der die Enuresis als eine ‚Pollution des Unreifen‘ begreift (Lévy 1934, 183). Weiters führt Lévy (1934, 180) die Position Sadgers (1910) an, der die Enuresis mit der Urethralerotik in Verbindung brachte,

wobei dieser davon ausgeht, dass die Enuresis nur dort auftritt, „wo gesteigertes Lustgefühl vorhanden ist, welches entweder durch den Akt des Urinierens selbst oder durch das Benässen des eigenen Körpers hervorgerufen sein kann“ (Sadger 1910; zit. nach Lévy 1934, 180).

Daher wurden diese Textstellen der Kategorie B.1. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enuresis ein Ausdruck der „Sexualisierung des Urinierens“ (Schmid-Boß 2005, 330) ist.

Weiters verweist Lévy (1934, 183) auf die „Koinzidenz des Bettnässens mit Träumen von Urinieren.“ Diesbezüglich führt sie (Lévy 1934, 184) die Position von Rank (1912) an, der den Zusammenhang von Träumen bzw. Harnreizträumen und Bettnässen betont. Da bereits in Kapitel 5.1.2 (siehe S. 76) bei der Bearbeitung der Gesammelten Werke Freuds Band II/III Harnreizträume, die Otto Rank in seinen Veröffentlichungen beschrieb, geschildert und bearbeitet wurden, wird hier nicht mehr näher darauf eingegangen.

Ein weiterer Aspekt auf den Lévy (1934, 185) verweist, ist, dass – laut Sadger – häufig Fehler in der Erziehung, beispielsweise das überfürsorgliche Verhalten der Mütter, eine Rolle bei der Entstehung des Symptoms der Enuresis spielen. Diesbezüglich schreibt Sadger (Lévy 1934, 185):

„Besonders das überflüssige Berühren des kindlichen Genitales. ... Den Fehler der Mütter, die über die physiologisch begründete Altersgrenze hinaus ihrem Söhnchen bei Erledigung seiner körperlichen Bedürfnisse manuelle Hilfe leisten usw.“

Diese Textpassage wurde doppelt zugeordnet. Zum einen der Kategorie B.8., wo Autoren die Enuresis als Folge einer fehlgeschlagenen Autonomieentwicklung und Loslösung von der primären Bezugsperson begreifen, da eine intensive Mutter-Kind-Beziehung besteht. Zum anderen der Kategorie B.6., die zum Inhalt hat, dass die Enuresis als Folge mütterlichen Verhaltens betrachtet werden kann.

Darüber hinaus versteht Lévy (1934, 186) das Symptom der Enuresis als Ausdruck und Folge der Regression, wobei sie (Lévy 1934, 186) vor allem den Verlust einer geliebten Person im Leben des Kindes, für die Regression, die sich im Einnässen ausdrückt, verantwortlich macht. Diesbezüglich verweist Lévy (1934, 187) auf die Fallbeispiele von Baudouin, die in Kapitel 5.2.3.1 (siehe S. 108) angeführt sind und

auf Schneiders Fallbeispiel „Die kleine Erna“, welches in Kapitel 5.2.1.2 (siehe S. 100) dargestellt ist.

Diese Textstelle wurde der Kategorie B.5. beigemessen, die zum Inhalt hat, dass das enuretische Verhalten als regressives Verhalten aufgefasst werden kann.

Des Weiteren führt Lévy (1934, 188ff) zwei Fallbeispiele von Enuretikern an, wobei beim ersten Beispiel laut Lévy (1934, 190) „alle Ursachen, die bei essentieller Enuresis einzeln vorzukommen pflegen, hier als Faktoren wirksam sind.“ Es handelt sich um ein Mädchen, das infolge eines Objektverlusts regredierte und wieder einnässte. Als weitere Determinanten für die Entstehung der Enuresis bei diesem Mädchen wird der Penisneid in Verbindung mit dem Kastrationskomplex genannt. (Lévy 1934, 188f)

Diesbezüglich schreibt Lévy (1934, 189):

„Dass die Enuresis des Kindes häufig, wie auch in unserem Fall im Kastrationskomplex wurzelt, zeigt uns ein charakteristisches Symptom. Solche Kinder manifestieren – nebst ihrer Enuresis diurna – eine demonstrativ scheinende läppische Ungeschicklichkeit beim Verrichten ihrer Bedürfnisse. ... Diese spezifische Ungeschicklichkeit ist einerseits, wie ein ständiger Vorwurf an die Adresse der Person gerichtet, die für diese Unfähigkeit verantwortlich gemacht wird (Mutter oder auch Vater). Andererseits ist sie die dem Analytiker bekannte Manifestation des Kastrationskomplexes.“

Versucht man dieses Fallbeispiel einer Kategorie zuzuschlagen, wird deutlich, dass dies nicht so einfach ist. Da diese Textpassage drei verschiedene psychoanalytische Erklärungsmodelle beinhaltet, wurde sie drei verschiedenen Kategorien zugeteilt: der Kategorie B.3., B.4. und B.5.

Im zweiten erwähnten Fallbeispiel von Lévy (1934, 190) handelt es sich um eine neunjährige vaterlose Halbwaise, die in einem Waisenhaus untergebracht wurde. Aufgrund der lieblosen Umgebung begann das Mädchen jede Nacht einzunässen (Lévy 1934, 190). Bezüglich der Hintergründe für das Bettnässen schreibt Lévy (1934, 190):

„Auf das Anstaltsleben, in dem ihr die Leiterin keine Mutterliebe bieten kann, reagiert sie wieder mit Enuresis. ... Das Bettnässen war vielmehr eine Triebreaktion des Kindes auf die frostige Waisenhausatmosphäre; es reagierte wie ein Kind, das sich nach einer Liebesenttäuschung gekränkt zurückzieht und in der Onanie Trost sucht.“

Diese Textpassage wurde einerseits der Kategorie B.1. zugeschlagen, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enuresis auf die infantile Onanie zurückgeführt werden könnte; andererseits der Kategorie B.5., da laut Katan (1946; zit. nach Schmid-Boß 2005, 326) „bei den Regredierten die Wärme des Urins die Bedeutung haben kann, als Kind an die Brust der Mutter gekuschelt zu sein.“ Bezogen auf dieses Beispiel scheint eine solche Interpretation nahe zu liegen, da das Mädchen, nachdem es zu ihrer Mutter zurückgebracht wurde, das Bettnässen wieder aufgeben konnte (Lévy 1934, 190).

Pädagogische Konsequenzen

Wie bereits vorhin erwähnt setzt sich der dritte Teil dieses Textes genauer mit der Behandlung der Enuresis auseinander (Lévy 1934, 191ff). In diesem Kontext verweist Lévy (1934, 191) auf die Position Aichhorns, der „Fehler ... in der Trieberziehung“ (Lévy 1934, 191) als „unrichtige Dosierung von Gewähren und Versagen“ beschreibt (Lévy 1934, 191). Denn je stärker ein Kind den Wunsch nach Triebbefriedigung verspürt, umso schwieriger würde es für die Eltern sein, den Mittelweg zwischen Gewähren und Versagen zu finden (Lévy 1934, 192). Diesbezüglich schreibt Lévy (1934, 192):

„Es muss dem Kinde Zeit gelassen werden seine Urethrallust auch auszuleben, denn sonst bekommt der Erzieher die ganze Opposition und den Trotz des Kindes zu spüren. ... Wenn das Kind, trotz geduldiger und lange Zeit hindurch ohne besondere Betonung und Strenge gemachter Gewöhnungsversuche sich gegen die Reinlichkeitsforderung sträubt, so muss Umschau gehalten werden, ob nicht in den Lebensgewohnheiten des Kindes oder seiner Umgebung Faktoren zu finden sind, die den erzieherischen Bemühungen entgegengesetzt wirken.“

In diesem Zusammenhang verwechsle ein Großteil der Eltern Konsequenz mit Ungeduld und Härte (Lévy 1934, 192). In Bezug auf die Reinlichkeitserziehung sei dies meist der Fall (Lévy 1934, 192). Weiters sei es wesentlich, dass nach Abschluss der Sauberkeitserziehung das Kind sein Bedürfnis alleine am Klosett, ohne Hilfe der Mutter, verrichtet (Lévy 1934, 193). Laut Lévy (1934, 193) würde manche Enuresis erst durch die intensive Beschäftigung mit den Ausscheidungsvorgängen von Seiten der Eltern hervorgerufen.

Als pädagogische Konsequenz wäre – laut Lévy (1934, 195) – zu fordern die „vorsichtige Sexualaufklärung, die dem Überhandnehmen von Phantasien den Boden entzieht.“ Liegt der Enuresis die kindliche Onanie zugrunde, sollten die Eltern „dazu

gebracht werden, darin ein Zeichen der fortschreitenden Entwicklung zu sehen“ (Lévy 1934, 195). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass „durch Aufdecken von Konflikten und durch Beeinflussen der Umgebung, das Kind erzieherischen Einwirkungen zugänglich“ gemacht werden sollte (Lévy 1934, 195).

5.2.8.3 Die Spielanalyse eines dreijährigen Mädchens (Melitta Schmideberg 1934)

Kontextuelle Verortung

Schmideberg (1934, 196ff) beschreibt in diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, die Spielanalyse von Vivian. Vivian kam aufgrund von „Charakterfehler“ (Schmideberg 1934, 210), wie Eigensinn, Unersättlichkeit, Unzufriedenheit und dem Symptom der Enuresis in die Analyse (Schmideberg 1934, 210). Bei Vivian war die Sauberkeitserziehung schon sehr bald abgeschlossen, jedoch beging die Mutter den Fehler, Vivian wieder auf den Topf zu setzen, wodurch das Mädchen verlernte, selbst Urin abzugeben (Schmideberg 1934, 210).

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bezüglich der Entstehung des Symptoms der Enuresis schreibt Schmideberg (1934, 210):

„Es scheint zweifellos, dass diese doppelte Reinlichkeitsgewöhnung ungünstig wirkte und auch dazu beitrug, Vivians Glauben, dass die Mutter ihr immer das Schlechte gebe, von ihr das Verkehrte verlange, ihren guten Willen nicht anerkenne usw. verstärkte.“

Diese Textpassage wurde der Kategorie B.7. zugeschlagen, da Vivians Enuresis an dieser Stelle auf die Sauberkeitserziehung zurückgeführt wird. Andererseits könnte Vivians Enuresis, als „Rache“ für die Phantasie, dass „die Mutter ihr immer das Schlechte gebe“ (Schmideberg 1934, 210), als Ausdruck des urethralen Sadismus verstanden werden. Somit wurde diese Stelle auch der Kategorie B.2. beigemessen. Schmideberg (1934, 208) beschreibt einige Zeilen vorher, dass die Bewusstwerdung der urethralsadistischen Phantasien dazu beigetragen hat, dass Vivian den Urin als gefährlich empfindet und sich durch das Nässen von ihm löste. Vivians Ansicht, dass die Mutter ihr „das Schlechte gebe“ (Schmideberg 1934, 210), könne dazu geführt haben, dass Vivian ihre Mutter als böses Objekt wahrnimmt. Vivian empfindet den Urin als gefährlich (Schmideberg 1934, 208), folglich könnte – aus dieser

Perspektive – dem Urin eine zerstörende Bedeutung beigemessen werden, die Vivian auf die Mutter richtet.

Pädagogische Konsequenzen

Die Autorin verweist in diesem Text auf keinerlei pädagogische Konsequenzen. Dennoch kann aus den Überlegungen Schmidebergs die pädagogische Empfehlung abgeleitet werden, dass eine zweizeitige Sauberkeitserziehung verhindert werden sollte. Die Erziehung zur Reinlichkeit solle in der Entwicklung des Kindes ein Mal erfolgen, wobei die Eltern diesbezüglich konsequent sein sollten und nicht das regressive Verhalten des Kindes unterstützen.

5.2.8.4 Aus der Analyse einer Bettnässerin (Anny Angel 1934)

Kontextuelle Verortung

Angel (1934, 216ff) schildert in diesem Text, der der Kategorie A.2. zugeordnet wurde, Beobachtungen aus der kinderanalytischen Behandlung Hildes, die am Symptom der Enuresis leidet. Da die Mutter Hilde frühzeitig aus der Analyse genommen hatte, blieb diese Arbeit bruchstückhaft (Angel 1934, 216). Hilde war 12 Jahre alt, als sie aufgrund des Bettnässens in die Analyse kam (Angel 1934, 216). Die Autorin Anny Angel (1934, 216ff) beschreibt in diesem Text das Trauma der kleinen Hilde, die infolge eines sexuellen Missbrauchs, das Symptom der Enuresis entwickelte.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Angel (1934, 227) beschreibt die Situation der Traumatisierung, durch welche sich das Symptom der Enuresis entwickelte, wie folgt:

„Der Zigeuner habe sie zu sich in seine Kammer gelockt, sie habe ihm auf seine Aufforderung hin ihre Kunst in Purzelbäumen gezeigt und sich dabei entblößt, sein Lachen habe sie als Verhöhnung empfunden. Er habe ihr sein Glied gezeigt, sie aufgefordert, es zu berühren und dann an ihrem Genitale gespielt. Daran, meinte sie, habe sich bei ihr die Vorstellung angeschlossen, ohne Glied, mit einem so defekten Genitale, könne man doch den Harn nicht mehr halten, und er müsse gegen ihren Willen ausfließen“ (Angel 1934, 227).

Angel (1934, 226) deutete Hildes Phantasie folgendermaßen:

„Damals habe der Zigeuner etwas mit ihr gemacht, ihr den Penis genommen, da sei sie krank geworden, jetzt solle wieder ein Mann so etwas mit ihr machen, dabei werde sie ihm den Penis wegnehmen, sich ihn zurückerobern und dadurch wieder gesund werden.“

Diese beiden Textpassagen verdeutlichen Hildes Gefühl der Kastration. Folglich wurden diese Stellen der Kategorie B.3. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enuresis auf den Kastrationskomplex zurückgeführt werden kann. Durch die Wahrnehmung des Geschlechtsunterschiedes hat sich bei Hilde der Kastrationskomplex eingeleitet, wobei sie den Zigeuner offenbar als Kastrat wahrgenommen hat, der sie ihres Penis beraubte, wodurch sie krank wurde (Angel 1934, 226f). Dieses „krank sein“ bzw. ihre Penislosigkeit, die sie als krank empfindet, drücke sich eventuell im Symptom der Enuresis aus.

Pädagogische Konsequenzen

Anny Angel äußert in diesem Artikel keine Konsequenzen, welche sich daraus für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben könnten. Dennoch wird anhand dieses Fallbeispiels deutlich, wie wichtig es ist, Kinder über den Geschlechtsunterschied aufzuklären, um eventuell spätere Konflikte und Vorstellungen, wie beispielsweise, dass das Kind glaubt, des Penis beraubt worden zu sein, zu verhindern. Darüber hinaus wurde von der Autorin implizit angedeutet, welche Folgen sexueller Missbrauch bei Kindern haben kann.

5.2.8.5 Enuresis und Kleptomanie als passagères Symptom (Berta Bornstein 1934)

Kontextuelle Verortung

Die Autorin (Bornstein 1934, 229ff) beschäftigt sich in diesem Text, der der Kategorie A.2. zugeschlagen wurde, näher mit dem Zusammenhang von Enuresis und Kleptomanie. Ausgangspunkt der Überlegungen von Bornstein (1934, 229) war die Analyse eines circa 5jährigen Mädchens, bei der die Enuresis als passagères Symptom auftrat.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Im Kindergarten entdeckte das Mädchen durch den Kontakt mit gleichaltrigen Knaben, den anatomischen Geschlechtsunterschied, der in ihr ein Gefühl der Benachteiligung auslöste. Im Zuge der Analyse wurde deutlich, dass das Mädchen auf den Penis der Knaben eifersüchtig war, und, dass sie auch so ein Glied haben

möchte. Gleichzeitig trat in dieser Phase der Analyse das Symptom der Enuresis auf. (Bornstein 1934, 230f)

Diesbezüglich schreibt Bornstein (1934, 231):

„Man fand sie verzweifelt weinend neben ihrem Bettchen stehen mit nasser Pyjamahose, die sie bereits abgestreift hatte. Sie behauptete, mit so starkem Harndrang erwacht zu sein, dass es nicht gelungen wäre, bis zum Topf zu kommen.“

Anhand der Schilderung eines Traumes konnten die Hintergründe für das Einnässen aufgedeckt werden. In diesem Traum hatte sie den Wunsch, stehend zu urinieren, wie ein Junge. Aufgrund der Angst sie könnte sich dabei benässen, konnte sie diesen Wunsch nicht real ausleben. (Bornstein 1934, 233)

Somit stellte der Traum für das Mädchen die einzige Möglichkeit dar, ihren Wunsch zu erfüllen (Bornstein 1934, 233), wobei anzunehmen ist, dass der Urinstrahl als Penisersatz diente, als ein so genannter ‚Urinpenis‘ (Schneider 1926/27, 350).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde diese Textstelle der Kategorie B.4. zugeschlagen, die Positionen von Autoren umfasst, in denen zum Ausdruck kommt, dass sich beim Mädchen im Symptom der Enuresis die Weigerung ausdrücken kann, die Penislosigkeit hinzunehmen (Dolto 1973; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 202).

Pädagogische Konsequenzen

Laut Bornstein (1934, 233) sei das Symptom der Enuresis nach der „Aufdeckung all dieser Zusammenhänge“ verschwunden, jedoch wurde der Konflikt des Kindes nicht gelöst, da es zu einer Symptomverschiebung kam, indem die Enuresis durch Kleptomanie ersetzt wurde (Bornstein 1934, 233f). Aufgrund dessen liegt die Annahme nahe, dass eine wesentliche Voraussetzung, für die Lösung dieses Symptoms, das Erkennen und Behandeln der innerpsychischen Dynamik des Kindes ist.

5.2.8.6 Zur Biologie der Enuresis (Hans Christoffel 1934)

Kontextuelle Verortung

Christoffel (1934, 270ff) beschäftigt sich in diesem Text, der der Kategorie A.2. zugeordnet wurde, mit der Ätiologie der Enuresis, indem er auf medizinische, aber

auch auf psychoanalytische Erklärungsmodelle verweist. Welche medizinischen Erklärungsmodelle damals herangezogen wurden, um das Symptom der Enuresis zu erklären, wird nicht beleuchtet, da dies für die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage nicht relevant ist. Allerdings verweist Christoffel (1934, 272f) am Ende seines Textes auf die Entstehung der Enuresis aus psychoanalytischer Perspektive.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bezüglich der Entstehung der Enuresis – aus psychoanalytischer Sicht – bezieht sich Christoffel (1934, 273) auf unterschiedliche Erklärungsmodelle. Tritt die Enuresis bei älteren Kindern auf, wäre diese nach Christoffel (1934, 273) „nicht nur als Regression, sondern auch als Säuglingsimitation aufzufassen.“ Folglich wurde diese Textpassage der Kategorie B.5. zugerechnet.

Einige Zeilen weiter bezieht sich Christoffel (1934, 273) auf den Zusammenhang von Enuresis und kindlicher Onanie. Diesbezüglich schreibt er (Christoffel 1934, 273):

„Die Enuresis als Onanieäquivalent zeigt die besonders engen Zusammenhänge zwischen genitalen und urethralen Regungen. Klinische Erfahrung lehrt z.B., dass beginnender Orgasmus durch plötzlichen Harndrang abgelöst werden kann.“

Aufgrund des Gedankenganges, den der Autor in dieser Textpassage entwickelt, wurde diese Stelle der Kategorie B.1. zugeordnet.

Pädagogische Konsequenzen

Christoffel (1934, 273) vertritt die Einschätzung, dass das Kind nur jenen Personen Urin und Stuhl abgibt, die es liebt und zu denen es Zuneigung verspürt. Folglich nennt Christoffel (1934, 273) als pädagogische Konsequenz „Liebe und Verständnis von Seiten dieser Umwelt“, denn „das Kind wird dann auf Enuresis verzichten, wenn es seine Umwelt liebt.“

5.2.9 Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang IX (1935)

Im Jahrgang IX dieser Zeitschrift wurden nach eingehender Recherche zwei Texte, die der Kategorie A.3. zugeschlagen wurden, identifiziert, in denen neben anderen

wesentlichen psychoanalytischen Aspekten unter anderem auf das Symptom der Enuresis, bzw. Enuresis nocturna verwiesen ist.

5.2.9.1 Der Vater als Eindringling. (Eine Verschärfung des Ödipus-Komplexes bei Knaben) (Eduard Hitschmann 1935)

Kontextuelle Verortung

Der Autor (Hitschmann 1935, 106ff) beschäftigt sich in diesem Text mit wesentlichen Aspekten des Ödipuskomplexes, wobei er diese anhand von drei Fallbeispielen bearbeitet. Im ersten Fallbeispiel, wo es um einen Jungen namens Otto geht, nimmt er (Hitschmann 1935, 108) einen Verweis auf das Symptom der Enuresis nocturna vor. Dies beinhaltet eine mögliche Ursache für die Entstehung des Bettnässens, das im folgenden Absatz dargestellt wird.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Diesbezüglich schreibt Hitschmann (1935, 108):

„Der Knabe [Otto; Anm.d.Verf.] hatte früh viel gelutscht, dann auch trotz Verbotes masturbiert; es bestand auch längere Zeit Bettnässen. Die Mutter hatte damals beängstigend gedroht, dem Knaben das Glied abzuschneiden, ebenso später die Zunge wegen seiner Verweigerung, Suppe zu essen.“

Diese Textstelle wurde doppelt zugeordnet. Zum einen wurde sie der Kategorie B.1. zugeschlagen, da anzunehmen ist, dass der Knabe infolge des Masturbationsverbotes zum Bettnässer wurde. Zum anderen wurde diese Textpassage auch der Kategorie B.3. beigeordnet, da im zweiten Teil des Zitates auf die Kastrationsdrohung von Seiten der Mutter verwiesen ist. Die Kategorie B.3. hat zum Inhalt, dass die Enuresis eine Folge der Kastrationsangst ist. Enuretiker haben häufig Angst, dass ihre Genitale beschädigt werden könnten (Katan 1946, Berezin 1954; zit. nach Schmid-Boß 2005, 329).

Pädagogische Konsequenzen

Wie mit dem Symptom der Enuresis pädagogisch umzugehen ist, findet in diesem Text nicht Erwähnung.

5.2.9.2 Die Ich-Organisation in der Pubertät (Karl Landauer 1935)

Kontextuelle Verortung

Landauer (1935, 380ff) behandelt in diesem Text den komplizierten Vorgang der Ich-Organisation in der Pubertät. Diesbezüglich schreibt er (Landauer 1935, 380), dass die Pubertät eine besondere Phase für den Heranwachsenden darstelle, da sich nicht nur die Anforderungen von Seiten der Umwelt an den Heranwachsenden verändern, sondern auch der Körper und die Triebe. Diesbezüglich verweist Landauer (1935, 396) auf den ersten Samenerguss, wobei er in diesem Kontext einen Hinweis auf das Entstehen der Enuresis nocturna gibt.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Landauer (1935, 396) schildert ein Fallbeispiel, wo ein Junge „aus einem bewusst sexuellen Traum benässt aufwachte.“ Diese Situation beschreibt Landauer (1935, 396) folgendermaßen:

„Er fürchtete, sich mit Urin beschmutzt zu haben, und schämte sich gewaltig, dass ihm noch so etwas passieren konnte. Wird aber die wahre Natur der Pollution erkannt, so tritt erst recht Scham und das eifrige Bestreben auf, ihre Folgen, die Befleckung der Wäsche, vor Mutter oder Dienstmädchen zu verbergen.“

Laut Landauer (1935, 397f) besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Bettnässen und der Onanie, dass auch durch die Aussage, er „hat sich nass gemacht, ohne Urindrang“ (Landauer 1935, 397), nochmals verdeutlicht werden kann. Im Hinblick auf diese Textstellen erklärt sich Landauer (1935, 396ff) das Einnässen durch die Onanie. Folglich wurde diese Passage der Kategorie B.1. zugeordnet.

Pädagogische Konsequenzen

Welche Konsequenzen sich daraus für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben, wird vom Autor nicht erläutert.

5.2.10 Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik Jahrgang X (1936)

Im Jahrgang X wurden fünf Texte erschlossen, in denen sich Hinweise auf das Symptom der Enuresis und Enkopresis finden.

5.2.10.1 Über Lernstörungen (Hans Schikola 1936)

Kontextuelle Verortung

Der Autor (Schikola 1936, 106ff) beschreibt in diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, unterschiedliche Fälle von Lernstörungen. Mit der Darstellung der unterschiedlichen Fälle wollte Schikola (1936, 112) keine „Gesetzmäßigkeit in Bezug auf die Lernstörungen“ aufstellen, sondern vielmehr aufzeigen, wie kompliziert „die Auflösung solcher Lernschwierigkeiten“ ist (Schikola 1936, 112). In der Falldarstellung über einen fünfzehnjährigen Knaben kommt Schikola (1936, 110) auf dessen Onaniekonflikt zu sprechen. In diesem Kontext nimmt er ein paar Hinweise zur Entstehung des Symptoms der Enuresis vor.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bezüglich dieser Falldarstellung schreibt Schikola (1936, 110), dass dieser Junge bis ins späte Alter Bettnässer war und anschließend „die Ejakulation als eine Fortsetzung der Enuresis“ (Schikola 1936, 110) betrachtete. Hinsichtlich dessen wurde diese Textpassage der Kategorie B.1. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass die Enuresis als Ausdruck und Folge der kindlichen Onanie begriffen werden könnte.

Pädagogische Konsequenzen

Der Autor verweist auf keine pädagogischen Konsequenzen.

5.2.10.2 Schule und Erziehungsberatung (Editha Sterba 1936)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der wiederum der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, hat sich Sterba (1936, 141ff) mit der Erziehungsberatung von Eltern näher auseinandergesetzt. Im Fallbeispiel „Elsi“ beschreibt Sterba (1936, 180ff) die Schwierigkeiten der Reinlichkeitserziehung von Elsi, in diesem Zusammenhang kommt sie auf das Symptom der Enkopresis zu sprechen.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Die Mutter von Elsi erzählte, dass die Erziehung zur Sauberkeit bei Elsi nicht einfach gewesen sei, da Elsi schon im Säuglingsalter Gefallen am Beschmutzen gefunden

hatte. Die strenge Reinlichkeitserziehung führte dazu, dass sich Elsis Schmutzlust ins Gegenteil verwandelte. Dies zeigte sich in der Weigerung Elsis, Stuhl abzusetzen, wodurch sie eine Obstipation entwickelte. Um die Verstopfung zu bekämpfen, bekam Elsi gewaltsam Einläufe verabreicht. (Sterba 1936, 180ff)

Sterba (1936, 181f) beschreibt die Reaktion von Elsi, auf das gewaltsame Verabreichen der Einläufe, wie folgt:

„Wenn sie dann einmal ihre Beschmutzungslust, wie beim Einkoten des Bettes nach dem gewaltsam verabreichten Einlauf durchbrechen lässt, wird sie besonders bestraft, man prügelt sie. ... Sie rächte sich für die allzustrenge Einschränkung ihrer Triebbefriedigung in der Schmutzlust, indem sie ihre trotzige Ablehnung auf Waschen und Auskleiden ausdehnt und sich dabei ein Stück Befriedigung ihrer Schmutzlust verschafft, wenn sie das Waschen verweigert.“

Aufgrund des Gedankens, den Sterba (1936, 181f) hier äußert, kann diese Textstelle nicht eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden. Folglich wurde diese Passage einerseits der Kategorie C.7. zugeschlagen, die zum Inhalt hat, dass die Enkopresis aufgrund der Art und Weise der Reinlichkeitserziehung entwickelt wurde. Andererseits wurde Elsis Enkopresis auch der Kategorie C.4. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge der Koprophilie“* zugeschlagen, da Elsi – so Sterba (1936, 181f) – besondere Lust und Freude am Beschmutzen zeigte.

Pädagogische Konsequenzen

Es liegt die Vermutung nahe, da sich die Autorin (Sterba 1936, 141ff) in diesem Text genauer mit dem Aspekt der Erziehungsberatung auseinandersetzt, dass Konsequenzen für das Gestalten pädagogischer Praxis genannt werden. Dies ist allerdings nicht der Fall.

5.2.10.3 Essstörung und Verstimmung vor dem dritten Lebensjahr (Margarethe Schmied 1936)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.3. beigeordnet wurde, findet sich in einem Fallbeispiel ein kurzer Verweis auf das Symptom der Enuresis und Enkopresis. Die Autorin (Schmied 1936, 241ff) illustriert im Fallbeispiel „Helli“, weshalb es für Helli besonders schwierig war, „rein“ zu bleiben.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Wie eben erwähnt, war es für Helli schwierig, „sauber“ zu bleiben (Schmied 1936, 242). Folglich fand die Mutter Helli meist nass oder eingekotet vor. Dies führte dazu, dass Helli von der Mutter geschlagen und beschimpft wurde. (Schmied 1936, 247)

Folgende Situation beschreibt Helis Verhalten während eines Spazierganges mit der Mutter:

„Dort aber hockte das Kind sich zum Entsetzen der Frau mitten auf dem Wege hin, um Stuhl abzusetzen. In blinder Wut beschimpfte die Mutter Helli und schlug auf sie ein“ (Schmied 1936, 243).

Im Zuge der Analyse wurde deutlich, dass vor allem die Versöhnungsvorgänge dazu beigetragen hatten, dass es für Helli schwer war, das Einnässen und Einkoten aufzugeben (Schmied 1936, 247). Diesbezüglich schreibt Schmied (1936, 247):

„Die Mutter konnte ja nicht verstehen, dass Bettnässen und Einkoten gerade auch wegen der nachfolgenden Schläge und Versöhnungsszenen beibehalten werden. Sowohl die feindseligen Impulse, die Helli gegen, als die zärtlichen Wünsche, die sie für die Mutter hegte, konnten so ihre Befriedigung finden.“

Diese Textpassage wurde der Kategorie B.6. und C.10. zugeschlagen, die Aussagen von Autoren versammeln, in denen das Symptom der Enuresis und Enkopresis auf mütterliches Verhalten zurückgeführt werden kann. In Bezug auf den eben geschilderten Fall, konnte Helli das Einnässen und Einkoten nicht aufgeben, da dies die einzige Möglichkeit für sie darstelle, bei den Versöhnungsvorgängen Aufmerksamkeit und Zuneigung von der sonst so distanzierten Mutter zu bekommen (Schmied 1936, 247).

Pädagogische Konsequenzen

Welche pädagogischen Konsequenzen sich aus diesem Fallbeispiel ergeben könnten, wird von Schmied nicht erläutert. Dennoch wird anhand diesem Fallbeispiel deutlich, wie wesentlich Aufmerksamkeit, Zuneigung und Liebe der Eltern für eine gesunde Entwicklung des Kindes sind.

5.2.10.4 Beeinflussung des Stotterns. Eine psychoanalytisch-pädagogische Studie (M. Brunner 1936)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, schildert Brunner (1936, 360ff) Beobachtungen zum kleinen Andreas, der an einem Sprachfehler leidet. Im Zuge der Analyse stellte sich heraus, dass Andreas Stottern ein Regressionssymptom war, das er infolge einer Behandlung aufgeben konnte (Brunner 1936, 363). Jedoch trat Anstelle des Stotterns, das Einnässen und Einkoten, obwohl die Sauberkeitserziehung schon abgeschlossen war (Brunner 1936, 364). Die Hintergründe für Andreas Einkoten und Einnässen sollen in den nachstehenden Passagen angeführt werden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bezüglich des Einnässens und Einkotens schreibt Brunner (1936, 363f):

„Am fünften [Tag; Anm.d.Verf.] meldete mir die Mutter, dass Andreas munter aufwachte, wie auch sonst, jedoch mit dem Unterschiede, dass diesmal kleines und großes Bedürfnis bereits im Bett erledigt waren. Am selben Tage kam es oft vor, dass er einnässte. Und so ging es von nun an jeden Tag. Oft sagte er: ‚Jetzt mache ich in die Hose‘, und es war schon geschehen. Verlangte er hie und da das Töpfchen, so verrichtete er nur die kleine Not, und die große ließ er nach einigen Minuten in die Hose.“

Vor dem Hintergrund der bereits geschilderten Überlegungen könnte bei Andreas das Symptom der Enuresis und Enkopresis als Regressionssymptom aufgefasst werden, und somit der Kategorie B.5. und C.9. zugeschlagen werden. Welche Gründe für Andreas Regression ausschlaggebend gewesen seien, wird vom Autor allerdings nicht ausgeführt.

Pädagogische Konsequenzen

Welche Konsequenzen sich dadurch für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben könnten, wird von Brunner nicht erläutert.

5.2.10.5 Berichte (ohne Autor 1936)

Im X. Jahrgang dieser Zeitschrift wurde in der Rubrik „Berichte“ darauf hingewiesen, dass der Arzt Repond in französischer Sprache, einen Beitrag zum Thema „Freud und die Kinderpsychiatrie“ lieferte (o.A. 1936, 380), in dem sich einige Hinweise auf die Behandlung des Symptoms der Enuresis finden (o.A. 1936, 380ff). Folglich wurde dieser Beitrag in die Kategorie A.3. eingeordnet. Aufgrund der wenigen Informationen kann dieser Text nicht näher ausgewertet werden. Dennoch soll er zum Zwecke der Vollständigkeit genannt werden.

Bezüglich der Störungen in der Kindheit schreibt Repond (1936, 382):

„Ohne Zweifel wurden wir erst durch die Analyse in Stand gesetzt, uns den so nahen und zugleich so fernen Geheimnissen der kindlichen Seele objektiv zu nähern.“

Einige Zeilen weiter schreibt Repond (1936, 382), dass die nervösen Symptome in der Kindheit, wie beispielsweise die Enuresis „teilweise durch die psychoanalytisch fundierten heilpädagogischen Maßnahmen beeinflussbar“ sind.

Im Anschluss an die Bearbeitung der aufgefundenen Texte und Textstellen in der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik finden sich im Folgenden zusammenfassende Überlegungen.

Zwischenergebnisse zur Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik

In 10 von 11 Jahrgängen der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik wurden mehrere Texte und Textstellen zum Symptom der Enuresis und Enkopresis identifiziert. Der 11. und damit letzte Jahrgang, war der Einzige, in dem nichts gefunden wurde. Besonders intensiv setzt sich der 8. Jahrgang mit dem Symptom der Enuresis und Enkopresis auseinander, dieser beinhaltet nicht weniger als 6 Texte, in denen sich Autoren den Symptomen der Enuresis und Enkopresis widmen.

Insgesamt wurden in der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 30 Texte identifiziert, wobei 10 davon der Kategorie A.2.²² und 20 der Kategorie A.3.²³ zugeschlagen wurden. Weiters beschäftigen sich von diesen 30 Texten 20 mit dem Symptom der Enuresis, 7 mit beiden Symptomen und lediglich 3 widmen sich dem Symptom der Enkopresis. Wiederum war bei der Bearbeitung der Texte auffällig, dass die Autoren häufig Synonymbegriffe, wie beispielsweise Obstipation, Störung der Stuhlentleerung etc., für das Symptom der Enkopresis verwenden.

Zudem wurde im Zuge der Textbearbeitung deutlich, dass vorwiegend in bzw. ausgehend von Falldarstellungen auf die Symptome der Enuresis und Enkopresis eingegangen wurde, bzw. wurde anhand von Fallbeispielen verdeutlicht, welches psychoanalytische Erklärungsmodell dahinter liegen könnte. In den folgenden Absätzen werden diese psychoanalytischen Erklärungsmodelle zum Symptom der Enuresis und Enkopresis nochmals in zusammenfassender Form dargestellt und erläutert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis

In Auseinandersetzung mit der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik hat sich ergeben, dass für das Symptom der Enuresis und Enkopresis häufig fünf mögliche Ursachen angeführt wurden:²⁴

1. regressives Verhalten (14)
2. Penisneid (3)
3. Kastrationskomplex (9)
4. mütterliches Verhalten (5)
5. Sauberkeitserziehung (3)

ad 1: Am häufigsten werden die Symptome der Enuresis und Enkopresis als regressives Verhalten begriffen. Als Beispiel dafür können die von Baudouin (1928/29, 194ff) dargestellten Fälle „James“ und „Lydia“ (siehe Kapitel 5.2.3.1,

²² Der Kategorie A.2. wurden Artikel und Beiträge in Sammelwerken und Zeitschriften beigeordnet, die sich zur Gänze mit der Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Sicht auseinandersetzen.

²³ Die Kategorie A.3. fasste indessen solche Artikel, Texte und Beiträge, in denen neben anderen Inhalten auch Bezug zur Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Sicht genommen wird.

²⁴ Die Zahlen in den Klammern geben jeweils an, wie häufig eine Textpassage zu den jeweiligen Kategorien in der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik zugeordnet wurde.

S.108) oder der von Schneider (1926/27, 343ff) geschilderte Fall „Erna“ (siehe Kapitel 5.2.1.2, S. 100) genannt werden. Vor allem emotional erlebte Ereignisse, Veränderungen in der Familie, wie beispielsweise die Scheidung der Eltern, der Tod eines Elternteils oder die Geburt eines Geschwisterchens, werden als mögliche Ausgangspunkte für ein regressives Verhalten, das sich in den Symptomen der Enuresis und/oder Enkopresis ausdrücken kann, betrachtet (Heinemann, Hopf 2001, 204).

ad 2 & 3: Zwei wesentliche Aspekte, die die Entstehung der Enuresis und Enkopresis begünstigen können, sind laut einigen Autoren der Penisneid und Kastrationskomplex. Der Penisneid und Kastrationskomplex werden an dieser Stelle gemeinsam behandelt, da sie sich gegenseitig beeinflussen und somit eng miteinander verbunden sind. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Entdeckung des anatomischen Geschlechtsunterschieds oder durch Kastrationsdrohungen, der Kastrationskomplex eingeleitet werden kann (Gerlach 2002, 366). Vermutlich wird die daraus resultierende Verlustangst im Ablassen des Urinstrahls bzw. im Einkoten symbolisiert (Schmid-Boß 2005, 338). Insofern dient der Urinstrahl oder die Kotstange zum Ausgleich der Kastrationsangst. In diesem Zusammenhang wird das Genitale des Mädchens meist als Resultat der Kastration betrachtet (vgl. Laplanche, Pontalis 1973, 242ff), wobei diese Wahrnehmung beim Mädchen, unter anderem den Penisneid zur Folge haben könnte (Laplanche, Pontalis 1973, 375). Diesbezüglich gehen manche Autoren davon aus, dass sich vor allem enuretische und enkopretische Mädchen anhand des Urinstrahls einen ‚Urinpenis‘ (Schneider 1926/27, 350) und anhand der Kotstange einen „Kotpenis“ schaffen. Schneider (1926/27, 343ff) veranschaulicht etwa in dem Fallbeispiel über die kleine Erna, die am Symptom der Enuresis leidet, inwiefern der Urinstrahl zur Kompensation der Penislosigkeit eingesetzt werden kann. Denn er (Schneider 1926/27, 347) geht davon aus, dass Erna die Penislosigkeit durch den Urinstrahl zu kompensieren versucht, da der Urinstrahl „die Vorstellung des Besitzes eines Penis erzeugen“ könne (Schneider 1926/27, 347).

ad 4: Weiters werden in der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik die Symptome der Enuresis und Enkopresis, von Autoren häufig als Folge und Ausdruck eines bestimmten mütterlichen Verhaltens aufgefasst. Mangelnde Empathie, fehlendes Verständnis oder Fehler in der Erziehung könnten das Kind in negativer

Weise beeinflussen, wobei sich – in diesem Kontext – die innerpsychische Dynamik des Kindes im Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis äußert. Zur Illustration dieses Gedankens möchte ich nochmals auf das Fallbeispiel von Schmied (1936, 241ff) verweisen, die die Behandlung eines Mädchens namens Helli darstellt, die immer wieder einnässte und einkotete. Laut Schmied (1936, 247) war dies die einzige Möglichkeit für das Mädchen, Zuneigung von der sonst so distanzierten Mutter zu bekommen.

ad 5: Ein weiterer wesentlicher Aspekt, der die Entstehung der Enuresis und Enkopresis begünstigen könnte, ist die Art und Weise der Sauberkeitserziehung. Beispielsweise betont Bálint (1932, 61) die Schwierigkeit des „rein Werdens“, da dadurch dem Kind ein Lusterlebnis genommen werde (Bálint 1932, 61). Häufig werden Kinder von ihren Eltern bei der Erziehung zur Reinlichkeit unter Druck gesetzt. Diesbezüglich vertreten Autoren die Annahme, dass die geringe Empathie der primären Bezugsperson bei der Reinlichkeitserziehung für die Entstehung der Enuresis und Enkopresis verantwortlich sein könne (Schmid-Boß 2005, 343).

Nachdem die psychoanalytischen Erklärungsmodelle zum Symptom der Enuresis und Enkopresis erläutert wurden, werden im folgenden Absatz zunächst psychoanalytische Erklärungsmodelle, die ausschließlich zur Enuresis angeführt wurden, genannt. Anschließend finden jene zur Enkopresis Darstellung.

Für das Symptom der Enuresis wurden in der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik drei mögliche Ursachen angeführt:

1. nicht gelungene Autonomieentwicklung und Loslösung von der primären Bezugsperson (1)
2. urethraler Sadismus (1)
3. infantile Onanie (10)

ad 1: Eine intensive Mutter-Kind-Beziehung kann für das Entstehen des Symptoms der Enuresis eine tragende Rolle spielen. In diesem Kontext bezieht sich Lévy (1934, 185) auf Sadger, der davon ausgeht, dass überfürsorgliches Verhalten oder das „überflüssige Berühren des kindlichen Genitales“ (Lévy 1934, 185) zu einem Misslingen der Autonomieentwicklung beitragen kann, folglich bleibe laut Kemper

(1978; zit. nach Schmid-Boß 2005, 330) eine „verclinchte Beziehung zwischen Mutter und Kind“ bestehen.

ad 2: Wird das Symptom der Enuresis auf den urethralen Sadismus zurückgeführt, vertreten Autoren die Annahme, dass das Kind den Urin als gefährlich empfindet und ihm, laut Klein (1932; zit. nach Schmid-Boß 2005, 319), eine zerstörende Bedeutung beimisst, die beispielsweise gegen die Mutter gerichtet sein kann. Dieser Gedankengang wurde in dem Fallbeispiel „Vivian“ (siehe Kapitel 5.2.8.3, S. 132) von Schmideberg (1934, 196ff) nochmals genauer dargelegt.

ad 3: Weiters wird in Form von Falldarstellungen auf sehr anschauliche Art und Weise erläutert, inwiefern die kindliche Onanie bei der Entstehung des Symptoms der Enuresis eine Rolle spielen könnte. Beispielsweise erwähnt Schneider (1927/28, 146) diesbezüglich ein Fallbeispiel, aus der analytischen Beobachtung, wobei ein Junge infolge des Masturbationsverbots einzunässen begann. Hinsichtlich dessen liegt die Annahme nahe, dass Kinder ihre verspürte sexuelle Erregung im Symptom der Enuresis ausdrücken, wenn die kindliche Sexualität von Außen unterdrückt wird. Das Ablassen des Urins wird in diesem Fall als Ersatzbefriedigung für Masturbation wahrgenommen (Calef u.a. 1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203). Dem Akt des Einnässens könne daher sexuelle Bedeutung beigemessen werden.

Für das Symptom der Enkopresis wurden in der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik zwei mögliche Ursachen angeführt:

1. Verlustproblematik (2)
2. Koprophilie (1)

ad 1: Häufig wird das Symptom der Enkopresis auf Verlustängste zurückgeführt. In der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik erläutert Schmideberg (1931, 40ff) in dem Text „Einige Bemerkungen zu dem von Ella Terry beschriebenen Fall“, dass diese Ängste meist in der Angst, „dass die Mutter dem Kind den Stuhl wegnimmt“ (Schmideberg 1931, 41) begründet liegen könnten. Vor dem Hintergrund der eben geschilderten Überlegungen könnte man davon ausgehen, dass das Kind die Verlustängste im Abtrennen des Stuhls äußert (Schmid-Boß 2005, 338).

ad 2: Zudem wurde das Symptom der Enkopresis in der Falldarstellung „Elsi“ von Sterba (1936, 181f) in Verbindung mit der Koprophilie gebracht. Diesbezüglich wird die Ansicht vertreten, dass Kinder besonderen Gefallen daran haben ihre Exkremente zu berühren, zu betrachten bzw. mit ihnen zu spielen (Anna Freud 1971, Fenichel 1974-1980; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337). Dies war etwa auch bei Elsi, die besondere Lust bzw. Freude am Beschmutzen zeigt, der Fall (Sterba 1936, 181f).

Resümierend lässt sich festhalten, dass im Rahmen der Textbearbeitung zwei Kategorien zum Symptom der Enkopresis induktiv entwickelt werden mussten, da dies in den herangezogenen Übersichtsarbeiten zur deduktiven Kategorienbildung nicht in den Blick gebracht wurde. Zum einen die Kategorie C.9. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge von regressivem Verhalten“*. Dieser Kategorie wurden jene Textstellen zugeordnet, in denen die Enkopresis als regressives Verhalten begriffen wird. Traumatische Erlebnisse können dazu beitragen, dass das Kind regrediert, wobei das enkopretische Verhalten als regressives Verhalten aufgefasst werden muss. Zum anderen die Kategorie C.10. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens“*. Der Kategorie C.10. werden Textpassagen zugeordnet, in denen Autoren das mütterliche Verhalten gegenüber dem Kind für die Entstehung der Enkopresis verantwortlich machen.

Ausgehend von den eben geschilderten psychoanalytischen Erklärungsmodellen, die Autoren in der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik genannt haben, konnten Überlegungen zur Frage nach den pädagogischen Konsequenzen abgeleitet werden, die im Folgenden nochmals zusammenfassend dargestellt werden.

Pädagogische Konsequenzen

In Auseinandersetzung mit den Texten hat sich gezeigt, dass Autoren in der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik die Fragestellung, welche pädagogischen Konsequenzen bezüglich dieser Symptomatik ergeben sich für das Gestalten der Praxis, nur zum Teil explizit behandelt haben. Jedoch konnten aus den geschilderten Überlegungen bezüglich der Entstehung von Enuresis und Enkopresis, entsprechende pädagogische Vorschläge abgeleitet werden, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Emotionale Ereignisse bzw. eintretende Veränderungen in der Familie, wie beispielsweise Scheidung, Tod, Umzug, Geburt eines Geschwisterchens, Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule etc. sind für Kinder nicht einfach zu verarbeiten und werden somit als Risikofaktoren für die Entstehung einer Enuresis und/oder Enkopresis betrachtet (Heinemann, Hopf 2001, 204). Das enuretische und/oder enkopretische Verhalten des Kindes wird in diesem Zusammenhang als regressives Verhalten interpretiert. Unter Regression versteht man „einen Rückfall in Verhaltensweisen, die einer vorangegangenen Entwicklungsstufe entsprechen“ (Schrader 2007, 293). Darüber hinaus tritt regressives Verhalten vor allem in Belastungssituationen auf, in denen das Ich überfordert ist und versucht, die Angst durch regressives Verhalten zu minimieren (Schrader 2007, 293).

Hinsichtlich dessen sollten Eltern ihre Kinder vorzeitig über Veränderungsprozesse aufklären, diese thematisieren und mit ihnen darüber sprechen bzw. sie auch in Veränderungsprozesse aktiv miteinbeziehen. Dadurch könnte eine Überforderung des Ichs eventuell vermieden werden und somit auch regressives Verhalten. Tritt das Symptom der Enuresis oder Enkopresis beispielsweise infolge der Geburt eines Geschwisterkindes auf und wird als regressives Verhalten begriffen, nennt Baudouin (1931, 113) einen konkreten pädagogischen Vorschlag. Baudouin (1931, 113) geht davon aus, dass dem regredierten Kind eine Möglichkeit geschaffen werden sollte, die es ihm ermöglicht, sich überlegener zu fühlen als das jüngere Geschwisterchen. Dadurch werde – so Baudouin (1931, 113) – der „Zustand von Minderwertigkeit“ kompensiert. Solche Möglichkeiten können zum Beispiel sein, dass das ältere Kind ein neues Zimmer bekommt, ein größeres Bett, oder am Abend länger aufbleiben darf, als der kleine Bruder oder die kleine Schwester.

Weiters ist laut Lévy (1934, 195) eine „vorsichtige Sexualaufklärung“ des Kindes wichtig, um kindliche Phantasien, wie zum Beispiel die Kastration, zu verhindern. Im Fallbeispiel, wo es um die kleine Erna ging, die infolge der Sexualaufklärung ihr enuretisches Verhalten aufgeben konnte, wird dies sehr deutlich (Schneider 1926/27, 217f und 343ff). Darüber hinaus werden auch einige pädagogische Empfehlungen (siehe S. 100) von Schneider (1926/27, 222f) zur Sexualaufklärung des Kindes genannt.

Sehr häufig liege das Symptom der Enuresis oder Enkopresis – nach Ansicht der behandelten Autoren – in der kindlichen Onanie begründet. Da Eltern onanistische Betätigungen des Kindes häufig verbieten, suche sich der infantile Sexualtrieb des Kindes Ersatzhandlungen, wie zum Beispiel in den Symptomen Enuresis und Enkopresis²⁵. Aichhorn spricht in diesem Zusammenhang von einem „Fehler ... in der Trieberziehung“ (Lévy 1934, 191), der als „unrichtige Dosierung von Gewähren und Versagen“ (Lévy 1934, 191) verstanden werden kann. Folge dessen sollten laut Lévy (1934, 195) die Eltern „dazu gebracht werden, darin [in der kindlichen Sexualbetätigung; Anm.d.Verf.] ein Zeichen der fortschreitenden Entwicklung zu sehen“ und diese nicht verbieten. Eng damit hängt auch die Annahme zusammen, dass die Enuresis als sexuelle Erektion durch die Beobachtung des elterlichen Koitus auftreten könne. Wie in der von Bálint (1932, 77) beschriebenen Fallvignette (siehe S. 119, 120). Diesbezüglich könnte als pädagogische Konsequenz genannt werden, dass der Schlafplatz des Kindes von jenem der Eltern getrennt sein sollte (Bálint 1932; zit. nach Lévy 1934, 192).

Bezüglich der Sauberkeitserziehung des Kindes lässt sich festhalten, dass das „Sauberwerden“ eine sehr schwierige Anforderung für die Entwicklung des Kindes darstellt (Bálint 1932, 61) und dem Kind die Möglichkeit gegeben werden sollte, seine „Urethrallust auch auszuleben“ (Lévy 1934, 192). Daher sind laut Christoffel (1934, 273) vor allem Liebe, Geduld, Verständnis und Einfühlungsvermögen von Seiten der primären Bezugsperson wesentlich, da das Kind nur einer geliebten Mutter Stuhl und Urin abgibt. Laut Lévy (1934, 192) würde in diesem Kontext Konsequenz sehr häufig mit Ungeduld und Härte verwechselt.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt für die Entwicklung des Kindes sei das Verhalten der Mutter. Mangelnde Empathie, fehlendes Verständnis oder Fehler in der Erziehung könnten das Kind in negativer Weise beeinflussen und zur Entstehung der Symptome Enuresis und Enkopresis beitragen. In diesem Zusammenhang wird ein Fallbeispiel (siehe Kapitel 5.2.7.3, S. 122) geschildert, in welchem deutlich wird, dass die Enuresis in manchen Fällen als Folge von negativem mütterlichem Verhalten begriffen werden kann (Schwarz 1933, 351). Infolge von mütterlicher Verhaltensänderung konnte etwa das Kind im erwähnten Fallbeispiel das Einnässen

²⁵ Vergleiche dazu das Fallbeispiel von Schneider (1927/28, 146), in dem ein Junge infolge eines Masturbationsverbotes das Symptom der Enuresis entwickelte. (siehe S. 105)

aufgeben (Schwarz 1933, 351; Pörtl 1933, 229). Insofern sollten primäre Bezugspersonen darauf achten, welche Aussagen sie in Gegenwart ihres Kindes tätigen, bzw. wie sie sich gegenüber ihrem Kind verhalten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass körperliche Symptome, wie die Enuresis und Enkopresis meist in einer innerpsychischen Dynamik begründet liegen. Um diese zu bearbeiten oder eine Besserung zu erzielen, müssen die psychischen Hintergründe für das kindliche Verhalten verstanden werden. Aufgrund dessen ist ein Zugang zur innerpsychischen Dynamik des Kindes diesbezüglich unumgänglich.

Nach der Darstellung der zentralen Ergebnisse aus der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik, setzt sich das folgende Subkapitel genauer mit den aufgefundenen Texten und Textstellen in der Zeitschrift „Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen“ auseinander.

5.3 Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen (1947-2010)

5.3.1 *Psyche Jahrgang I (1947/48)*

Im Jahrgang I der Zeitschrift „Psyche“ wurde ein Text identifiziert, in dem der Autor neben anderen Inhalten, Bezug zur Enuresis nocturna nimmt. Folglich wurde dieser Text der Kategorie A.3. zugeschlagen.

5.3.1.1 Klinische Vorstellungen VII-X (Viktor von Weizsäcker 1947/48)

Kontextuelle Verortung

Von Weizsäcker (1947/48, 560ff) beschreibt in diesem Text unterschiedliche Fallbeispiele aus der klinischen Praxis. In diesem Kontext kommt er auf einen Fall zu sprechen, in dem es sich um einen Jungen handelt, der am Symptom der Enuresis nocturna leidet (von Weizsäcker 1947/48, 576). Auf dieses Fallbeispiel wird im folgenden Absatz näher eingegangen, da sich darin einige Hinweise zur Entstehung des Symptoms der Enuresis finden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

In dieser Fallvignette handelt es sich um einen bettnässenden Jungen, dessen Eltern bei einem Luftangriff verstorben waren, daher kam er in ein Internat. Der Junge berichtet davon, dass das Bettnässen erstmals im Internat aufgetreten sei, als er aufgrund eines Streiches von einer Erzieherin hart bestraft worden war. (von Weizsäcker 1947/48, 576)

Von Weizsäcker (1947/48, 576) deutet die Hintergründe für das Symptom der Enuresis folgendermaßen:

„Hier haben wir einmal eine Urszene der Symptombildung zu fassen bekommen, aus der sich alles ablesen lässt, was die Psychologie der Enuresis auch in allen anderen Fällen ergibt: Angst, Trotz und Rache, ... das sind die psychischen Verhältnisse, unter denen das Symptom entstanden ist. ... Das Symptom ist eine Synthese, eine Verdichtung und symbolische Materialisierung²⁶ des Racheaktes, den der kleine Mann an der hartherzigen und viel zu starken Erzieherin ... doch nicht wirklich vollziehen konnte.“

Anschließend an den eben referierten Gedanken beschreibt von Weizsäcker (1947/48, 576ff) unterschiedliche Theorien zur Entstehung der Enuresis, die er anhand dieses Fallbeispiels illustriert. Wie bereits aus dem Zitat hervorgeht, spielen nach von Weizsäcker (1947/48, 576) vor allem „Angst, Trotz und Rache“ eine zentrale Rolle bei der Entstehung der Enuresis. Geht man davon aus, dass der Aspekt der Angst bei der Entstehung der Enuresis wesentlich ist, muss dies laut von Weizsäcker (1947/48, 577) immer in Zusammenhang mit regressivem Verhalten betrachtet werden, da es zu Regressionen vorwiegend in Belastungssituationen kommt, in denen das Ich überfordert ist und versucht, die Angst zu verringern (Schrader 2007, 293). Bezogen auf dieses Fallbeispiel könnte man laut von Weizsäcker (1947/48, 579) davon ausgehen, dass der bettnässende Junge den Verlust seiner Eltern nicht überwunden hat und nun versucht, die verlorene Geborgenheit „in der feuchten Wärme [des Urins; Anm.d.Verf.] wiederherzustellen“ (von Weizsäcker 1947/48, 579). Aufgrund dieser Überlegung wurde diese Textpassage der Kategorie B.5., die Aussagen enthält, in der Autoren das enuretische Verhalten als regressives Verhalten begreifen, zugeordnet. Somit ist nach von Weizsäcker (1947/48, 578) das Symptom der Enuresis „als ein Rückgriff auf etwas was einmal schön war“ zu verstehen. Darüber hinaus versteht von Weizsäcker (1947/48, 578) das Symptom der Enuresis als ein „Ausdrucksmittel“ des Trotzes und der Rache, das auch in dem

²⁶ Unter Materialisierung versteht von Weizsäcker (1947/48, 570), dass „etwas in der Seele sich Ereignendes sich in der Krankheit materialisiere.“

vorhin erwähnten Fallbeispiel verdeutlicht wird. Das Einnässen des Jungen kann in diesem Zusammenhang als Auflehnung gegen die Strafe der Erzieherin betrachtet werden (von Weizsäcker 1947/48, 576). Aufgrund der eben geschilderten Überlegungen muss an dieser Stelle auf induktivem Wege eine Kategorie zum Symptom der Enuresis abgeleitet werden, nämlich die Kategorie B.10. *„Enuresis als Ausdruck und Folge von aggressivem Verhalten“*. In diese Kategorie fallen Textstellen, in denen Autoren den Akt des Einnässens als Racheakt bzw. als Trotzverhalten, das auf eine Bezugsperson gerichtet ist, betrachten.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass diese Textpassage doppelt zugeordnet wurde. Einerseits der Kategorie B.5. und andererseits der Kategorie B.10.

Pädagogische Konsequenzen

Laut von Weizsäcker (1947/48, 579) sind vor allem Geborgenheit und Zuneigung von Seiten der primären Bezugsperson wesentlich, um das Symptom der Enuresis zu behandeln. Diesbezüglich schreibt von Weizsäcker (1947/48, 579):

„Gelingt es ihm, sich in einem schützenden und Vertrauen bietenden Raum zu bergen, dann verliert er gewöhnlich sein Symptom. Die Erfolge einer Behandlung in der Klinik, oder bei sonst veränderter Umgebung, beruhen darauf und sie pflegen nur solange zu dauern, als diese Geborgenheit dauert und vorhält.“

5.3.2 *Psyche Jahrgang II (1948/49)*

Im Jahrgang II dieser Zeitschrift wurde ein Text erschlossen, in dem sich Hinweise zum Symptom der Enuresis und Enkopresis finden. Aufgrund der wenigen Informationen bezüglich der Ausscheidungsstörungen kann dieser Text nur bedingt bearbeitet werden.

5.3.2.1 *Psychopathie und Neurose (Annemarie Dührssen 1948/49)*

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, befasst sich die Autorin (Dührssen 1948/49, 380ff) genauer mit den Begriffen „Psychopathie“ und „Neurose“. Im Zuge dessen werden diese Begrifflichkeiten definiert und einem Vergleich unterzogen. Bezüglich der Begriffsdefinition der Neurose kommt

Dührssen (1948/49, 395ff) nicht nur auf eine breit gefächerte körperliche Symptomatik zu sprechen, sondern auch auf „funktionelle Neurosen“ (Dührssen 1948/49, 397), die als „Störungen im Bereich des vegetativen Systems, also des Magen-Darm-Tractus, der Atmungswege, des Kreislaufsystems und des Urogenitalapparates“ (Dührssen 1948/49, 397) bezeichnet werden. In diesem Kontext finden sich einige Hinweise zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis. Laut Dührssen (1948/49, 395ff) handelt es sich bei der Obstipation²⁷ und Enuresis um körperliche Symptome einer Neurose, allerdings geht sie darauf nicht näher ein. Folglich kann dieser Text, aufgrund der wenigen Informationen, hier nicht bearbeitet werden, dennoch wurde er im Dienste der Vollständigkeit genannt. In diesem Text wird wiederum deutlich, dass die Symptome der Enuresis und Enkopresis selten organisch bedingt sind, sondern als psychosomatische Störungen verstanden werden können (Schmid-Boß 2005, 311). Geht man davon aus, dass die Symptome der Enuresis und Enkopresis in innerpsychischen Ursachen begründet liegen, spielt der „Verdrängungsmechanismus mit allen seinen psychischen Konsequenzen die entscheidende und tragende Rolle“ (Dührssen 1948/49, 396), wobei Dührssen (1948/49, 397) aufgrund empirischer Beobachtungen zu der Annahme gekommen ist, dass „körperliche Symptomatik im Anschluss an psychische Vorgänge zur Entstehung kommt.“ Somit ist an dieser Stelle festzuhalten, dass bei der Behandlung der Enuresis und Enkopresis die innerpsychische Dynamik nicht außer Acht gelassen werden sollte.

5.3.3 *Psyche Jahrgang III (1949/50)*

Im Jahrgang III der Zeitschrift „Psyche“ wurde in dem Text „Zur Technik der Kinderanalyse“ von Berna (1949/50, 600ff) ein Hinweis zur Behandlung des Symptoms der Enuresis gefunden. Aufgrund der wenigen Informationen kann dieser Text nicht eingehender ausgewertet werden, dennoch wurde er zum Zwecke der Vollständigkeit hier angeführt.

²⁷ Die Obstipation ist ein Subtypus des Symptoms der Enkopresis (siehe S. 37).

5.3.3.1 Zur Technik der Kinderanalyse (Jacques Berna 1949/50)

Berna (1949/50, 600ff) beschreibt in diesem Text, welcher der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, wesentliche Aspekte und Schwierigkeiten der Kinderanalyse. Berna (1949/50, 610) geht davon aus, dass in der kinderanalytischen Behandlung bestimmte Märchen hilfreich sein können, um die Hintergründe für ein kindliches Verhalten erfassen zu können. Diesbezüglich verweist Berna (1949/50, 610) auf Mary Briebl, die die Einschätzung vertritt, dass Märchen keine Neurosen oder andere Störungen verursachen, sondern häufig zur Vervollständigung des Inhalts beitragen. In diesem Kontext kommt Berna (1949/50, 610) auf die Enuresis nocturna zu sprechen. Diesbezüglich schreibt Berna (1949/50, 610): „Bettnässern erzählt man Dramen von Wasser und Feuer“, mit dem Ziel, dass anhand solcher Erzählungen „eine Aktivierung der Konflikte bezweckt“ (Berna 1949/50, 610) wird. Bemerkenswert ist, dass Berna nicht näher auf die Behandlung von Bettnässern eingeht, bzw. er nicht erläutert, um welche Dramen von Wasser und Feuer es sich hier handelt. Insofern kann dieser Text hier nicht näher bearbeitet werden.

5.3.4 *Psyche Jahrgang IV (1950/51)*

Im Jahrgang IV der Zeitschrift „Psyche“ wurden zwei Texte identifiziert, in denen die Autoren unter anderem auf das Symptom der Enuresis verweisen. Folglich wurden beide Texte in die Kategorie A.3. eingeordnet.

5.3.4.1 Verwahrloste Jugend. Drei Krankengeschichten – Ein Beitrag zur Therapie (Gerolf Thies 1950/51)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text beschäftigt sich der Autor (Thies 1950/51, 120ff) mit dem Problem der Verwahrlosung in der Nachkriegszeit. In der Interaktion mit Jugendlichen gelangt Thies (1950/51, 121) zu der Annahme, dass ein Großteil der Jugendlichen nicht nur aus einem armen und lieblosen Elternhaus entstammt, sondern auch schwerwiegende Erlebnisse in der Kindheit hatte, die Folgewirkungen nach sich ziehen. Beispielsweise gibt Thies (1950/51, 121) an, dass in Heimen etwa 10% aller

Jugendlichen Bettnässer seien. Thies (1950/51, 122ff) beschreibt in diesem Text insgesamt drei Fallvignetten, wobei zwei davon, für die vorliegende Arbeit relevant sind, da es sich um Falldarstellungen von Bettnässern handelt. Auf diese beiden Fallbeispiele wird im nachstehenden Absatz näher eingegangen.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

In dem einen Fallbeispiel handelt es sich um einen achtzehnjährigen Jungen, namens Karl, der am Symptom der Enuresis nocturna leidet. Karl lernte seine leiblichen Eltern nie kennen, da er bei Pflegeeltern untergebracht war. Karl beschreibt seine Pflegemutter als sehr distanziert, somit war er ständig um ihre Aufmerksamkeit bemüht, beispielsweise erzählt er davon, dass er versuchte, sich durch Diebstähle bemerkbar zu machen, um mehr Zuneigung von der Mutter zu erhalten. Weiters nässte er vermehrt ein, als er in die Schule gehen sollte, mit dem Hintergrund, dass er lieber bei der Mutter zu Hause bleiben wollte. Als 1944 Karls Pflegeeltern bei einem Fliegerangriff verstarben, wurde er in einem Heim untergebracht. Das Symptom der Enuresis nocturna konnte bei Karl nie beseitigt werden. (Thies 1950/51, 128ff)

Nach mehreren Behandlungsstunden mit Karl, kommt Thies (1950/51, 129) zu der Annahme, dass es Karl „an der liebevollen Fürsorge und Nestwärme gefehlt hat, deren ein Kind zu seiner Entwicklung bedarf.“

Bezüglich der Entstehung des Bettnässens hält Thies (1950/51, 134) gegen Ende seiner Ausführungen resümierend fest:

„Als Ursachen ... dürften der frühe Mutterverlust und die mangelnde Ermutigung und Liebeszuwendung in der frühen Kindheit ... angenommen werden.“

Aufgrund der eben geschilderten Überlegungen wurde dieses Fallbeispiel der Kategorie B.5. zugeordnet, die Auffassungen von Autoren beinhaltet, in denen das Einnässen als Regressionssymptom begriffen wird. Bezogen auf dieses Fallbeispiel könnte man davon ausgehen, dass Karl einerseits im Einnässen die nötige Wärme und Zuneigung wieder findet, die ihm verwehrt wurde; andererseits nützt er das Einnässen, um als kleines Kind betrachtet zu werden, vermutlich mit der Hoffnung endlich Zuneigung und Liebe zu bekommen.

Im anderen Fall handelt es sich wiederum um einen Bettnässer namens Arthur, dessen Mutter schon sehr früh verstorben war (Thies 1950/51, 134). Daraus ergibt

sich – nach Thies (1950/51, 134f) Einschätzung – eine mögliche Ursache für die Entstehung der Enuresis nocturna bei Arthur.

Diesbezüglich schreibt Thies (1950/51, 134f):

„Arthur vermochte seine Sehnsucht nach der wahren Mutter, deren plötzliches Verschwinden er noch nicht begreifen konnte, nicht anders auszudrücken, als dass er versuchte, in dem Zustand des Säuglings zu verbleiben: Er nässte immer weiter ein und ist nie trocken gewesen.“

Diese Textpassage wurde wiederum der Kategorie B.5. zugeordnet, die Aussagen von Autoren enthält, dass „bei den Regredierten die Wärme des Urins die Bedeutung haben kann, als Kind an die Brust der Mutter gekuschelt zu sein“ (Katan 1946; zit. nach Schmid-Boß 2005, 326). Auch bei Arthur war dies der Fall, da sich im Einnässen die Sehnsucht nach „mütterlicher Umfangung“ ausdrückte (Thies 1950/51, 136).

Pädagogische Konsequenzen

Welche Implikationen sich daraus für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben könnten, wurde von Thies nicht erläutert. Dennoch kann aus den Überlegungen Thies' abgeleitet werden, dass liebevolle Fürsorge, Zuneigung und Aufmerksamkeit wesentlich für eine gesunde Entwicklung des Kindes sind. Bleibt dem Kind die mütterliche Zuneigung verwehrt, könnte das Kind in diesem Kontext durch auftretende Störungen der Sphinkterkontrolle versuchen, Zuneigung und Aufmerksamkeit von der primären Bezugsperson zu erhalten bzw. sich diese auf dem Weg der Regression – über den symbolischen Akt des Urinierens und Einkotens– zu phantasieren.

5.3.4.2 Die Honorarfrage in der Psychotherapie (Werner Kemper 1950/51)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der wiederum der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, steht die Frage nach der Bezahlung in der Psychotherapie im Zentrum der Überlegungen des Autors (Kemper 1950/51, 201ff). Durch die, in der psychoanalytischen Literatur, vertretene „symbolische Gleichung: Geld=Faezes“ (Kemper 1950/51, 205) kommt Kemper (1950/51, 205ff) auf die Ausscheidungsvorgänge, die

Reinlichkeitserziehung und auf die Entstehung des Symptoms der Enuresis zu sprechen.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Kemper (1950/51, 206f) streicht an mehreren Stellen dieses Textes hervor, dass vor allem das mütterliche Verhalten gegenüber dem Kind bei der Entstehung der Enuresis eine zentrale Rolle spielt. Diesbezüglich vertritt Kemper (1950/51, 206) die Einschätzung, dass das Kind einer „guten‘ Mutter“ (Kemper 1950/51, 206) den Wunsch erfüllt, seine Exkremente zur gewünschten Zeit und am gewünschten Ort abzugeben. Im Gegensatz dazu geht Kemper (1950/51, 206) davon aus:

„Einer ungeliebten Mutter jedoch oder einer sonstigen Erziehungsperson, von der es keine Liebe empfängt, hat das Kind keinen Anlass, dieses ‚Geschenk‘ zu machen. Und selbst wenn es in solchem Falle durch Gewalt und durch Schläge dazu gezwungen wird, zeigt die Erfahrung, dass dann trotzdem die Art und der Rhythmus des Gebens gestört ist.“

Wenige Zeilen weiter nimmt Kemper (1950/51, 206f) nochmals Bezug auf die Enuresis:

„Die beiden grundverschiedenen Arten des Verhaltens des Kindes gegenüber den Erziehungsanforderungen in der Phase der Reinlichkeitsgewöhnung zeigen die beiden möglichen Extreme in der Art des Verhaltens zum Hergeben. Sie zeigen, wie am Akt der Defäkation beziehungsweise am Objekt der Faezes (Urin) die Beziehung des Kindes zur Welt sich ausdrückt: freudig-stolzes Schenken, auf Grund einer guten Kind-Mutter- und damit Kind-Welt-Beziehung auf der einen Seite; ängstlich-trotziges Zurückhalten bei gestörter Kind-Mutter- beziehungsweise Kind-Welt-Beziehung auf der andern Seite.“

Vor dem Hintergrund der eben geschilderten Überlegungen wurden diese Textpassagen der Kategorie B.6. „*Enuresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens*“ zugeordnet.

Pädagogische Konsequenzen

In diesem Text äußert der Autor keine expliziten Ratschläge für die pädagogische Praxis. Dennoch kann aus den Überlegungen Kempers die Annahme abgeleitet werden, dass das mütterliche Verhalten den Entwicklungsprozess des Kindes in positiver oder negativer Weise beeinflusst. Werden die Symptome der Enuresis und Enkopresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens aufgefasst, könnte folgende pädagogische Konsequenz implizit für das Gestalten der Praxis abgeleitet werden: Eine Verhaltensänderung der Mutter könnte eine Verhaltensänderung beim

Kind bewirken und somit zu einer Verbesserung der Enuresis und/oder Enkopresis Symptomatik führen.

5.3.5 *Psyche Jahrgang V (1951/52)*

Im Jahrgang V der Zeitschrift „Psyche“ wurden zwei Texte bezüglich dieser Thematik aufgefunden, wobei sich davon ein Text zur Gänze dem Symptom der Enkopresis widmet. Im zweiten Text findet sich nur in einem kurzen Absatz ein Verweis auf das Symptom der Enuresis.

5.3.5.1 Einkotende Kinder. Kasuistische Beobachtungen (Gerd Biermann 1951/52)

Kontextuelle Verortung

Wie der Titel schon ausdrückt, beschäftigt sich dieser Text, der der Kategorie A.2. zugeordnet wurde, mit dem Symptom der Enkopresis. Zu Beginn des Textes definiert Biermann (1951/52, 618) den Begriff der Enkopresis und betont nochmals, dass dieses Symptom bei Kindern als seelische Reaktion auftreten kann. Anschließend werden unterschiedliche Erklärungsmodelle zur Enkopresis geschildert, die im Folgenden näher dargestellt und erläutert werden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Biermann (1951/52, 618ff) beschreibt in dem Text „Einkotende Kinder“ drei zentrale psychoanalytische Erklärungsmodelle zum Symptom der Enkopresis. Erstens geht Biermann (1951/52, 619) davon aus, dass Enkopretiker das Einkoten als lustvoll erleben. In diesem Zusammenhang verweist der Autor (Biermann 1951/52, 620) auf Freud, der dem Autoerotismus bei der Entstehung der Enkopresis eine besondere Rolle zuschreibt. Diese Textstellen wurden der Kategorie C.1. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass die Stuhlentleerung als autoerotisch masturbatorischer Akt erlebt wird.

Zweitens betont Biermann (1951/52, 621), dass das Einkoten häufig als regressives Verhalten aufgefasst werden könne. Diesbezüglich schreibt er (Biermann 1951/52, 621):

„In der noch sehr labilen Phase der ersten Lebensjahre genügen geringste seelische Schwankungen im Verhalten der Umwelt des Kindes, um ein plötzliches Versagen in der Richtung des Einnässens oder Einkotens auszulösen, das wir dann als Regression in die Geborgenheit des Säuglingsdaseins erklären.“

Diese Textstelle wurde der Kategorie C.9. zugeordnet, die Positionen von Autoren enthält, in denen das Symptom der Enkopresis als Regressionssymptom verstanden wird. Da Biermann auch das Symptom der Enuresis anspricht, wurde diese Textpassage auch der Kategorie B.5. *„Enuresis als Ausdruck und Folge von regressivem Verhalten“* zugeschlagen.

Drittens vertritt Biermann (1951/52, 622) die Annahme, dass das Symptom der Enkopresis auf einen „Milieuschaden“ zurückgeführt werden könne, indem die Umgebung für das Kind eine „schwere seelische Belastung“ (Biermann 1951/52, 625) darstellt. An dieser Stelle hält Biermann (1951/52, 621) fest:

„Wir haben mehrere Kinder gesehen, bei denen eine Enkopresis bei Milieuschaden im Anschluss an eine Darmkrankheit manifest wurde.“

Da diese Textpassage keiner deduktiven Kategorie zugeordnet werden kann, muss an dieser Stelle die induktive Kategorie, C.11. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge des Milieus“*, entwickelt werden. In diese Kategorie fallen somit Textstellen, in denen Autoren das Symptom der Enkopresis auf das Milieu des Kindes zurückführen, wobei mit Milieu sowohl das soziale Umfeld des Kindes, als auch die Erziehungsmethoden der primären Bezugspersonen gemeint sind.

Pädagogische Konsequenzen

Biermann (1951/52, 625f) nennt einige Implikationen für das Gestalten der pädagogischen Praxis: Erstens geht er davon aus, dass dem Kind „jegliches Krankheitsgefühl genommen werden muss“ (Biermann 1951/52, 625), zweitens sind nach Biermann (1951/52, 626) der „Milieuwechsel“, die „Aussprachen“ und die „Heilpädagogik“ wesentlich bei der Behandlung der Enkopretiker und drittens nennt Biermann (1951/52, 626) als „endgültiges Ziel die allmähliche Umerziehung der

Kinder.“ Welche Erziehungsmethoden dabei hilfreich sein könnten, wird von Biermann allerdings nicht näher erläutert.

5.3.5.2 Über die Indikation zur Kinderpsychotherapie (Hans Zulliger 1951/52)

Kontextuelle Verortung

Zulliger (1951/52, 671) beschäftigt sich in diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, näher mit Kinderneurosen, die infolge von Erziehungsschwierigkeiten entstehen, wobei nach Zulliger (1951/52, 671) ‚Erziehungsschwierigkeiten‘ häufig „Erzieher-Schwierigkeiten“ darstellen würden. In diesen Fällen sollten die Eltern der Kinder, da sie „die Ursache der Fehlentwicklung ihres Sprösslings“ (Zulliger 1951/52, 671) darstellen, in Behandlung genommen werden (Zulliger 1951/52, 671). Anhand des Symptoms der Enuresis versucht Zulliger den eben dargestellten Gedankengang zu verdeutlichen.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Zulliger (1951/52, 675f) vertritt die Einschätzung, dass Kinder das Symptom der Enuresis häufig als Folge von mütterlichem Fehlverhalten entwickeln. Diesbezüglich hält er (Zulliger 1951/52, 675f) fest:

„Eine Mutter mit einem bettnässenden Zwölfjährigen wird sich weigern zu glauben, sie ziehe aus dem Symptom ihres Sohnes Lust; sie würde, hörte sie unsere Behauptung oder Einsicht, diese als Verdrehung und Unterschiebung ablehnen, als Phantasieprodukt perversen Denkens taxieren. Haben wir jedoch die Gelegenheit, diese Mutter in ihrem infantilen Denken zu untersuchen, so entdecken wir, sie wünsche sich ein Kind, das noch auf der Stufe des Säuglings steht. Das vom Unbewussten der Mutter provozierte Bettnässen des Kindes macht dieses in den Augen der Mutter zum Säugling. ... Es genügt, dass das Kind bettnässt, damit die Mutter in ihm einen Säugling sehen kann.“

Diese Textstelle wurde doppelt zugeordnet. Einerseits der Kategorie B.6., die Annahmen von Autoren umspannt, in denen das mütterliche Verhalten eine Entstehung der Enuresis verursachen könnte und andererseits der Kategorie B.8., in der Autoren eine intensive Mutter-Kind-Beziehung für die Entstehung des Symptoms verantwortlich machen. Hinsichtlich dessen kann die Enuresis als Ausdruck und Folge einer gescheiterten Autonomieentwicklung, zu der vorwiegend das mütterliche Fehlverhalten beigetragen hat, verstanden werden.

Pädagogische Konsequenzen

Welche Konsequenzen sich dadurch für das Gestalten pädagogischer Praxis ergeben, wird von Zulliger nicht ausgeführt.

5.3.6 *Psyche Jahrgang VI (1952/53)*

Im Jahrgang VI dieser Zeitschrift wurde ein Text erschlossen, der sich zum Teil mit dem Symptom der Enkopresis beschäftigt und somit der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde.

5.3.6.1 Neuere Fortschritte in der Psychotherapie auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin (Martin Grotjahn 1952/53)

Kontextuelle Verortung

Grotjahn (1952/53, 219) berichtet in diesem Text über drei zentrale Gebiete der Psychotherapie: Erstens über „neuere Fortschritte der Psychotherapie auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin“ (Grotjahn 1952/53, 219), zweitens über „neuere Fortschritte in der analytischen Psychotherapie der Psychosen“ (Grotjahn 1952/53, 219) und drittens über „neuere Fortschritte in der Technik der Psychotherapie“ (Grotjahn 1952/53, 219). Im Zuge dessen nennt Grotjahn (1952/53, 223) fünf untersuchte Fälle von Verstopfung, die er jedoch nicht genauer beschreibt, sondern lediglich die Ursache für deren Verstopfung erwähnt.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Diesbezüglich schreibt Grotjahn (1952/53, 223):

„In den fünf analysierten Fällen von Verstopfung kann der dynamische Hintergrund des Symptoms in die Worte gefasst werden: ‚Ich nehme nichts, ich bekomme nichts und deshalb brauche ich nicht zu geben.‘ Die Verstopfung ist eine Reaktion auf die Verpflichtung zu geben und ist mit der Kastrationsangst verknüpft.“

Bemerkenswert ist, dass diese Aussage keiner weiteren Kommentierung und Interpretation unterzogen wurde. Obwohl Grotjahn dies nicht näher erläutert, liegt die Annahme nahe, dass sich in Bezug auf diese Fälle, die Angst der Kinder ausdrückt, „ich nehme nichts, da mir sonst vielleicht etwas genommen werden könnte“, wobei sich darin – wie Grotjahn (1952/53, 223) schon angeführt hat – die

Kastrationsangst des Kindes zeigt. Hinsichtlich dessen wurde diese Textpassage der Kategorie C.2. zugeordnet.

Pädagogische Konsequenzen

Grotjahn verweist in diesem Text auf keine pädagogischen Konsequenzen.

5.3.7 *Psyche Jahrgang VII (1953/54)*

Im Jahrgang VII der Zeitschrift „Psyche“ wurden zwei Texte identifiziert, in denen sich kurze Verweise zum Symptom der Enuresis und Enkopresis finden und folglich der Kategorie A.3. zugeschlagen wurden.

5.3.7.1 Colitis Ulcerosa. Psychoanalyse zweier Fälle (Aaron Karush, George Daniels 1953/54)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text widmen sich die Autoren (Karush, Daniels 1953/54, 401ff) der Frage, inwiefern physisch bedingte Störungen durch Psychisches erklärt werden können, wobei dazu zwei Fallbeispiele vorgestellt werden. Darüber hinaus findet sich in diesem Beitrag eine Textpassage, in der auf die Entstehung des Symptoms der Enkopresis hingewiesen wird, auf die im nachstehenden Absatz näher eingegangen wird.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Karush und Daniels (1953/54, 402) verweisen in diesem Kontext auf Alexander (1948), der sich auf das Symptom der Enkopresis bezieht. Aufgrund mehrerer Untersuchungen kam Alexander (1948; zit. nach Karush, Daniels 1953/54, 402) zu der Annahme, dass einige Patienten „mit spezifischen Organstörungen²⁸ die gleichen emotionalen Konflikte aufwiesen.“ In diesem Zusammenhang verweist Alexander (1948; zit. nach Karush, Daniels 1953/54, 402) auf die Diarrhöe und Obstipation. Alexander (1948; zit. nach Karush, Daniels 1953/54, 402) deutet die „Diarrhöe als Ausdruck eines Konfliktes zwischen dem ‚Geben‘ in wirklichen Werten und dem

²⁸ Obwohl Alexander (1948; zit. nach Karush, Daniels 1953/54, 402) den Begriff „spezifische Organstörungen“ nicht näher erläutert, kann aus dem Inhalt des Textes erschlossen werden, dass es sich hierbei um psychosomatische Störungen handelt.

Geben in infantiler Währung. Desgleichen wird Obstipation als eine Weigerung angesehen, für Empfangenes zu bezahlen.“

Obwohl Alexander nicht näher auf die Hintergründe einer Diarrhöe oder Obstipation eingeht, liegt aufgrund bisheriger Überlegungen die Vermutung nahe, dass sich in der Textpassage Alexanders ein Zusammenhang zur misslungenen Sauberkeitserziehung findet. Alexander (1948; zit. nach Karush, Daniels 1953/54, 402) sieht im Symptom der Enkopresis einen kindlichen Konflikt zwischen dem Geben und Nehmen. Bereits einige Zeilen vorher (siehe S. 158) wurde aus den Ausführungen Kempers (1950/51, 206f) deutlich, dass sich in der Reinlichkeitserziehung „die beiden möglichen Extreme in der Art des Verhaltens zum Hergeben“ (Kemper 1950/51, 206) zeigen. Somit wurde diese Textstelle von Alexander der Kategorie C.7. zugeschlagen, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enkopresis auf eine misslungene Reinlichkeitserziehung zurückgeführt werden kann.

Pädagogische Konsequenzen

Welche Konsequenzen sich daraus für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben könnten, wird von den Autoren nicht erläutert.

5.3.7.2 Bemerkungen zur Triebpsychologie der Ersatzbefriedigung und Sublimierung (Harold Lincke 1953/54)

Kontextuelle Verortung

Lincke (1953/54, 501ff) beschäftigt sich in diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, mit so genannten „Ersatzbefriedigungen“ in der psychoanalytischen Trieblehre. Unter „Ersatzbefriedigungen“ versteht Lincke (1953/54, 501) „überstarke Erregungen, die aus äußeren oder inneren Gründen nicht auf dem üblichen direkten Weg abzufließen vermögen, entladen sich über bestimmte andere, hierzu offenbar prädisponierte Mechanismen.“ Derartige Ersatzbefriedigungen können beispielsweise das Nägelabbeißten, das Nase- und Ohrenbohren, aber auch das Einnässen und Einkoten sein (Lincke 1953/54, 501). In diesem Zusammenhang finden sich Hinweise auf die Entstehung der Symptome der

Enuresis oder Enkopresis, auf die im nachstehenden Absatz genauer eingegangen wird.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Lincke (1953/54, 507) geht davon aus, dass es infolge von Angstzuständen und Pollutionen zum unwillkürlichen Einnässen und Einkoten kommen kann. Diesbezüglich schreibt Lincke (1953/54, 507):

„Ähnlich den Pollutionen, treten diese Abfuhrmechanismen [die unwillkürliche Harn- und Kotentleerung; Anm.d.Verf.] häufig bei akuten Angstzuständen im Übersprung auf.“

Darüber hinaus bezieht sich Lincke (1953/54, 507) in seinem Text auf Christoffel, der die Einschätzung vertritt, dass nicht nur Wut, Zorn und Angst, sondern auch Gefühle der Freude zur Harn- und Kotentleerung führen können.

Lincke (1953/54, 508) beschreibt dies folgendermaßen:

„Die häufige Erfahrung, dass das Bettnässen aufhört, sobald die betreffenden Jugendlichen zu onanieren beginnen, passt sehr gut zur Auffassung, dass beide Äußerungen zur Abfuhr derselben (meist aggressiven) Triebstauung dienen können.“

Die Textpassage, in der Lincke (1953/54, 507) die Harn- und Kotentleerung als Folge von Angstzuständen begreift, wurde der Kategorie B.5. *„Enuresis als Ausdruck und Folge von regressivem Verhalten“* und der Kategorie C.9. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge von regressivem Verhalten“* zugeordnet, da regressives Verhalten, bezogen darauf, wäre es das Einnässen und Einkoten, vor allem in Belastungssituationen auftritt, in denen das Ich überfordert ist und versucht die Angst durch Regression zu minimieren (Schrader 2007, 293).

Wie bereits erwähnt bezieht sich Lincke (1953/54, 507) auf Christoffel, der das Einnässen und Einkoten als Wut- bzw. Trotzreaktion betrachtet. Diese Textstelle wurde den Kategorien B.10. und C.3. zugeordnet, die Auffassungen von Autoren beinhalten, in denen das Einnässen und Einkoten als aggressives Verhalten wahrgenommen wird. In diesem Kontext könnten die Symptome der Enuresis und Enkopresis als Rebellion verstanden werden (Krisch 1985; zit. nach Schmid-Boß 2005, 338).

Darüber hinaus – wie in dem vorhin geschilderten Zitat erwähnt – geht Christoffel aber auch davon aus, dass „freudige Erregungen zur Harnentleerung [und Kotentleerung; Anm.d.Verf.] führen“ können (Lincke 1953/54, 507). Diese Stelle wurde den Kategorien B.1. und C.1. beigeordnet, die zum Inhalt haben, dass dem Akt des Einkotens und Einnässens sexuelle Erregung beigeordnet werden kann.

Pädagogische Konsequenzen

Wie pädagogisch auf die Entstehung der Enuresis und Enkopresis reagiert werden könnte, wenn sie infolge von Angst- oder Erregungszuständen auftreten, wird vom Autor nicht erwähnt.

5.3.8 *Psyche Jahrgang VIII (1954/55)*

Im Jahrgang VIII wurden zwei Texte aufgefunden, in denen neben anderen wesentlichen klinischen Aspekten, auf die Symptome der Enuresis und Enkopresis verwiesen wird.

5.3.8.1 Psychosomatische Spezifität des Asthma Bronchiale (Walter Bräutigam 1954/55)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, behandelt Bräutigam (1954/55, 481) die Frage, „ob ein typischer beschreibbarer ... Zusammenhang zwischen seelischen Äußerungen und klinischen Krankheitseinheiten besteht.“ In diesem Zusammenhang kommt er (Bräutigam 1954/55, 493) auf die Neurose zu sprechen, wobei sich diesbezüglich eine Textpassage findet, die jedoch nur bedingt – für die vorliegende Arbeit – verwertbar ist.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bräutigam (1954/55, 493) schreibt:

„Gerade die Feststellung einer Neurose schließt eine spezifische Leistungsanforderung der Umwelt ein (Enuresis – Sauberkeitsanforderung; Schulversagen – Ideal der Tüchtigkeit der Eltern oder der Schule; Impotenz und Frigidität – Forderung der mehr oder weniger häufigen geschlechtlichen Leistung usw.).“

In dieser Textpassage geht Bräutigam nicht näher auf die Hintergründe für die Enuresis ein, daher war es nicht möglich diese Textstelle auszuwerten und einer Kategorie zuzuordnen.

Indem sich Bräutigam (1954/55, 481) mit den Überlegungen der psychosomatischen Medizin auseinandersetzt, kommt er auf die Obstipation zu sprechen. Diesbezüglich schreibt er einige Zeilen weiter:

„Konflikte beispielsweise um die Sauberkeitsgewöhnung führen dann zu Obstipation oder Diarrhoe“ (Bräutigam 1954/55, 496).

Diese Textstelle wurde der Kategorie C.7. zugeordnet, in welcher Autoren die Art und Weise der Reinlichkeitserziehung für die Entstehung des Symptoms der Enkopresis verantwortlich machen.

Pädagogische Konsequenzen

In diesem Text verweist der Autor auf keine pädagogischen Implikationen bezüglich des Umgangs mit den Symptomen der Enuresis und Enkopresis.

5.3.8.2 Probleme der Ätiologie psychosomatischer Erkrankungen im Lichte moderner Erkenntnisse der vergleichenden Physiologie des Verhaltens (Helm Stierlin 1954/55)

Kontextuelle Verortung

Stierlin (1954/55, 605) beschäftigt sich in diesem Text, welcher der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, mit der „Beziehung zwischen somatischen und psychischen Faktoren“, wobei diese Beziehungen anhand unterschiedlicher Beispiele veranschaulicht werden. Um das Verhältnis zwischen psychischen und körperlichen Faktoren aufzuzeigen, verweist der Autor auf die Ausscheidungsfunktionen und kommt in diesem Kontext auf das Symptom der Enuresis zu sprechen (Stierlin 1954/55, 618ff).

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Um das Symptom der Enuresis zu erklären, bezieht sich Stierlin (1954/55, 620f) auf Schneider, der die Annahme vertritt, dass sich beim Erlebnis des Harndrangs drei Stufen ergeben würden:

„1. Der Harndrang wird vom Kind erkannt und bewertet. 2. Die Entleerung kann willkürlich eingeleitet werden. 3. Die Entleerung kann trotz Harndrang bis zum geeigneten Augenblick hintangehalten werden“ (Stierlin 1954/55, 620f).

Daraus ergibt sich Stierlins (1954/55, 621) These, dass der Harnapparat nicht nur als Ausscheidungsorgan, sondern immer auch als „Triebventil“ (Stierlin 1954/55, 621) betrachtet werden muss. Zudem betont Stierlin (1954/55, 621), dass „im kindlichen Bettnässen ... [ein] Akt der aggressiven Abwehr zu sehen“ sei. Im Sinne der Ausführungen Stierlins (1954/55, 621) könnte daraus abgeleitet werden, dass das Triebventil des Harnapparates vorwiegend der Abfuhr von Aggressionen diene. Hinsichtlich dessen wurde diese Textpassage der Kategorie B.10. beigeordnet, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enuresis als Ausdruck von aggressivem Verhalten betrachtet werden kann.

Gegen Ende seiner Auffassungen hält Stierlin (1954/55, 621) fest, dass bei der Entstehung einer Enuresis auch immer andere komplexe Hintergründe eine zentrale Rolle spielen.

Pädagogische Konsequenzen

Welche Konsequenzen sich daraus für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben, wird vom Autor nicht erwähnt.

5.3.9 Psyche Jahrgang X (1956/57)

Im Jahrgang X der Zeitschrift „Psyche“ wurden zwei Texte bezüglich dieser Thematik aufgefunden, wobei sich der Autor im ersten Text zur Gänze dem Symptom der Enuresis widmet und der zweite Text nur bedingt für die vorliegende Arbeit verwertbar ist, aber im Dienste der Vollständigkeit genannt wird.

5.3.9.1 Zur Psychoanalyse einer „Blitz“-Heilung (Hans Zulliger 1956/57)

Kontextuelle Verortung

Zulliger (1956/57, 238) beschäftigt sich in diesem Text, der der Kategorie A.2. zugeschlagen wurde, mit der Tatsache, dass „menschliche Einwirkungen ‚Blitz-Heilungen‘“ herbeiführen können. Zur Illustration dieses Gedankens schildert Zulliger (1956/57, 239ff) eine Fallvignette, in der sich Hinweise zur Entstehung des Symptoms der Enuresis nocturna finden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

In diesem Fallbeispiel handelt es sich um einen Jungen namens Max, der als Sorgenkind der Familie bezeichnet wird, da er immer noch ins Bett nässt. Vor allem die Mutter hat große Sorgen um Max. (Zulliger 1956/57, 240)

Dies kommt im folgenden Zitat sehr deutlich zum Ausdruck:

„Wenn Max bettnässt ... wird er kein Soldat, geschweige denn Offizier, und nach Straßburg²⁹ geben darf man ihn auch nicht“ (Zulliger 1956/57, 240).

Um die Hintergründe für Max Enuresis nocturna verstehen zu können, werden in den nachstehenden Passagen einige wesentliche Details aus Max' Familie erwähnt. Der Vater von Max wird als sehr dominant und autoritär beschrieben, daher müssen sich ihm alle fügen. Im Gegensatz dazu wird die Mutter von Max als sehr sorgvoll, liebevoll, aber manchmal ein bisschen nervös und gehetzt charakterisiert. Zudem hat Max noch einen älteren Bruder, den er als Vorbild betrachtet, zu dem er aber aufgrund ständiger Verachtung und Hänseleien wegen des Bettnässens, kein gutes Verhältnis hat. (Zulliger 1956/57, 241)

Aufgrund des Bettnässens haben die Eltern von Max beschlossen, dass er ab Mittag keine Flüssigkeiten, Früchte, Fleisch etc. mehr zu sich nehmen darf (Zulliger 1956/57, 241). Des Weiteren wurde die Zuneigung des Vaters gegenüber Max immer weniger (Zulliger 1956/57, 242).

²⁹ Die Eltern von Max möchten, dass er zu einem Geschäftsfreund nach Straßburg geht, um sich weiterzubilden (Zulliger 1956/57, 240).

Diesen Zustand beschreibt Zulliger (1956/57, 242) folgendermaßen:

„Dann aber, als das Nässen nicht aufhören wollte, sei die Zuneigung des Vaters erkaltet. Er habe Max schließlich auch mit Strenge und Strafen zu kurieren versucht, ohne Erfolg.“

Darüber hinaus gibt Zulliger (1956/57, 242) an, dass Max „ergeben, von den Trink- und Speiseverboten und vom Bruder, dem alles viel leichter gehe als ihm, der sich keinerlei Beschränkungen auferlege – auch nicht beim Essen und Trinken – und gelegentlich wage, gegen den Vater zu revoltieren“ erzählt. Aus diesem „benachteiligt fühlen“ ergibt sich eine mögliche Ursache für das Symptom der Enuresis. Um das Symptom der Enuresis beheben zu können kam Zulliger (1956/57, 243) zu folgendem Entschluss:

„1. Max soll essen und trinken dürfen, was ihm behagt; 2. er soll sich am Abend um neun, spätestens um zehn Uhr zu Bett legen; ... 3. wenn am Morgen der Wecker läutet, soll Max sofort aufstehen und unter die Dusche treten ...; 4. binnen einem Monat solle Max die Stelle in Straßburg antreten und dort bleiben, bis die Rekrutenschule beginne.“

Zulligers Anordnungen wurden von den Eltern befolgt und Max nässte ab diesem Zeitpunkt nicht mehr ein (Zulliger 1956/57, 243).

Bezüglich der Hintergründe für Max' Enuresis schreibt Zulliger (1956/57, 244):

„Der junge Max leidet an einem argen Konflikt seiner Eltern-Kind-Beziehung, hauptsächlich am Vater, aber auch an der Mutter und dem Bruder; ... Er unterzog sich einerseits der tyrannischen Art des Vaters [indem er beispielsweise die Ess- und Trinkverbote einhielt; Anm.d.Verf], andernteils revoltierte er gegen sie, indem er weaternässte. Verhindert, unterdrückt wurde die kindliche Aggression.“

Vor dem Hintergrund der eben geschilderten Überlegungen, wurde das Symptom der Enuresis nocturna bei Max der Kategorie B.10. „Enuresis als Ausdruck und Folge von aggressivem Verhalten“ zugeordnet, jedoch sollte in Hinblick auf dieses Fallbeispiel beachtet werden, dass das aggressive Verhalten nicht nur auf eine Person, sondern auch auf sich selbst gerichtet sein kann (Zulliger 1956/57, 249). Zulliger (1956/57, 249) hält gegen Ende seiner Ausführung resümierend fest:

„Damit stoßen wir auf die Einsicht, dass das Symptom, das Nässen, hintergründig nicht nur der Aggression gegenüber dem Vater, sondern auch die Bestrafung, die Selbstbestrafung für diese Aggression zum Motive hatte. Das Symptom strafte Max im Hinblick auf seine ehrgeizigen Pläne, die eine Enthronung des Vaters zum Ziele hatten.“

Pädagogische Konsequenzen

Aufgrund der eben geschilderten Überlegungen, könnte folgende pädagogische Implikation abgeleitet werden: Bezogen auf Max musste vor allem dessen

Selbstwertgefühl gesteigert werden. Erst als er auf der gleichen Ebene wie sein Vater stand, konnte Max das Bettnässen aufgeben. Laut Zulliger (1956/57, 248) musste das „allzu schwache Ich“ des Kindes gestärkt werden, indem Verbote, die zur Benachteiligung führten, aufgehoben wurden.

5.3.9.2 Ekzem der Hände. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Behandlung Ekzemkranker (Clemens de Boor 1956/57)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, liefert der Autor (de Boor 1956/57, 630) anhand eines Fallbeispiels einen Beitrag zur „somatische[n] und psychologische[n] Ekzempathogenese.“ In diesem Fallbeispiel findet sich eine Textpassage, wo de Boor (1956/57, 637) auf das Symptom der Enuresis nocturna verweist, allerdings geht er darauf nicht näher ein.

Diesbezüglich schreibt de Boor (1956/57, 637):

„Sie ist Bettnässerin, sie schläft mit der älteren Schwester zusammen in einem Bett. Sie fürchtet das Schimpfen und die Prügel, steht morgens vor allen anderen auf und wäscht die Wäsche aus, hängt sie versteckt auf und sitzt in der Schule, angstvoll damit beschäftigt, ob die Mutter es merken oder die Schwester sie verpetzen werde.“

De Boor geht nicht näher auf die Hintergründe für das Symptom der Enuresis nocturna ein, daher kann diese Textpassage nicht ausgewertet und einer Kategorie zugeordnet werden. Allerdings wird in diesem Fallbeispiel das Schamgefühl, an dem Enuretiker und Enkopretiker sehr häufig leiden, deutlich.

5.3.10 *Psyche Jahrgang XII (1958/59)*

Im Jahrgang XII der Zeitschrift „Psyche“ wurde ein Text identifiziert, in dem sich der Autor zur Gänze mit dem Symptom der Enkopresis bzw. mit dessen Subtypus der Obstipation auseinandersetzt.

5.3.10.1 Beobachtungen an 14 Kindern mit chronischer Obstipation (Horst-Eberhard Richter 1958/59)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.2. zugeschlagen wurde, setzt sich Richter (1958/59, 291ff) genauer mit der chronischen Obstipation, die einen Subtypus des Symptoms der Enkopresis darstellt, auseinander. Richter (1958/59, 293f) schildert in diesem Text Beobachtungen einer Studie über 14 Kinder mit chronischer Obstipation, wobei drei zentrale Bedingungen bei den untersuchten Kindern gegeben sein mussten: Erstens „die Obstipation war als führendes Symptom Grund der Vorstellung“ (Richter 1958/59, 294), zweitens „die Obstipation bestand mindestens ein Jahr lang“ (Richter 1958/59, 294) und drittens „durch fachärztlich pädiatrische, meist klinische Voruntersuchung war die rein funktionelle Natur der Obstipation gesichert“ (Richter 1958/59, 294). Bezüglich der Entstehung der chronischen Obstipation würden vor allem „seelische Faktoren“ eine zentrale Rolle spielen (Richter 1958/59, 291), auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Erstens wurde die „familiäre Verbreitung des Symptoms“ näher untersucht (Richter 1958/59, 294), wobei Richter (1958/59, 294) die Einschätzung vertritt, dass „familiäre Häufung ... ebenso erbbedingt wie umweltbedingt zustande kommen“ kann. Daher wurde diese Textstelle der Kategorie C.11. „*Enkopresis als Ausdruck und Folge des Milieus*“ zugeordnet.

Zweitens wird vor allem dem „Erziehungsmilieu“ (Richter 1958/59, 296) wesentliche Bedeutung bei der Entstehung einer chronischen Obstipation zugeschrieben (Richter 1958/59, 296). 12 von 14 Kindern haben eine Mutter, die seit der Geburt des Kindes enorm unter der Angst leidet, dem Kind könnte ein Unglück passieren (Richter 1958/59, 296). Diese Mutter-Kind-Beziehung bzw. das mütterliche Verhalten umreißt Richter (1958/59, 296) wie folgt:

„Im Sinne dieser Befürchtung überwacht sie mit übertriebener Fürsorge, zugleich mit pedantischer Regelmäßigkeit die körperliche Entwicklung und das Verhalten des Kindes. ... Die meisten Mütter sind absolut unfähig, ihre Kinder an andere Kinder heranzubringen oder

auch nur an selbständiges, unbeaufsichtigtes Spielen zu gewöhnen. Das Kind kommt hier bis zum Schulalter nicht von Mutters Rockzipfel los.“

Vor dem Hintergrund der eben geschilderten Überlegungen konnte diese Textpassage nicht eindeutig zugeordnet werden. Einerseits wurde sie der Kategorie C.10. zugeschlagen, die Aussagen versammelt, in denen Autoren vorwiegend das mütterliche Verhalten gegenüber dem Kind für die Entstehung des Symptoms der Enkopresis verantwortlich machen; andererseits wurde diese Textpassage der Kategorie C.6. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enkopresis als nicht gelungene Autonomieentwicklung aufgefasst werden könnte.

Drittens wies ein Großteil der Kinder enorme Verlustängste auf (Richter 1958/59, 300). Diesbezüglich schreibt Richter (1958/59, 300):

„Alle Kinder zeigten ausgeprägte Angsterscheinungen, vornehmlich vom Typ der Verlustangst. ... Die Kinder im Vorschulalter reagierten alle mit überstarker Angst, als sie zu der ersten psychologischen Untersuchung von der Mutter getrennt werden sollten. Sie schrieten.“

Diese Textpassage wurde der Kategorie C.5. zugeordnet, die Auffassungen von Autoren beinhaltet, in denen das Symptom der Enkopresis als Ausdruck und Folge von Verlustängsten verstanden werden könnte.

An dieser Stelle lässt sich festhalten, dass nach Richter (1958/59, 303) ein enger Zusammenhang zwischen der übertriebenen Fürsorglichkeit der Mutter (Kategorie C.6. und C.10.) und der Verlustangst (Kategorie C.5.) des Kindes besteht. Diesbezüglich schreibt Richter (1958/59, 303):

„Weil die betreffenden Kinder hinter der zwangshaften Überbesorgtheit ihrer Mütter den Mangel echter gefühlsmäßiger Zuwendung spüren, entwickeln sie die Furcht, die Mutter zu verlieren. Diese Einstellung wird generalisiert und damit zur Angst vor Objektverlust überhaupt. Als Reaktion auf die allgemeine Verlustangst entsteht die ‚retentive‘ Haltung [das Kind hält seinen Kot zurück; Anm.d.Verf.].“

Pädagogische Konsequenzen

Mütter, die ständig von der Angst begleitet werden, ihrem Kind könnte ein Unglück passieren, übertragen diese Angst unbewusst auf ihre Kinder. Dies hat zur Folge, dass das Kind ständig von der Angst betroffen ist, es könnte die Mutter verlieren. Daher entwickelt es ein Symptom, in diesem Falle die Obstipation, wodurch es die Mutter beherrschen kann. Diese Kinder merken, dass sie durch diese

Symptombildung die Zuwendung und Nähe der Mutter erzwingen können. (Richter 1958/59, 303)

Bezüglich des kindlichen Verhaltens beschreibt Richter (1958/59, 303) ein Schema:

„Habe ich nicht Deine Liebe, dann zwingen ich Dich wenigstens, Dich umso gründlicher um mein Essen, um meine Verdauung zu kümmern.“

Einige Zeilen weiter schreibt Richter (1958/59, 303):

„Auf diese Weise wächst das Symptom gelegentlich bis in den Willkürbereich hinein. Die Mehrzahl der Kinder hatten ihre Obstipation längst in diesem finalen Sinn in den Dienst der Mutterbeherrschung gestellt.“

In diesem Kontext hält Richter (1958/59, 306) eine wesentliche pädagogische Implikation fest:

„Diese Kinder hatten also keine – oder noch keine – retentive Struktur, sondern nur ein situativ bedingtes retentives Benehmen, als Antwort auf das Verhalten ihrer Mütter. Einstellungsänderungen der Mütter führten in diesen Fällen nahezu von einem Tag zum anderen automatisch zu entsprechenden Verhaltensumstellungen der Kinder, gleichlaufend zu Symptombeeinflussungen.“

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen lässt sich abschließend festhalten, dass eine Verhaltensänderung der Mutter das Symptom der Enkopresis in günstiger Weise beeinflussen könnte.

5.3.11 *Psyche Jahrgang XIII (1959/60)*

Im Jahrgang XIII dieser Zeitschrift wurde ein Text identifiziert, in dem der Autor neben anderen Inhalten auch Bezug zum Symptom der Enuresis nimmt, folglich wurde dieser Text der Kategorie A.3. zugeschlagen.

5.3.11.1 Eine ‚Deckerinnerung‘ (Hans Zulliger 1959/60)

Kontextuelle Verortung

Zulliger (1959/60, 37ff) beschäftigt sich in diesem Text genauer mit dem Aspekt der Deckerinnerung. Unter Deckerinnerung versteht Zulliger (1959/60, 42) „die schlimmen Erinnerungen, die zufällig, von Träumen wiedererweckt, zum Vorschein gekommen sind, waren völlig vergessen, und vor sie war wie eine Kulisse die schöne Szene geschoben.“ Diese Deckerinnerungen können in den „Grundhaltung[en]“ des Menschen Ausdruck finden (Zulliger 1959/60, 37). Zulliger (1959/60, 37ff)

verdeutlicht den Aspekt der Deckerinnerungen anhand des Fallbeispiels „Alf“, wobei sich darin Hinweise zum Symptom der Enuresis finden. Gegenstand des folgenden Absatzes sind wesentliche Aspekte dieser Fallvignette. Dies ist notwendig, um besser verstehen zu können, in welchem Kontext das Symptom der Enuresis hier Erwähnung findet.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Die beste Freundin von Alf heißt Dorli (Zulliger 1959/60, 41). In der Interaktion mit Dorli entdeckt Alf den Geschlechtsunterschied (Zulliger 1959/60, 41). Zulliger (1959/60, 41) beschreibt diese Situation folgendermaßen:

„Da habe er entdeckt, dass sie anders aussehe als er. Wo er sein Gliedchen habe, besitze Dorli eine rote Wunde – was da wohl geschehen sei, ob der Bauer³⁰ an ihr die Drohung, die er an ihn, Alf, gerichtet habe, durchgeführt hätte, und ob Dorlis Vater nichts gegen die Verstümmelung habe tun – ob er sie nicht habe verhindern können.“

Die Entdeckung des Geschlechtsunterschieds führt bei Alf nicht nur dazu, dass die Kastrationsdrohung des Bauers ernst genommen wurde, sondern vermutlich auch zur Einleitung des Kastrationskomplexes, der im Symptom der Enuresis Ausdruck findet. Ab diesem Zeitpunkt hat Alf wieder begonnen einzunässen (Zulliger 1959/60, 41). Hinsichtlich dessen könnte das Symptom der Enuresis bei Alf auf Kastrationsängste zurückgeführt werden. Somit wurde diese Textpassage der Kategorie B.3. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass Enuretiker unter der massiven Angst leiden, dass ihre Genitale beschädigt werden könnten (Katan 1946, Berezin 1954; zit. nach Schmid-Boß 2005, 329).

Pädagogische Konsequenzen

Wie pädagogisch auf das Symptom der Enuresis reagiert werden sollte, wenn es infolge der Kastrationsangst entwickelt wurde, wird von Zulliger in diesem Text nicht explizit erwähnt. Dennoch macht Zulliger (1959/60, 40ff) mehr oder weniger darauf aufmerksam, dass Kastrationsdrohungen für die Entwicklung des Kindes schlimme Folgen haben können. Aufgrund dessen kann aus den Überlegungen Zulligers implizit die pädagogische Konsequenz abgeleitet werden, dass Kastrationsdrohungen gegenüber Kindern vermieden werden sollten.

³⁰ In dem Moment, wo Alf am Wegrand gegen eine Tanne urinierte, kam der Bauer aus dem Nachbarhaus vorbei und beantwortete das Verhalten Alfs mit einer Kastrationsdrohung (Zulliger 1959/60, 40). Zulliger (1959/60, 40) hält fest: „Er [der Bauer; Anm.d.Verf.] blieb stehen, zog sein Taschenmesser hervor, sagte zum kleinen Alf, es gezieme sich nicht, so öffentlich den Harn zu lassen und sich zu entblößen, und er müsse dem Büblein das Gliedchen abschneiden.“

5.3.12 *Psyche Jahrgang XIV (1960)*

Im Jahrgang XIV dieser Zeitschrift wurden zwei Texte erschlossen, in denen einige wesentliche Textstellen zum Symptom der Enuresis und Enkopresis aufgefunden wurden, welche im folgenden Unterkapitel bearbeitet werden.

5.3.12.1 Die emotionelle Entwicklung im ersten Lebensjahr (D.W. Winnicott 1960)

Kontextuelle Verortung

Winnicott (1960, 25ff) beschreibt in diesem Text, welcher der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, dass mit der Geburt die emotionelle Entwicklung des Kindes einsetzt. Primär geht es Winnicott (1960, 26) in dieser Arbeit um die Beantwortung der Frage, „was ist bei der Geburt als Möglichkeit gegeben und was ist davon nach einem Jahr Wirklichkeit geworden.“ Des Weiteren behandelt Winnicott (1960, 31ff) das kindliche Triebleben, wobei er in diesem Zusammenhang auf die Ausscheidungsfunktion zu sprechen kommt. Darin findet sich ein Hinweis auf die Entstehung des Symptoms der Enuresis und Enkopresis.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Diesbezüglich schreibt Winnicott (1960, 32):

„Der exkretorische Orgasmus spielt sich normalerweise während der Ausscheidung ab. ... Bei Knaben und Mädchen kann das Urinieren zu einem Orgasmus führen und entsprechend erregend und befriedigend sein.“

Diese Textpassage wurde der Kategorie B.1. zugeschlagen, in der Autoren dem Akt des Urinierens sexuelle Bedeutung beimessen.

Einige Zeilen weiter nimmt Winnicott (1960, 32) nochmals Bezug auf die Bedeutung der Ausscheidungsorgane und auf die Reinlichkeitserziehung. Diesbezüglich hält er (Winnicott 1960, 32) fest:

„Durch eine erfolgreiche Reinlichkeitsgewöhnung raubt man dem Kind einen Teil der körperlichen Befriedigungen, welche zur Kindheit gehören. Die Konsequenzen einer zu früh durchgesetzten Sauberkeit sind enorm, oft geradezu verheerend.“

Obwohl Winnicott dies nicht näher erläutert, liegt es aufgrund der bisherigen Überlegungen nahe, dass Winnicott (1960, 32) mit dem Begriff „Konsequenzen“ unter anderem die Symptome der Enuresis und Enkopresis anspricht. Daher wurde diese Textstelle den Kategorien B.7. und C.7. zugeordnet, die Aussagen von Autoren beinhalten, in denen das Symptom der Enuresis und Enkopresis als Ausdruck und Folge der Reinlichkeitserziehung betrachtet wird.

Pädagogische Konsequenzen

Aus den Überlegungen Winnicotts (1960, 32) kann die pädagogische Konsequenz abgeleitet werden, dass die Erziehung zur Sauberkeit nicht zu „früh“ beginnen sollte. Darüber hinaus sollte die Mutter bei der Reinlichkeitserziehung nicht außer Acht lassen, dass dem Kind dadurch ein Lusterlebnis geraubt wird (Winnicott 1960, 32).

5.3.12.2 Über das Seelenleben des Kleinkindes. Einige theoretische Betrachtungen (Melanie Klein 1960)

Kontextuelle Verortung

Klein (1960, 284ff) beschreibt in dieser Arbeit, die der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, einige wesentliche Punkte über das kindliche Seelenleben, mit „besonderem Hinblick auf Ängste, Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“ (Klein 1960, 284). In diesem Kontext nimmt Klein (1960, 310) in einer Fußnote kurzen Bezug auf die Sauberkeitserziehung des Kindes, wobei sich darin Andeutungen zur Entstehung des Symptoms der Enuresis und Enkopresis finden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bezüglich der Erziehung zur Sauberkeit schreibt Klein (1960, 310):

„Erziehung zur Sauberkeit, wenn sie ohne Druck und in einer Phase, in der das Bedürfnis danach offenbar wird (was gewöhnlich im Laufe des zweiten Jahres geschieht), angewandt wird, ist für die Entwicklung des Kindes günstig. Wenn sie dem Kinde in einem früheren Stadium aufgezwungen wird, kann sie schädlich sein. Weiterhin sollte das Kind in jedem Stadium nur ermutigt, aber nicht gezwungen werden, Reinlichkeitsgewohnheiten zu erwerben. Das ist in dieser Kürze nur eine sehr unvollständige Bemerkung zu einem sehr wichtigen Problem der Erziehung.“

Obwohl Klein (1960, 310) die Schäden einer zu frühen Sauberkeitserziehung nicht explizit erwähnt, liegt die Vermutung nahe, dass sie damit, unter anderem die Symptome der Enuresis und Enkopresis meint. Daher wurde diese Textstelle den

Kategorien B.7. und C.7. zugeordnet, die Auffassungen von Autoren beinhalten, dass die Enuresis und Enkopresis als Folgen einer misslungenen Reinlichkeitserziehung begriffen werden können.

Pädagogische Konsequenzen

Aufgrund der Überlegungen Kleins (1960, 310) kann davon ausgegangen werden, dass bei der Erziehung zur Reinlichkeit kein Druck und Zwang auf das Kind von Seiten der primären Bezugsperson ausgeübt werden soll. Zudem sollte die Mutter bzw. primäre Bezugsperson das Kind zur Sauberkeit ermutigen, beispielsweise durch Lob und Anerkennung (Klein 1960, 310).

5.3.13 *Psyche Jahrgang XV (1961/62)*

Im Jahrgang XV dieser Zeitschrift wurden zwei Texte identifiziert, in denen auf das Symptom der Enuresis und Enkopresis verwiesen ist.

5.3.13.1 *Ergänzungen zur Lehre vom Analcharakter (Karl Abraham 1961/62)*³¹

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, setzt sich Abraham (1961/62, 162ff) genauer mit den Triebregungen der Analerotik auseinander. Diesbezüglich thematisiert Abraham (1961/62, 163ff) die Lust der Darm- und Urinentleerung, wobei er die damit verbundene Schwierigkeit bei der Sauberkeitserziehung anspricht. In diesem Zusammenhang finden sich Verweise zu Enuresis und Enkopresis.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Abraham (1961/62, 163f und 171) behandelt in diesem Text das Exkretionsverhalten. In diesem Zusammenhang betont Abraham (1961/62, 163f und 171) die Lust an der Darm- und Urinentleerung und an den Produkten selbst. Daraus ergibt sich ein Verweis auf die Entstehung des Symptoms der Enuresis und Enkopresis.

³¹ Der Text „Ergänzungen zur Lehre vom Analcharakter“ von Karl Abraham ist 1923 in der Zeitschrift „Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse“ Jahrgang IX erschienen. Somit handelt es sich bei diesem Beitrag um einen Nachdruck dieser Arbeit.

Diesbezüglich schreibt Abraham (1961/62, 164):

„Der Strom des warmen Urins ruft an der Haut Lustgefühle hervor, ganz wie die Berührung mit der warmen Masse des Kotes.“

Einige Zeilen weiter schreibt Abraham (1961/62, 171):

„Sie halten den Darm- oder Blaseninhalt zurück, solange dies irgend möglich ist. Geben sie dem übermächtig gewordenen Drang endlich nach, so gibt es kein Einhalten mehr, und das gesamte Quantum kommt zutage. Hier ist besonders die Tatsache zu beachten, dass es sowohl eine Lust am Zurückhalten der Exkreme als eine Lust an ihrer Entleerung gibt.“

Hinsichtlich dessen wurden diese Textpassagen den Kategorien B.1. und C.1. beigeordnet, die Positionen von Autoren beinhalten, in denen der Akt des Einnässens und Einkotens als ein mit Lust besetztes Onanieerlebnis charakterisiert wird.

Pädagogische Konsequenzen

Abraham verweist in diesem Text nicht explizit auf pädagogische Konsequenzen bezüglich des Symptoms der Enuresis und Enkopresis. Dennoch betont er (Abraham 1961/62, 163) die damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Reinlichkeitserziehung, da sich das Kind ab diesem Zeitpunkt an „eine zeitliche Regelmäßigkeit der Entleerungsfunktionen zu gewöhnen“ hat (Abraham 1961/62, 163) und somit auf die Lust bei den Exkretionsvorgängen verzichten muss (Abraham 1961/62, 163). Aufgrund bisheriger Überlegungen liegt folgende pädagogische Implikation bezüglich der Sauberkeitserziehung nahe: Primäre Bezugspersonen sollten bei der Erziehung zur Reinlichkeit nicht außer Acht lassen, dass das Kind auf ein Lusterlebnis verzichtet. Folglich sollte dies vom Erzieher auch anerkannt werden, indem dem Kind – gleichsam als Einschätzung – Stolz und Lob entgegengebracht wird. Abraham (1961/62, 164) beschreibt dies folgendermaßen:

„Im günstigen Falle gelingt es dem Kinde sozusagen, aus der Not eine Tugend zu machen, das heißt, sich mit der Forderung der Erzieher zu identifizieren und auf das Erreichte stolz zu sein. Die primäre Verletzung seines Narzissmus ist dann kompensiert, das ursprüngliche Gefühl der Selbstherrlichkeit ersetzt durch die Befriedigung an der gelungenen Leistung, am ‚Bravsein‘, am Lob der Eltern.“

5.3.13.2 Über ‚innere Sukzession‘ beim Zulliger-Tafeln-Test (Hans Zulliger 1961/62)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, wendet Zulliger (1961/62, 405ff) den „Zulliger-Tafeln-Test“ kurz „Z-Test“ an einem 12-jährigen Jungen an, der wegen seines Bettnässens zur Erziehungsberatung gebracht wurde.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Anhand des Z-Tests kommt Zulliger (1961/62, 406) zu der Annahme, dass das Bettnässen bei diesem Knaben als Regressionssymptom aufgefasst werden könne. Bezüglich der Entstehung der Enuresis hält Zulliger (1961/62, 406) an dieser Stelle resümierend fest:

„Wir kennen aus vielen Psychoanalysen den Sinn des Bettnässens; der Bettnässer regrediert auf die Stufe des Säuglings; wenn er eingenässt hat, kommt die ‚liebende‘ Mutter, legt ihn trocken, pflegt ihn, ist ihm nahe, er fühlt sich ‚geborgen‘. In seiner Regression ins Frühinfantile sucht sich der Bettnässer in seinen unbewussten Phantasien und Antrieben in jenen Zustand rückzuversetzen, da er die Mutter als ‚Schutzmacht‘ erlebte, und die ihn aus allen seinen Ängsten erlöste.“

Diese Textstelle wurde der Kategorie B.5. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das Einnässen als regressives Verhalten, das vorwiegend in belastenden Situationen auftritt, wahrgenommen werden kann.

Pädagogische Konsequenzen

Zulliger nennt in diesem Text keine pädagogischen Konsequenzen für den Umgang mit dem Symptom der Enuresis.

5.3.14 *Psyche Jahrgang XVI (1962/63)*

Im Jahrgang XVI der Zeitschrift „Psyche“ wurde ein Text gefunden, in dem sich einige Hinweise auf die Entstehung des Symptoms der Enkopresis finden.

5.3.14.1 Bemerkungen zur analen Phase (Paula Heimann 1962/63)

Kontextuelle Verortung

Heimann (1962/63, 420ff) behandelt in diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, wesentliche Aspekte der analen Phase. In diesem Kontext kommt die Autorin (Heimann 1962/63, 425) auf den Verlust der Ausscheidungskontrolle zu sprechen, wobei sich Hinweise auf die Entstehung des Symptoms der Enkopresis finden. Dies wird im nachstehenden Absatz erläutert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Wie bereits erwähnt thematisiert Heimann (1962/63, 425) den Verlust der Sphinkterkontrolle, wobei sie (Heimann 1962/63, 425) sich in diesem Zusammenhang auf Abraham und Klein bezieht. Abraham geht davon aus, dass die prä-genitale Phase in zwei Stufen unterteilt ist:

„In der ersten analen Unterstufe ist das Ziel das Ausstoßen und drückt den Wunsch aus, das Objekt zu vernichten; die zweite, spätere Unterstufe, die die Retention zum Ziel hat, zeigt eine Modifizierung in der Objektbeziehung: das Objekt wird behalten und bewahrt, aber unter der Bedingung, dass es völlig unter der Herrschaft des Subjekts sei“ (Heimann 1962/63, 425).

Wenige Zeilen später bezieht sich Heimann (1962/63, 425) auf Kleins Auffassung, die bei der Entstehung einer Enkopresis den Exkrementen sadistischen Eigenschaften zuschreibt.

Da die Überlegung Kleins und die erste anale Unterstufe von Abraham keiner deduktiv entwickelten Enkopresis Kategorie zugeordnet werden können, muss an dieser Stelle auf induktivem Wege die Kategorie C.12. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge des analen Sadismus“* entwickelt werden. In diese Kategorie fallen Belegstellen, in denen dargestellt wird, dass das Symptom der Enkopresis aufgrund von sadistischen Impulsen entsteht. Somit kann dem Kot eine zerstörende Bedeutung beigemessen werden, mit dem Ziel – das auch aus den Überlegungen Abrahams hervorgeht –, das Objekt mit dem Kot zu vernichten (Heimann 1962/63, 425).

Die zweite anale Unterstufe bei Abraham wurde der Kategorie C.3. zugeordnet, die Positionen von Autoren umspannt, in denen zum Ausdruck kommt, dass der Stuhlgang bzw. das Symptom der Enkopresis als Rebellion gegen die Bezugsperson

oder spezifischer als Rebellion gegen erzieherische Anforderungen der Bezugsperson verstanden werden könnte (Krisch 1985; zit. nach Schmid-Boß 2005, 338).

Einige Zeilen weiter nimmt Heimann (1962/63, 432) nochmals Bezug auf die Entstehung des Symptoms der Enkopresis. Diesbezüglich schreibt Heimann (1962/63, 432):

„Mit dem Ende der Defäkation ist die unmittelbare Empfindung des Kontakts von Stuhl und Körper beendet und eine Distanz zwischen beiden geschaffen. Grunberger hat den Übergang von innen nach außen als Umwandlung des Stuhls in ein anales Objekt gekennzeichnet. Was man deutlich beobachten kann, ist, dass das Kind mit Interesse und Neugierde, aber oft auch mit Anzeichen von Angst und Abscheu auf den Stuhl im Topf blickt.“

Obwohl Heimann dies nicht näher erläutert, könnte man davon ausgehen, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem ängstlichen Blick des Kindes und der Verlustangst besteht, da das Kind den Kot als Teil des eigenen Körpers wahrnimmt (Heimann 1962; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337). Daher wurde diese Textstelle in die Kategorie C.5. eingeordnet, die zum Inhalt hat, dass sich im enkopretischen Verhalten des Kindes seine Verlustangst äußert, wobei diese Verlustängste vor allem auf Trennungserlebnisse des Kindes zurückgeführt werden könnten (Krisch 1985; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337f).

Pädagogische Konsequenzen

Die Frage nach den Konsequenzen für das Gestalten der pädagogischen Praxis wird von Heimann nicht behandelt.

5.3.15 Psyche Jahrgang XVII (1963/64)

Im Jahrgang XVII wurde ein Text aufgefunden, in dem eine aufschlussreiche Passage zum Symptom der Enkopresis ausgemacht werden konnte.

5.3.15.1 Konflikt, Regression und Symptombildung (Jacob A. Arlow 1963/64)

Kontextuelle Verortung

In diesem Beitrag, der der Kategorie A.3. beigeordnet wurde, beschreibt Arlow (1963/64, 23) „verschiedene Probleme der Charakter- und Symptombildung vom Standpunkt neuerer Erkenntnisse in der psychoanalytischen Theorie.“ Im Zuge

dessen erwähnt Arlow (1963/64, 40) eine kurze Fallvignette, in der auf das Symptom der Enkopresis verwiesen wird. Darauf wird im Folgenden näher eingegangen.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

In dieser Fallvignette wird das Verhalten einer Mutter dargestellt, die während der Erziehung zur Sauberkeit enormen Druck auf ihr Kind ausübte, wobei sich die Auflehnung des Kindes gegen das mütterliche Verhalten im Symptom der Enkopresis widerspiegelte (Arlow 1963/64, 40). Diese Situation beschreibt Arlow (1963/64, 40) wie folgt:

„Der Modellfall für diese Art, einen Teil des Selbst abzuspalten und zu unterdrücken, war während der Reinlichkeitserziehung gebildet worden. Ihre Mutter war eine eigenartige Person, deren Leben sich um ihren Stuhlgang und den ihrer Kinder drehte. ... Sie bestand streng auf Reinlichkeit und Beherrschung und strafte und demütigte jedes Kind, das sich schmutzig machte. Die Patientin entwickelte eine Abwehrmethode gegen eine derartige Erziehung, indem sie aus Trotz gegen diese Behandlung einige ‚Unfälle‘ hatte und ihren Stuhl verlor.“

Um das kindliche Verhalten zu erklären, bezieht sich Arlow (1963/64, 40) auf Wangh (1959), der davon ausgeht, dass die „präödipalen Erlebnisse eines Patienten die psychische Struktur, besonders die Abwehrmaßnahmen und Identifizierungen des Ichs derartig beeinflussen konnten“ (Wangh 1959; zit. nach Arlow 1963/64, 40).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen konnte diese Fallvignette nicht eindeutig einer Kategorie zugeschlagen werden. Deshalb wurde sie zum einen der Kategorie C.10. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enkopresis als Folge von mütterlichem Verhalten entwickelt worden ist und zum anderen der Kategorie C.8. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge der Ich-Störung“*. Die Kategorie C.8. versammelt Aussagen von Autoren, in denen ein zu früh einsetzender äußerer Zwang, die Entwicklung der Selbstkontrolle verhindert und zur Entstehung des Symptoms der Enkopresis führen könne (Binét 1979; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 213). Bezogen auf dieses Fallbeispiel kann man zusammenfassend festhalten: Durch eine zu früh einsetzende Sauberkeitserziehung gelingt es dem Kind nicht, ‚die von außen kommende Einschränkung seinem Ich zu integrieren‘ (Binét 1979; zit. nach Schmid-Boß 2005, 341).

Pädagogische Konsequenzen

Obwohl Arlow in diesem Text auf keine Konsequenzen für das Gestalten der pädagogischen Praxis verweist, liegt aufgrund bisheriger Untersuchungsergebnisse dieser Arbeit, die Annahme nahe, dass vor allem Empathie, Verständnis und Geduld von Seiten der Erziehungsperson für die Sauberkeitserziehung des Kindes förderlich sind.

5.3.16 Psyche Jahrgang XIX (1965)

Im Jahrgang XIX der Zeitschrift „Psyche“ wurden zwei Texte erschlossen, in denen einige wesentliche Textstellen zum Symptom der Enuresis enthalten sind.

5.3.16.1 Über psychosomatische Aspekte der Allergie (dargestellt an einem Fall von chronischer Urticaria) (Clemens de Boor 1965)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, der in die Kategorie A.3. eingeordnet wurde, schildert der Autor (de Boor 1965, 365ff) psychosomatische Aspekte zur Allergie anhand eines Fallbeispiels. In diesem Fallbeispiel findet sich eine kurze Textstelle, in der de Boor (1965, 370) auf das Symptom der Enuresis nocturna verweist.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bezüglich der Entstehung des Symptoms der Enuresis nocturna schreibt de Boor (1965, 370):

„Der bald danach folgende Verlust des Elternhauses durch Bomben, der Schulbeginn und die Verschickung in ein Kinderheim sind weitere traumatische Trennungserlebnisse von der Mutter. In dem Heim regredierte sie zum ersten Mal und entwickelte als ein Symptom ihrer infantilen Neurose Bettnässen, welches nach der Rückkehr zur Mutter wieder verschwindet.“

Hinsichtlich der Überlegungen des Autors wurde diese Textpassage der Kategorie B.5. zugeschlagen, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enuresis als Regressionssymptom aufgefasst werden muss, wobei vor allem bei Kindern belastende Ereignisse eine Regression begünstigen können (Schrader 2007, 293).

Pädagogische Konsequenzen

Welche Implikationen sich daraus für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben könnten, wird von de Boor nicht ausgeführt.

5.3.16.2 Zur Entwicklungsgeschichte des Ödipuskomplexes der Frau (Jeanne Lampl-de Groot 1965)

Kontextuelle Verortung

Lampl-de Groot (1965, 403ff) behandelt in diesem Text, welcher der Kategorie A.3. beigemessen wurde, nicht nur allgemeine Aspekte des Ödipus- und Kastrationskomplexes, sondern auch die Frage, inwiefern diese zusammenhängen und sich gegenseitig beeinflussen. Primär jedoch widmet sich Lampl-de Groot (1965, 403ff) der Entwicklung des Ödipuskomplexes beim weiblichen Geschlecht. Zur Illustration seiner Gedanken schildert der Autor (Lampl-de Groot 1965, 412f und 469) zwei Fallbeispiele, in denen auf das Symptom der Enuresis verwiesen wird.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Im ersten Fallbeispiel wird vor allem die Beziehung zwischen der Patientin und ihren Eltern thematisiert. In diesem Kontext erzählt die Patientin von einem Traum, der die Hintergründe des Symptoms der Enuresis verdeutlicht. (Lampl-de Groot 1965, 412f)

Mit vier Jahren hatte die Patientin folgenden Traum:

„Sie liegt im Bett, ihre Mutter ist neben ihr, Patientin hat ein Gefühl von großer Glückseligkeit. Die Mutter sagt: Das sei richtig so, das dürfe so sein“ (Lampl-de Groot 1965, 413).

Als das Mädchen erwachte, merkte sie, dass sie ins Bett uriniert hatte (Lampl-de Groot 1965, 413). Lampl-de Groot (1965, 413) verstand das Bettnässen als „Ersatz oder als Fortsetzung der Masturbation.“ Daher wurde diese Textstelle der Kategorie B.1. zugeordnet.

Im zweiten erwähnten Fallbeispiel handelt es sich um einen Jungen, der nach Abschluss der Reinlichkeitserziehung, wieder begonnen hatte ins Bett zu nässen (Lampl-de Groot 1965, 469).

Diesbezüglich schreibt Lampl-de Groot (1965, 469):

„Plötzlich, etwa ein halbes Jahr später, trat das Bettnässen wieder auf. Zunächst verstand die Mutter nicht, was geschehen war. Es hatte sich nichts Außergewöhnliches in der Familiensituation zugetragen. Dann beobachtete die Mutter jedoch, dass der Kleine sehr viel häufiger als vorher onanierte und Erektionen hatte.“

Auch diese Textstelle wurde der Kategorie B.1. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass dem Akt des Urinierens sexuelle Bedeutung beigemessen werden kann.

Pädagogische Konsequenzen

Im zweiten Fallbeispiel erwähnt Lampl-de Groot (1965, 469f) den Grund weshalb der Junge das Bettnässen aufgeben konnte. Diesbezüglich führt er an:

„Bei passender Gelegenheit sprach sie mit dem Kleinen über die Erektionen, offenbar in ganz natürlichem, beruhigendem Ton; dabei bestätigte sie ihn in seiner Männlichkeit und in seinem Recht auf Lust und männlichen Stolz. In der nächsten Nacht blieb er trocken“ (Lampl-de Groot 1965, 469).

Das entgegengebrachte Verständnis der Mutter führte dazu, dass das Symptom der Enuresis verschwand (Lampl-de Groot 1965, 470). Lampl-de Groot (1965, 470) betont:

„Von der Mutter gestützt, gelang es dem Ich fast augenblicklich, den regressiven Prozess aufzuheben. Der Junge kehrte zu dem bereits erreichten Stadium der Ich-Leistungen zurück, konnte seine Ausscheidungsfunktionen wieder beherrschen und darüber hinaus neue Ich-Fähigkeiten entwickeln.“

5.3.17 *Psyche Jahrgang XX (1966)*

Im Jahrgang XX der Zeitschrift „Psyche“ wurden zwei Texte zum Symptom der Enuresis erschlossen, wobei der Text „Verhaltenstherapie und Psychoanalyse“ (Schraml, Selg 1966, 529ff) aufgrund der wenigen Informationen nicht methodisch bearbeitet werden konnte, aber im Dienste der Vollständigkeit genannt wird. Im zweiten Text findet sich ein Fallbeispiel, in dem sich einige Hinweise zur Entstehung der Enuresis finden.

5.3.17.1 *Verhaltenstherapie und Psychoanalyse (Walter Schraml, Herbert Selg 1966)*

In diesem Text, der der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, wird ein stattgefundenes Gespräch zwischen den Autoren Schraml und Selg wiedergegeben (Schraml, Selg

1966, 529), wobei sich darin ein Hinweis zum Symptom der Enuresis findet, der jedoch nur bedingt – für die vorliegende Arbeit – verwertbar ist, da die Autoren nicht näher auf die Hintergründe der Enuresis eingehen. Bezüglich des Symptoms der Enuresis schreiben die Autoren:

„Ein Enuretiker z.B. hat nicht genügend Blasenbeherrschung gelernt. ... bei mangelhaftem Lernen wie beim Einnässen ist sie per definitionem nicht zu erwarten, weil dort, wo kein Konditionieren stattfand, auch keine Extinktion erfolgen kann. ... Der Verhaltenstheoretiker kennt ... neurotische Symptome nur als gelernte ‚habits‘, d.h. als gelernte Verbindungen von bestimmten Reizen mit bestimmten Reaktionen“ (Schraml, Selg 1966, 534).

An dieser Stelle wird deutlich, dass Verhaltenstheoretiker das Symptom der Enuresis als gelerntes Verhalten begreifen; diese Annahme stellt einen Widerspruch zur Auffassung der Psychoanalyse dar, die die Symptome der Enuresis und Enkopresis als psychosomatische Erkrankungen (Schmid-Boß 2005, 311), deren Entstehung in unbewussten Anteilen wurzelt, versteht. Dies wurde bereits anhand zahlreicher Fallbeispiele und Mitteilungen verdeutlicht.

5.3.17.2 Der Mammakomplex des Mannes (Edmund Bergler, Ludwig Eidelberg 1966)³²

Kontextuelle Verortung

Bergler und Eidelberg (1966, 670ff) behandeln in diesem Text, der der Kategorie A.3 zugeschlagen wurde, wesentliche Aspekte und Theorien der Psychoanalyse, wie beispielsweise die Oral- und Analerotik, den Kastrationskomplex, den Ödipuskomplex. In diesem Zusammenhang verweisen Bergler und Eidelberg (1966, 677ff) auf Fallbeispiele aus der psychoanalytischen Praxis, wobei sich im zweiten Fallbeispiel „Schreibkrampf“ (Bergler, Eidelberg 1966, 682ff), Hinweise auf die Entstehung des Symptoms der Enuresis finden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

In dieser Fallvignette wird ein Junge vorgestellt, der vom dritten bis zum siebten Lebensjahr am Symptom der Enuresis nocturna litt (Bergler, Eidelberg 1966, 683). Um die Hintergründe für das Bettnässen verstehen zu können, müssen im Vorhinein

³² Der Text „Der Mammakomplex des Mannes“ von Bergler und Eidelberg ist 1933 in der Zeitschrift „Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse“ Jahrgang XIX erschienen. Somit handelt es sich bei diesem Beitrag um einen Nachdruck dieser Arbeit.

einige wesentliche Aspekte zur Fallgeschichte geschildert werden: Die Mutter wird als energische und resolute Person beschrieben. Der Vater des Jungen ist sehr früh verstorben, wobei an dieser Stelle anzumerken ist, dass die Beziehung zwischen Vater und Sohn von Hass erfüllt war, beispielsweise schildert der Patient eine Situation, in welcher ihn der Vater, als Bestrafung für seine Enuresis, in den Keller sperrte. Des Weiteren hatte der Junge einen Bruder, der jedoch nach dem Tod des Vaters in einem Waisenhaus untergebracht wurde. (Bergler, Eidelberg 1966, 682ff)

Die Situation zwischen Mutter und Sohn zu Hause, beschreiben Bergler und Eidelberg (1966, 683) folgendermaßen:

„Patient bleibt nach Abschiebung des Bruders in die Waisenanstalt mit der Mutter allein zurück. Es ist dies ‚die glücklichste Zeit seines Lebens‘; dieses Glück wird lediglich durch den ständigen Kampf gegen das Bettnässen getrübt. Die Mutter versuchte dem Patienten vergeblich die ‚Unart‘ durch Güte, dann Geduld, endlich durch Drohungen abzugewöhnen. Der Patient hatte den ‚besten Willen‘. Er kam auch auf recht originelle Ideen in diesem Kampfe: so zum Beispiel montierte er den Gasschlauch ab, befestigte ihn an seinem Glied und führte das Ende direkt in einen Kübel.“

Des Weiteren wurde durch die Analyse deutlich, dass „seine aggressiven Tendenzen schon an den Penis gebunden waren und dass er konsekutiv eine große Kastrationsangst vor dem Vater entwickelte und diesen auch direkt provozierte“ (Bergler, Eidelberg 1966, 685). Einige Zeilen weiter halten Bergler und Eidelberg (1966, 685) die Hintergründe für das Symptom der Enuresis resümierend fest:

„Seine Enuresis hatte folgende Komponenten: In der ersten – aktiven – Phase war sie ein Versuch, mehr zu urinieren als der Vater, dem Vater also sexuell (Urin=Sexualprodukt) überlegen zu sein. In diesem Sinne spricht auch seine groteske Verlängerung des Penis mittels des Gasschlauches zu einem Riesenpenis. In einer Übergangsphase war die Enuresis ein Protest gegen die Kastration. In der dritten Phase, nach Verzicht auf den Penis, war es ein weibliches Fließenlassen, eine Phase, der die weibliche Identifizierung mit der Vorstellung zugrunde lag, das weibliche Genitale sei ein Behälter, aus dem ständig Urin abfließt. (Der Knabe wurde einmal mit dem kleinen Baron [ein Freud; Anm.d.Verf.] von dessen Bruder ... beim Ansehen medizinischer Atlanten ertappt; auf die ironische Frage, was sie denn so interessiere, kam nach langem Zögern die Bitte um Aufklärung, ob das Mädels ununterbrochen urinieren müsse.) Daneben hatte das Enuresissymptom eine Reihe von Nebenbedeutungen: es war Trotz gegen die Eltern, zugleich ein Mittel, der Mutter zu zwingen, bei der Reinigung sein Genitale in die Hand zu nehmen, endlich ein erfolgreiches Mittel gegen die Abschiebung in die Waisenanstalt usw. Von der Besprechung seiner Enuresis führte ein Weg zu seinem Schreibkrampf“ (Bergler, Eidelberg 1966, 685).

Bevor diese Textstelle einer Kategorie zugeordnet wird, ist es im Vorhinein notwendig, einige Interpretationen bezüglich dieses Fallbeispiels vorzunehmen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen könnte man davon ausgehen, dass bei diesem Jungen das Symptom der Enuresis enorm vom Ödipuskomplex³³ beeinflusst wurde, da die herrschende Rivalität zwischen Vater und Sohn in diesem Fallbeispiel sehr deutlich wird. Vor allem in der ersten Phase hatte die Enuresis die Funktion dem Vater überlegen zu sein und somit die Mutter zu beeindrucken (Bergler, Eidelberg 1966, 685). Dies zeigte sich darin, indem der Knabe versuchte, mehr zu urinieren als der Vater (Bergler, Eidelberg 1966, 685), wobei laut Bergler und Eidelberg (1966, 685) Urin für ihn ein Sexualprodukt darstellte.

Normalerweise kommt es zu einer Lösung des Ödipuskomplexes, indem sich der Knabe mit dem Vater identifiziert, wobei der Kastrationskomplex des Kindes diesbezüglich eine wesentliche Rolle spielt (Schrader 2007, 246). Da der Knabe die Kastration des Vaters fürchtet, wird die Umwerbung der Mutter aufgegeben (Schrader 2007, 246). Bezogen auf dieses Fallbeispiel befürchtete der Sohn keine Kastration vom Vater, sondern im Gegenteil: er provozierte diese mit dem Symptom der Enuresis (Bergler, Eidelberg 1966, 685). Dies legt den Schluss nahe, dass der Knabe im Ödipuskomplex verhaftet blieb, auf den Penis verzichtete und sich mit dem weiblichen Geschlecht identifizierte, wobei er die Auffassung vertrat, dass das „weibliche Genitale ... ein Behälter [sei], aus dem ständig Urin abfließt“ (Bergler, Eidelberg 1966, 685). Dadurch erklärt sich das Symptom der Enuresis in der dritten Phase. Am Ende dieses Zitates halten Bergler und Eidelberg (1966, 685) resümierend fest, dass bei diesem Jungen dem Symptom der Enuresis eine Reihe von weiteren Bedeutungen zukommt. Aufgrund der eben geschilderten Überlegungen wurde diese Textstelle mehreren Kategorien zugeordnet: In der ersten Phase kann dem Symptom der Enuresis sexuelle Bedeutung beigemessen werden, da der Junge die Auffassung vertrat „Urin = Sexualprodukt“ (Bergler, Eidelberg 1966, 685). Folglich wurde diese Passage der Kategorie B.1. zugeschlagen. In den darauf folgenden Phasen stellte die Enuresis einen „Protest gegen die Kastration“ (Bergler, Eidelberg 1966, 685) dar, wobei in diesem Zusammenhang der „Verzicht auf den Penis“ (Bergler, Eidelberg

³³ Der Ödipuskomplex des Kindes stellt sich folgendermaßen dar: „Todeswunsch gegenüber dem Rivalen als Person gleichen Geschlechts und sexueller Wunsch gegenüber der Person des entgegengesetzten Geschlechts“ (Laplanche, Pontalis 1973, 351).

1966, 685) und die daraus resultierende „weibliche Identifizierung“ (Bergler, Eidelberg 1966, 685) als Folge des Kastrationskomplexes wahrgenommen werden kann. Vor dem Hintergrund der eben geschilderten Überlegungen wurde diese Stelle der Kategorie B.3. *„Enuresis als Ausdruck und Folge des Kastrationskomplexes“* zugeordnet.

Pädagogische Konsequenzen

In diesem Text verweisen die Autoren auf keine pädagogischen Implikationen.

5.3.18 *Psyche Jahrgang XXI (1967)*

Im Jahrgang XXI wurde ein Text identifiziert, in dem sich in einem Fallbeispiel Hinweise auf das Symptom der Enuresis finden.

5.3.18.1 *Analyse eines Knaben mit transvestitischen Tendenzen. Ein Beitrag zur Genese und Dynamik des Tranvestitismus (Melitta Sperling 1967)*

Kontextuelle Verortung

In diesem Text, welcher der Kategorie A.3. zugeordnet wurde, schildert die Autorin (Sperling 1967, 521ff) die Falldarstellung „Tommy“. Im Zentrum der Analyse steht die Genese und Behandlung des Transvestitismus (Sperling 1967, 521), wobei in einer Textpassage auf das Symptom der Enuresis verwiesen wird (Sperling 1967, 530). Bezüglich dem Symptom der Enuresis schreibt Sperling (1967, 530): „Die Analyse von Tommys Enuresis kann hier nicht behandelt werden.“

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Obwohl sich Sperling mit Tommys Enuresis in diesem Text nicht genauer auseinandersetzt, schildert sie (Sperling 1967, 523) einen Traum von Tommy, aus dem sich eine mögliche Ursache für das Symptom der Enuresis ergibt:

„Ein Traum von einer Schlange in seinem Bett, die Speichel auf Vater und Schwester sprühte, die erst wegzulaufen versuchten, dann aber getötet wurden, brachte die aggressiven, sexuellen Aspekte seines Bettnässens in die Analyse sowie seine Eifersucht auf Vater und Schwester als Rivalen bei der Mutter“ (Sperling 1967, 523).

Hinsichtlich dessen wurde diese Textpassage einerseits der Kategorie B.2. zugeschlagen, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enuresis aufgrund von

sadistischen Impulsen entsteht. Somit wird dem Urin eine „aggressive und destruktive Bedeutung“ (Klein 1932; zit. nach Schmid-Boß 2005, 319) beigemessen. Andererseits wurde diese Stelle der Kategorie B.10. zugeordnet, die Auffassungen von Autoren umspannt, in denen die Enuresis als Ausdruck und Folge von aggressivem Verhalten verstanden wird.

Pädagogische Konsequenzen

Sperling äußert sich in diesem Text nicht zur Frage des pädagogischen Umgangs mit dem Symptom der Enuresis.

5.3.19 *Psyche Jahrgang XXIX (1975)*

Im Jahrgang XXIX dieser Zeitschrift wurde ein Text erschlossen, in dem sich eine kurze Textstelle zum Symptom der Enkopresis findet, folglich wurde dieser Text der Kategorie A.3. zugeschlagen.

5.3.19.1 Die Entfaltung des Arbeitsbündnisses in der Analyse eines Adoleszenten (Lore Schacht 1975)

Kontextuelle Verortung

Schacht (1975, 21ff) behandelt in diesem Text anhand eines Fallbeispiels die Entwicklung und wesentliche Aspekte des Arbeitsbündnisses zwischen Analytiker und Analysand. In dieser Fallvignette wird ein Junge namens David beschrieben, der wegen schwerer Zwangssymptome in die Analyse gekommen ist (Schacht 1975, 22ff). In diesem Fallbeispiel findet sich ein Hinweis zur Entstehung der Enkopresis.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bezüglich der Entstehung des Symptoms der Enkopresis hält Schacht (1975, 23) fest:

„Im Alter von 5 bis 6 Jahren, also nach der Trennung der Eltern, kam es zu Perioden von Enkopresis. Zu jener Zeit hatte seine Mutter eine Stelle als Krankenschwester in einem Wohnheim angenommen. David, der bei ihr wohnte, wurde oft für Stunden allein gelassen. Wenn die Mutter nach längerer Abwesenheit zurückkehrte, entdeckte sie regelmäßig Fäkalien, die David über das Zimmer gleichmäßig verteilt, hinter Vorhängen und unter Teppichen versteckt hatte.“

Obwohl Schacht die Hintergründe für das Symptom der Enkopresis nicht näher erläutert, liegt es nahe, diese Textpassage aufgrund bisheriger Untersuchungsergebnisse der Kategorie C.9. „*Enkopresis als Ausdruck und Folge von regressivem Verhalten*“ zuzuordnen. Emotional erlebte Ereignisse oder gravierende Veränderungen in der Familie (bezogen auf dieses Fallbeispiel wäre es die Scheidung der Eltern) können bei Kindern regressives Verhalten verursachen (Heinemann, Hopf 2001, 204).

Pädagogische Konsequenzen

Welche pädagogischen Konsequenzen daraus abgeleitet werden könnten, wird von Schacht nicht erwähnt.

5.3.20 *Psyche Jahrgang XXXII (1978)*

Im Jahrgang XXXII der Zeitschrift „Psyche“ wurde ein Text, in dem sich in einem Absatz Hinweise auf die Entstehung des Symptoms der Enuresis finden, identifiziert. Dieser Text wurde der Kategorie A.3. zugeschlagen.

5.3.20.1 Wege der weiblichen Über-Ich-Bildung (Edith Jacobson 1978)³⁴

Kontextuelle Verortung

Jacobson (1978, 764) beschreibt in diesem Text unterschiedliche „Wege der libidinösen und Über-Ich-Entwicklung.“ Um die „weibliche Über-Ich-Bildung“ (Jacobson 1978, 764) verstehen zu können, muss man sich im Vorhinein mit der weiblichen Kastrationsangst auseinandersetzen (Jacobson 1978, 766), da dies laut Jacobson (1978, 766) „für das Verständnis der Über-Ich-Bildung bestimmend ist.“ Auch beim weiblichen Geschlecht sind Kastrationsängste nachweisbar (Jacobson 1978, 766) bzw. versuchen Kinder durch Vorstellungen wie, „der Penis sei nur noch klein, er werde schon noch wachsen“ (Jacobson 1978, 767) oder „das Glied sei nur im Leibe versteckt, es werde schon herauskommen“ (Jacobson 1978, 767) die Kastrationsangst zu minimieren. Aus diesen Überlegungen ergibt sich eine mögliche Ursache für die Entstehung der Enuresis.

³⁴ Dieser Beitrag erschien erstmals 1937 in der Zeitschrift „Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse“ Jahrgang XXIII, somit handelt es sich bei dieser Arbeit um einen Nachdruck.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Diesbezüglich schreibt Jacobson (1978, 767):

„Die phantasierte Verlegung des Gliedes ins Körperinnere wandelt die Kastrationsangst wiederum in Angst vor Zerstörung dieses inneren Genitale. Sie steigert noch die phallischen und urethralen, wie die exhibitionistischen Strebungen: Krampfhaft bemüht sich das kleine Mädchen, den innen vermuteten Penis mit dem Urinstrahl herauszupressen, um ihn vorzeigen zu können.“

Obwohl die Autorin in dieser Textstelle nicht explizit auf das Symptom der Enuresis hinweist, kann aus dem Kontext abgeleitet werden, dass diese Vorstellung bei der Entstehung einer Enuresis beim Mädchen eine Rolle spielen könnte. Hinsichtlich dessen wurde diese Textpassage der Kategorie B.4. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass die Enuresis als Ausdruck des Penisneids aufgefasst werden kann, wobei in diesem Kontext der Urinstrahl als Penisersatz begriffen werden könnte.

Pädagogische Konsequenzen

Die Frage, welche Implikationen sich daraus für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben, wird von Jacobson in diesem Text nicht behandelt.

5.3.21 *Psyche Jahrgang XXXIII (1979)*

Im Jahrgang XXXIII dieser Zeitschrift wurde ein Text identifiziert, der sich zur Gänze mit der Entstehung des Symptoms der Enuresis und Enkopresis auseinandersetzt.

5.3.21.1 *Zur Genese von Störungen der Sphinkterkontrolle (Ágnes Binét 1979)*

Kontextuelle Verortung

Bei diesem Text, der der Kategorie A.2. zugeschlagen wurde, handelt es sich um eine Übersichtsarbeit, in der sich die Autorin (Binét 1979, 1114ff) nicht nur mit der Ätiologie der Enuresis, Enkopresis und Obstipation, sondern auch mit der damit in engem Zusammenhang stehenden Reinlichkeitserziehung, beschäftigt. Diesbezüglich schreibt Binét (1979, 1114):

„Die elterliche Reinlichkeitserziehung setzt in der Regel in einer Entwicklungsphase des Kindes ein, die durch den schwierigen Auflösungsprozess der Dualunion von Mutter und Kind gekennzeichnet ist. Setzen die Eltern in dieser Phase trotz der Unreife des Kindes ihren

Willen durch, so resultieren daraus Störungen der Selbstregulationsfunktion wie Enkopresis, Obstipation und Enuresis.“

Binét (1979, 1115ff) gliedert diesen Text in vier Bereiche: Erstens die Enkopresis, zweitens die Obstipation, drittens die Enuresis und viertens die Situation bei der Erziehung zur Sauberkeit. Auf diese vier Abschnitte wird im Folgenden näher eingegangen.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Wie bereits erwähnt nimmt Binét (1979, 1115ff) im ersten Abschnitt dieses Beitrags das Symptom der Enkopresis genauer in den Blick. Zur Illustration ihrer Gedanken schildert Binét (1979, 1115f) ein Fallbeispiel: Der vierjährige Anton leidet am Symptom der Enkopresis, wobei dies erstmals mit dem Eintritt in den Kindergarten auftrat. Bezüglich der Entstehung der Enkopresis bei Anton schreibt Binét (1979, 1116):

„Während der einjährigen Behandlung – das Symptom wurde nach einigen Monaten behoben – standen zunächst vor allem Kastrations- und oral-sadistische Momente im Vordergrund. Monatelang wurde ein bestimmtes Spiel wiederholt: Die kleine Maus macht ins Klo; dann kommt ein größeres Tier, ein Wolf oder ein Fuchs, das ihr den Kopf oder den Schwanz abbeißt; manchmal fällt die Maus oder nur ihr Schwanz ins Klo.“

In diesem Zusammenhang hält Binét (1979, 1116f) unter anderem die Hintergründe für die Entstehung der Enkopresis fest:

„Eine solche Attitüde der apathischen Selbstaufgabe ist für stuhlinkontinente Kinder sehr charakteristisch. Die typische Konstellation lässt sich etwa folgendermaßen umschreiben: das Kind wird von einem Separationstrauma oder einer entsprechenden Traumenserie betroffen, muss die Trennung von der Mutter hilflos und erniedrigt ertragen. In dieser Situation trifft es der Befehl, sich zu schämen, und dieser Befehl fixiert die Selbstaufgabe und das Symptom. Das Kind fühlt sich dann ausgeliefert und gedemütigt. Je tiefer dieser Eindruck ist, desto tiefer ist die Regression. Die Enkopresis erweist sich so als Symptom eines Sich-selbst-Aufgebens. ... Diese Angst drücke die Angst vor dem Verlust der mütterlichen Liebe aus“ (Binét 1979, 1116f).

Hinsichtlich dessen wurden diese Textstellen folgenden drei Kategorien zugeordnet: Erstens der Kategorie C.2. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge der Kastrationsangst“*. Vor allem im Fallbeispiel wurde die Kastrationsangst des enkopretischen Antons ersichtlich (Binét 1979, 1116). Zweitens der Kategorie C.9., die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enkopresis ein Regressionssymptom darstellt. Und drittens wurde diese Textpassage auch der Kategorie C.8. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge der Ich-Störung“* zugeschlagen. Die Kategorie C.8.

versammelt Aussagen von Autoren, wo die Einschätzung vertreten wird, dass das Symptom der Enkopresis auf einen zu früh einsetzenden Zwang, wodurch die Entwicklung der Selbstkontrolle verhindert wird, zurückgeführt werden kann (Binét 1979; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 213). Stuhlinkontinente Kinder haben es aufgegeben, gegen diesen äußeren Zwang zu kämpfen (Binét 1979; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 212f), also ein Symptom des ‚Sich-selbst-Aufgebens‘ (Binét 1979; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 213).

Im zweiten Abschnitt beschäftigt sich Binét (1979, 1117ff) genauer mit der Obstipation, wobei sie auch diesbezüglich eine Fallvignette schildert. In diesem Fallbeispiel wird ein Junge namens Dénes vorgestellt, der seinen Stuhl über Tage hinweg zurückhält. Die Mutter von Dénes ist häufig abwesend. Zudem wehrt sich Dénes aufs Töpfchen zu gehen, stattdessen will er lieber Windeln tragen und in diese defäkieren. Die Analyse bei Dénes ergab, dass er sich zum einen mit dem verstorbenen Bruder identifizierte; zum anderen wiederholte Dénes in der Analyse mehrmals ein Spiel, wo er alle Möbel und Spielsachen zusammenband, wobei der Anfang den Rüssel und das Ende den Schwanz eines Elefanten darstellten. (Binét 1979, 1117f)

Aus diesen Überlegungen ergibt sich eine mögliche Ursache für die Entstehung der Obstipation bei Dénes (Binét 1979, 1118). In diesem Kontext hält Binét (1979, 1118) folgendes fest:

„Dieses Spiel repräsentierte offenbar die drei erwähnten ätiologischen Faktoren: das Anbinden seiner häufig abwesenden Mutter ..., die Kastrationsangst und die Angst, sein Leben zu verlieren. ... Die Defäkation versteht das Kind zunächst so, dass etwas von ihm selbst abbricht.“

Hinsichtlich dessen wurde diese Textstelle der Kategorie C.2. zugeordnet, da er anhand der Obstipation seine Kastrationsangst symbolisiert, wobei man davon ausgehen könnte, dass sich in der Zurückhaltung des Stuhls die Weigerung gegen die befürchtete Kastration ausdrückt.

Im dritten Teil behandelt Binét (1979, 1119ff) ätiologische Faktoren zum Symptom der Enuresis, wobei Binét (1979, 1119) die Enuresis auf „gesteigerte Urethralität, Kastrationsangst, Penisneid, sexuelle Erregungszustände etc.“ zurückführt. Darüber hinaus erwähnt Binét (1979, 1121f) drei Fallbeispiele, wobei in diesen Beispielen vor

allem dem mütterlichen Verhalten, sowie der fehlgeschlagenen Autonomieentwicklung eine zentrale Rolle bei der Entstehung der Enuresis zugeschrieben wird. In diesem Zusammenhang schreibt Binét (1979, 1122) bezüglich der Entstehung des Symptoms der Enuresis:

„Der Kampf um die Integrität, der Konflikt zwischen Selbständigkeit und Unterwürfigkeit, der Wechsel von Gehorsam und Starrköpfigkeit scheint bei enuretischen Kindern typisch zu sein. ... Wie bei den Eltern der an Obstipation leidenden Kinder fällt auch hier, bei den Enuretikern, die inadäquate Einmischung der Eltern in die Triebvorgänge der Kinder auf, besonders das Verhalten der Mütter, das aller Wahrscheinlichkeit nach in deren eigenen Autonomiekonflikten wurzelt. Die Selbstregulierung dieser Kinder kann sich infolge des äußeren Zwanges, dem sie unterliegen, nicht entwickeln“ (Binét 1979, 1122).

Hinsichtlich dessen wurden Binéts Überlegungen den Kategorien B.1., B.3. und B.6. zugeschlagen. Darüber hinaus muss an dieser Stelle die Kategorie *B.II. „Enuresis als Ausdruck und Folge einer Ich-Störung“* induktiv entwickelt werden, denn aus dem oben angeführten Zitat geht hervor, dass nicht nur – wie vorhin erwähnt – die Enkopresis ein Symptom des „Sich-selbst-Aufgebens“ (Binét 1979, 1117) ist, sondern auch das Symptom der Enuresis. Binét (1979, 1122) schreibt, dass sich die Selbstregulierung der Kinder aufgrund des vorherrschenden äußeren Zwanges durch die Mutter, nicht entwickeln kann.

Im vierten Abschnitt dieses Textes lenkt Binét (1979, 1122ff) ihren Blick auf den Aspekt der Reinlichkeitserziehung und auf die Frage inwiefern diese bezüglich der Entstehung von Enuresis und Enkopresis eine Rolle spielen könnte. Laut Binét (1979, 1122) bedeutet die Erziehung zur Sauberkeit für das Kind eine erste Triebeinschränkung. Kinder, die die Anforderungen der Eltern diesbezüglich erfüllen, folgen einem normalen Entwicklungsverlauf (Binét 1979, 1122). Im Gegensatz dazu gelingt es einem Teil der Kinder nicht, sich mit den elterlichen Wünschen zu identifizieren (Binét 1979, 1123) und diese bleiben nach Binét (1979, 1123) „Bettnässer oder Einkoter (oder regredieren später auf diese Stufe).“ Binét (1979, 1123) beschreibt den Konflikt eines Enuretikers und Enkopretikers folgendermaßen:

„Wenn der Zwang das Ich nicht besiegte und auch nicht so stark war, dass er einen intensiven Widerstand auslöste, so kann sich das Kind früher oder später mit den elterlichen Anforderungen identifizieren. Dann wird die äußere Regulation zur inneren, zur Selbstregulation des Ichs. Kann jedoch das Kind den äußeren Zwang nicht bewältigen, weil der Druck zu überwältigend ist oder in einem zu frühen Entwicklungsstadium auf das Kind

einwirkt, so kann es weder Widerstand leisten noch sich mit dem Befehl identifizieren. Das Ich gibt sich dann auf, unterwirft sich dem äußeren Befehl, bildet aber keine Selbstregulierung aus (Hermann, 1971). Das ist meines Erachtens auch der den Störungen der Sphinkterkontrolle entsprechende Ich-Zustand. Bei enuretischen und obstipierenden Kindern äußert sich der Kampf der widerstreitenden Tendenzen in ihren Verhaltenswidersprüchen. Die Enkopresis hingegen entspricht der vollkommenen Subordination. Hier kommt es zu keinem Kampf, das Ich ist waffenlos“ (Binét 1979, 1123).

Aufgrund dieser Überlegung wurde diese Textpassage den Kategorien B.11. und C.8. zugeordnet, die zum Inhalt haben, dass die Störungen der Ausscheidungen einer „Ich-Störung, eine[r] Störung der Ich-Abgrenzung und der Selbstregulierungsfunktion“ entsprechen (Binét 1979; zit. nach Schmid-Boß 2005, 341).

Binét (1979, 1124) hält gegen Ende ihrer Ausführungen resümierend fest, dass die Störungen der Ausscheidungsfunktion auf „frühzeitige Verletzung des Ichs“ zurückgeführt werden können. Diesbezüglich schreibt Binét (1979, 1124):

„Die Auflösung der Dualunion mit der Mutter, die Ausdifferenzierung des Ichs, die Stabilisierung von Körper-Ich und Körper-Bild wird durch äußeres Eingreifen in Triebfunktionen empfindlich gestört. Dieser Eingriff trifft das Kind ... zu früh, er wird als Zwang erlebt, und die elterlichen Befehle können nicht introjiziert werden. ... die Selbstregulierung kann sich nicht entfalten. Das Symptom repräsentiert symbolisch den zugrunde liegenden Konflikt: die Enkopresis das hilflose Loslassen des verlorenen Objekts, die Obstipation das krampfhaftes Sich-Anklammern, das Zurückhalten des Objekts. Die Enuresis bringt den Konflikt der Individuation (Separation) mit dem regressiven Überfließen der Ich-Grenzen zum Ausdruck.“

Pädagogische Konsequenzen

Binét (1979, 1124) geht davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Störungen der Sphinkterkontrolle umso höher ist, je mehr das Kind die elterlichen Befehle bzw. elterlichen Anforderungen als Zwang empfindet. Bezüglich der Reinlichkeitserziehung vertritt Binét (1979, 1125) die Auffassung, dass erst aufgrund der „Trieb- und Ich-Entwicklung“ (Binét 1979, 1125), gegen Ende des dritten Lebensjahres mit der Erziehung zur Sauberkeit begonnen werden sollte. Zusammenfassend schreibt sie, dass „die Entwicklung des Kindes ... nicht dadurch forciert werden [kann], dass der Elternwille dem noch unreifen Kind mit Hilfe von materiellen oder emotionellen Prämien aufgedrängt wird“ (Binét 1979, 1125).

Nach der Darstellung der aufgefundenen Texte und Textpassagen in der Zeitschrift „Psyche“ finden sich im folgenden Teil der Arbeit zusammenfassende Überlegungen zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis.

Zwischenergebnisse zur Zeitschrift „Psyche. Psychoanalyse und ihre Anwendungen“

Die Zeitschrift „Psyche. Psychoanalyse und ihre Anwendungen“ ist erstmals 1947 erschienen und wird bis heute publiziert. Mittlerweile sind 64 Jahrgänge dieser Zeitschrift veröffentlicht worden, wobei in insgesamt 21 Jahrgängen wesentliche Texte und Textstellen zu den Symptomen Enuresis und Enkopresis erschlossen wurden. Besonders bemerkenswert ist, dass seit 1979 kein einziger Artikel in der Zeitschrift „Psyche“ mehr Bezug zu den Symptomen der Enuresis und/oder Enkopresis genommen hat.

Insgesamt wurden in der Zeitschrift „Psyche“ 30 Texte aufgefunden, wobei 4 davon der Kategorie A.2.³⁵ und 26 der Kategorie A.3.³⁶ zugeordnet wurden. Des Weiteren setzen sich 16 Texte mit dem Symptom der Enuresis, 7 mit dem Symptom der Enkopresis und 7 mit beiden Symptomen auseinander. In den folgenden Absätzen werden die von Autoren geschilderten psychoanalytischen Erklärungsmodelle nochmals in zusammenfassender Weise Darstellung finden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis

Im Zuge der Auseinandersetzung mit den Texten wurde herausgearbeitet, dass in der Zeitschrift „Psyche“ Autoren das Symptom der Enuresis und Enkopresis auf folgende neun Ursachen zurückführen:³⁷

1. regressives Verhalten (11)
2. urethraler und analer Sadismus (2)
3. aggressives Verhalten (7)
4. Reinlichkeitserziehung (6)

³⁵ Der Kategorie A.2. wurden Artikel oder Beiträge in Sammelwerken und Zeitschriften beigeordnet, die sich zur Gänze mit der Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Sicht auseinandersetzen.

³⁶ Die Kategorie A.3. fasste indessen solche Artikel, Texte und Beiträge, in denen neben anderen Inhalten auch Bezug zur Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Sicht genommen wird.

³⁷ Die Zahlen in den Klammern geben jeweils an, wie häufig eine Textpassage zu den Kategorien in der Zeitschrift „Psyche“ zugeordnet wurde.

5. mütterliches Verhalten (5)
6. Kastrationskomplex (6)
7. nicht gelungene Autonomieentwicklung und Loslösung von der primären Bezugsperson (2)
8. infantile Onanie (10)
9. Ich-Störung (5)

ad 1: Häufig betrachten Autoren die Symptome der Enuresis und Enkopresis als Regressionssymptome. Vor allem belastende und angsterfüllte Erlebnisse, in denen das Ich überfordert ist und versucht die Angst zu minimieren, können ein regressives Verhalten herbeiführen (Schrader 2007, 293). Beispielsweise vertritt Biermann (1951/52, 621) die Auffassung, dass „geringste seelische Schwankungen im Verhalten der Umwelt des Kindes [genügen], um ein plötzliches Versagen in der Richtung des Einnässens oder Einkotens auszulösen.“ Kinder, die ohne Eltern aufwachsen, oder denen jegliche mütterliche Zuwendung verwehrt wurde, finden laut Katan (1946; zit. nach Schmid-Boß 2005, 326) mitunter die verlorene Geborgenheit in der Wärme der Exkreme wieder. Andererseits wird – wie Thies (1950/51, 128ff) im Fall „Karl“ schildert (siehe S. 156) – vom Kind das Einnässen und Einkoten häufig dazu benutzt, um als kleines Kind betrachtet zu werden, meist in der Hoffnung, mehr Zuneigung, Liebe und Aufmerksamkeit von der Mutter zu erhalten.

ad 2: Ein weiterer wesentlicher Aspekt, der die Entstehung der Enuresis und Enkopresis begünstigen kann, ist jener des urethralen und analen Sadismus. Hinsichtlich dessen vertreten Autoren wie Sperling (1967, 523) oder Heimann (1962/63, 425), die sich in diesem Zusammenhang auf Klein bezieht, die Einschätzung, dass das Kind die Symptome der Enuresis und Enkopresis aufgrund von sadistischen Impulsen entwickelt, wobei den Exkrementen eine zerstörende Bedeutung zugeschrieben werden könne, die entweder auf ein Objekt oder gegen sich selbst gerichtet sein kann (Klein 1932; zit. nach Schmid-Boß 2005, 319). Heimann (1962/63, 425) verweist in diesem Kontext auf Abraham, der davon ausgeht, dass durch das Ausstoßen von Urin und Kot der Wunsch, das Objekt zu zerstören, geäußert werde.

ad 3: Des Weiteren werden in der Zeitschrift „Psyche“ den Symptomen der Enuresis und Enkopresis von verschiedenen Autoren – zum Beispiel Stierlin (1954/55, 621), Zulliger (1956/57, 249), Heimann (1962/63, 425) – aggressive Aspekte beigemessen. So würden Kinder die Enuresis und Enkopresis häufig als „Ausdrucksmittel“ (von Weizsäcker 1947/48, 578) für Trotz und Rache benutzen (von Weizsäcker 1947/48, 578), wobei das Einnässen und Einkoten in diesem Kontext tendenziell als Auflehnung gegen erzieherische Maßnahmen betrachtet werden könne (siehe Kapitel 5.3.1.1, Fallbeispiel S. 151) (von Weizsäcker 1947/48, 576). Beispielsweise geht Stierlin (1954/55, 621) davon aus, dass das Bettnässen ein „Akt der aggressiven Abwehr“ sei, wobei der Harnapparat als „Triebventil“ (Stierlin 1954/55, 621) zur Abfuhr von Aggressionen diene. Wie zuvor schon erwähnt bezieht sich Heimann (1962/63, 425) in diesem Zusammenhang auf Abraham und Klein, die davon ausgehen, dass den Störungen der Ausscheidung aggressive Aspekte zugerechnet werden können, wobei aus diesen Überlegungen die Annahme abgeleitet werden könnte, dass der Stuhl häufig als Machtmittel zur Beherrschung des Objektes (wie zum Beispiel die Mutter) eingesetzt werden könnte (Heimann 1962/63, 425).

ad 4: Ein weiterer Faktor, der die Entstehung der Enuresis und Enkopresis beeinflussen könne, ist die Art und Weise der Reinlichkeitserziehung. Bereits Winnicott (1960, 32) macht darauf aufmerksam, dass dem Kind bei der Erziehung zur Sauberkeit ein Lusterlebnis geraubt werde, indem es gezwungen wird, – so Abraham (1961/62, 163) – seine Ausscheidung zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Ort zu verrichten. Wird bei der Reinlichkeitserziehung enormer Druck und Zwang von Seiten der Mutter auf das Kind ausgeübt, könne dies die Entwicklung einer Enuresis und/oder Enkopresis begünstigen (Winnicott 1960, 32; Klein 1960, 310).

ad 5: Darüber hinaus betrachten mehrere Autoren – wie zum Beispiel Zulliger (1951/52, 675f), Kemper (1950/51, 206), Richter (1958/59, 296) und Arlow (1963/64, 40) – die Symptome der Enuresis und Enkopresis als Ausdruck und Folge mütterlichen (Fehl-)Verhaltens. Kemper (1950/51, 206) geht davon aus, dass ein Kind einer liebevollen Mutter dazu neigt, ihr den Wunsch zu erfüllen, seine Exkremente zu einer bestimmten Zeit an einen bestimmten Ort abzugeben. Im Gegensatz dazu macht das Kind einer „ungeliebten Mutter“ laut Kemper (1950/51,

206) dieses Geschenk nicht. Zudem könnte ein überfürsorgliches mütterliches Verhalten das Bettnässen und Einkoten beim Kind nach Zulliger (1951/52, 675f) provozieren, indem sich im Verhalten der Mutter gegenüber dem Kind der unbewusste Wunsch zeigt, das Kind solle noch ein Säugling sein (Zulliger 1951/52, 675f).

ad 6: Weiters wird in Form von Falldarstellungen von verschiedenen Autoren mehrfach auf sehr anschauliche Art und Weise erläutert, inwiefern der Kastrationskomplex die Entstehung der Enuresis und Enkopresis begünstigen könne. Meist führe die Entdeckung des anatomischen Geschlechtsunterschieds zur Einleitung des Kastrationskomplexes (Gerlach 2002, 366). Als Beispiel dafür kann etwa der geschilderte Fall „Alf“ von Zulliger (1959/60, 37ff) (siehe Kapitel 5.3.11.1, S. 174) genannt werden. Bergler und Eidelberg (1966, 682ff) verdeutlichen in der Fallvignette „Schreibkrampf“ (siehe Kapitel 5.3.17.2, S. 187), inwiefern das Symptom der Enuresis als „Protest gegen die Kastration“ (Bergler, Eidelberg 1966, 685) verstanden werden kann. Im Gegensatz dazu verdeutlicht Binét (1979, 1114ff) in dem Beitrag „Zur Genese von Störungen der Sphinkterkontrolle“, dass Kinder mitunter ihre Kastrationsangst im Symptom der Enkopresis in symbolischer Weise ausdrücken (Binét 1979, 1118).

ad 7: Andere Autoren – wie zum Beispiel Richter (1958/59, 296) – verstehen die Symptome der Enuresis und Enkopresis wiederum als Folge einer missglückten Autonomieentwicklung und Loslösung von der primären Bezugsperson. Beispielsweise kann eine intensive Mutter-Kind-Beziehung zu einer misslungenen Autonomieentwicklung beitragen (Kemper 1978; zit. nach Schmid-Boß 2005, 330). Richter (1958/59, 296) sieht die Ursache diesbezüglich in der übertriebenen Fürsorge der Mutter oder in ihrer Unfähigkeit, das Kind mit anderen Kindern in Kontakt zu bringen. Ausgehend von diesen Überlegungen könnte man festhalten, dass sich im mütterlichen Verhalten, der Wunsch äußert, das Kind möge noch ein unselbständiger Säugling sein, der die mütterliche Umsorgung benötigt, wodurch die Entstehung der Enuresis und Enkopresis herbeigeführt werden könne (Zulliger 1951/52, 675f).

ad 8: Ein weiterer Aspekt, der die Entstehung der Enuresis und Enkopresis beeinflussen könne, ist – nach Einschätzung einiger Autoren – die erlebte sexuelle

Erektion beim Akt des Einnässens und Einkotens. Lincke (1953/54, 507f), Abraham (1961/62, 163f), Bergler (1966, 685) und Eidelberg (1966, 685) gehen etwa davon aus, dass freudige Erregungen zur Harn- und Stuhlentleerung führen können bzw. dass dies dem Kind Lust bereitet. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen könnte man das Einnässen und Einkoten als „Ersatz oder als Fortsetzung der Masturbation“ betrachten (Lampl-de Groot 1965, 413).

ad 9: In einigen der aufgefundenen Textstellen wurden die Symptome der Enuresis und Enkopresis als Ausdruck und Folge der Ich-Störung betrachtet. Primär schreibt Binét (1979, 1122) dem vorherrschenden „Konflikt zwischen Selbständigkeit und Unterwürfigkeit“, unter dem Enuretiker und Enkopretiker leiden, eine tragende Rolle zu. Vor allem ein früh einsetzender äußerer Zwang könnte zu einer Ich-Störung beitragen, indem das Kind die Möglichkeit nicht bekommt, die Einschränkung von Außen in seinem Ich zu integrieren (Binét 1979, 1114 und 1122). Enuretiker und Enkopretiker hätten aufgegeben gegen diesen Kampf zu kämpfen (Binét 1979, 1116f), somit erweisen sich nach Binét (1979, 1117) die Enuresis und Enkopresis als Symptome des „Sich-selbst-Aufgebens“ (Binét 1979, 1117).

Nachdem, die in der Zeitschrift „Psyche“ postulierten psychoanalytischen Erklärungsmodelle zum Symptom der Enuresis und Enkopresis zusammenfassend dargestellt wurden, wird in den folgenden Absätzen zum einen ein psychoanalytisches Erklärungsmodell, welches in der Zeitschrift „Psyche“ ausschließlich zum Symptom der Enuresis geschildert wurde, dargestellt. Zum anderen werden zwei psychoanalytische Erklärungsmodelle, welche ausschließlich zum Symptom der Enkopresis erwähnt wurden, erläutert.

In der Zeitschrift „Psyche“ schreibt lediglich Jacobson (1978, 767) (siehe Kapitel 5.3.20.1, S. 192) dem Penisneid (Kategorie B.4.) für die Entstehung der Enuresis eine bedeutende Rolle zu. Somit entfiel bei der Bearbeitung der Zeitschrift „Psyche“ an die Kategorie B.4. eine Zuordnung. Jacobson (1978, 767) vertritt die Annahme, dass das Mädchen versucht, „den innen vermuteten Penis mit dem Urinstrahl herauszupressen.“ So drücke sich beim Mädchen im Symptom der Enuresis häufig die Weigerung aus, die Penislosigkeit hinzunehmen (Dolto 1973; zit. nach

Heinemann, Hopf 2001, 202). Es könne angenommen werden, dass das Mädchen anhand des Urinstrahls den Penis symbolisiert.

Ausschließlich das Symptom der Enkopresis wurde auf folgende zwei Ursachen zurückgeführt:

1. Milieu (2)
2. Verlustproblematik (2)

ad 1: Diesbezüglich wird das Symptom der Enkopresis als Ausdruck und Folge des Milieus verstanden, wobei vorwiegend das soziale Umfeld bzw. die Umgebung für das Kind – so Biermann (1951/52, 625) – eine „schwere seelische Belastung“ darstellt, die im Symptom der Enkopresis Ausdruck findet. Es wird in diesem Kontext aber nicht näher ausgeführt, in welcher Weise, welche Aspekte des Milieus Einfluss auf die Ausbildung einer Enkopresis nehmen können.

ad 2: Autoren, wie beispielsweise Richter (1958/59, 300) und Heimann (1962/63, 432) begreifen das Symptom der Enkopresis wiederum als Ausdruck von Verlustängsten. Die Verlustangst des Kindes äußere sich vorwiegend in Trennungssituationen bzw. wird auf Trennungserlebnisse zurückgeführt (Krisch 1985; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337f). Aus diesen Überlegungen kann abgeleitet werden, dass das Kind durch die „Abtrennung des Kots“ die Verlustproblematik symbolisiert (Schmid-Boß 2005, 338).

Des Weiteren ist festzuhalten, dass einige Textstellen den deduktiv gebildeten Kategorien nicht zugeordnet werden konnten, folglich wurden zwei Kategorien zum Symptom der Enuresis und zwei Kategorien zum Symptom der Enkopresis auf induktivem Wege erweitert bzw. neu gebildet. Zum Symptom der Enuresis wurden die Kategorien *B.10. „Enuresis als Ausdruck und Folge von aggressivem Verhalten“* und *B.11. „Enuresis als Ausdruck und Folge einer Ich-Störung“* dazu entwickelt und zum Symptom der Enkopresis die Kategorien *C.11. „Enkopresis als Ausdruck und Folge des Milieus“* und *C.12. „Enkopresis als Ausdruck und Folge des analen Sadismus“*.

Nachdem die von Autoren, in der Zeitschrift „Psyche“, vertretenen psychoanalytischen Erklärungsmodelle zum Symptom der Enuresis und Enkopresis in zusammenfassender Weise nochmals dargestellt und erläutert wurden, beschäftigt sich der anschließende Teil mit der Frage nach den pädagogischen Empfehlungen für den Umgang mit diesen Störungen in der pädagogischen Praxis.

Pädagogische Konsequenzen

Die Frage, welche Konsequenzen sich aus den zuvor genannten psychoanalytischen Erklärungsmodellen für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben, wurde von den Autoren in der Zeitschrift „Psyche“ äußerst spärlich behandelt. Dennoch konnten einige Überlegungen diesbezüglich aufgefunden, bzw. aus den geschilderten Gedankenfiguren abgeleitet werden.

Belastungssituationen, in denen das Ich des Kindes überfordert ist, können regressives Verhalten herbeiführen (Schrader 2007, 293). Darüber hinaus wird – wie zuvor geschildert – in manchen Fällen davon ausgegangen, dass Enuretiker und Enkopretiker die verlorene Geborgenheit und Zuneigung der Mutter, in der Wärme der Exkremente wieder finden (Katan 1946; zit. nach Schmid-Boß 2005, 326), oder dass diese Kinder mithilfe der Ausscheidungsstörungen den Versuch unternehmen, die verwehrte Liebe und Zuneigung der Mutter auf diesem Wege zu erhalten (Thies 1950/51, 128ff). Wird das Symptom der Enuresis und Enkopresis als Regressionssymptom begriffen, ist nach von Weizsäcker (1947/48, 579) ein „schützende[r] und Vertrauen bietende[r] Raum“ wesentlich, in dem das Kind viel Zuneigung und Geborgenheit erfährt, um das regressive Verhalten wieder aufgeben zu können.

Einige Autoren, wie beispielsweise Lampl-de Groot (1965, 413 und 469), Biermann (1951/52, 619f) und Abraham (1961/62, 164 und 171) vertreten die Einschätzung, dass die Enuresis und Enkopresis ein Ausdruck der kindlichen Onanie sei. Diesbezüglich könnte laut Lampl-de Groot (1965, 469) folgende pädagogische Implikation genannt werden: Dem Kind sollte nicht nur Verständnis von Seiten der Mutter für seine Ausübung der Sexualität entgegengebracht werden, sondern die Mutter sollte dem Kind vermitteln, dass es auch das Recht auf Lustgefühle hat (Lampl-de Groot 1965, 469).

Sind die Enuresis und Enkopresis eine Folge der sozialen Umwelt des Kindes kann laut Biermann (1951/52, 626) ein Milieuwechsel als pädagogische Konsequenz genannt werden.

Des Weiteren wird das Symptom der Enuresis und Enkopresis von Autoren, wie beispielsweise von Zulliger (1959/60, 40ff) in dem Fallbeispiel „Alf“ oder von Grotjahn (1952/53, 223), häufig als Folge von Kastrationsängsten begriffen. Obwohl diese Autoren keine expliziten Implikationen für den pädagogischen Umgang mit den Symptomen der Enuresis und Enkopresis, wenn diese infolge von Kastrationsängsten entstanden sind, äußern, kann implizit aus diesen Überlegungen die pädagogische Konsequenz abgeleitet werden, dass Kastrationsdrohungen gegenüber Kindern vermieden werden sollten, da dies schlimme Folgen nach sich ziehen könnte.

Häufig sind die Symptome der Enuresis und Enkopresis – nach Ansicht bestimmter Autoren, wie zum Beispiel Stierlin (1954/55, 621), Zulliger (1956/57, 244 und 249) und Heimann (1962/63, 425) – Ausdruck von aggressivem Verhalten. Zulliger (1956/57, 249) geht in diesem Zusammenhang davon aus, dass dieses aggressive Verhalten nicht nur auf eine bestimmte Person, sondern auch gegen sich selbst gerichtet sein kann. In diesem Fall sollte laut Zulliger (1956/57, 248), das „allzu schwache Ich“ des Kindes gestärkt werden, indem beispielsweise Verbote, durch die sich das Kind benachteiligt fühlt, aufgehoben werden. Dies könnte eine Steigerung des Selbstwerts zur Folge haben und aggressives Verhalten verringern und somit auch zu einer Besserung der Symptomatik führen.

Einen engen Zusammenhang sehen einige Autoren auch zwischen dem mütterlichen Verhalten, den Verlustängsten und der missglückten Autonomieentwicklung bezüglich der Entstehung des Symptoms der Enuresis und Enkopresis. Mütter, die ständig Angst haben, dem Kind könnte etwas passieren, würden diese Angst häufig unbewusst auf das Kind übertragen. Die Folge davon könne sein, dass diese Kinder kein Gefühl der Autonomie entwickeln, da sie ständig von den Müttern bevormundet werden, sowie eine enorme Verlustangst entwickeln bzw. Angst haben, sie könnten die Mutter verlieren. (Richter 1958/59, 303)

Laut Richter (1958/59, 306) sei das Benehmen der Kinder, die Antwort auf das Verhalten der Mütter. Deshalb könnte eine Verhaltensänderung der Mutter zu einer positiven Beeinflussung der Enuresis und Enkopresis führen. Hinsichtlich dessen könnte man davon ausgehen, dass eine Verhaltensänderung der Mutter zu einer Verhaltensänderung beim Kind führt, wodurch die Störungen der Ausscheidungen behandelt werden könnten. (Richter 1958/59, 306)

Auch eine falsche Reinlichkeitserziehung wird von einigen Autoren als mögliche Ursache für die Symptome der Enuresis und Enkopresis angeführt. Autoren, wie etwa Winnicott (1960, 32) oder Abraham (1961/62, 163f) machen darauf aufmerksam, dass die Ausscheidungsprozesse von Lusterlebnissen begleitet sind. Durch eine erfolgreich abgeschlossene Sauberkeitserziehung wird dem Kind insofern ein Stück von Lusterfahrung genommen (Winnicott 1960, 32). Dies sei ein wesentlicher Aspekt, der bei der Erziehung zur Sauberkeit nicht außer Acht gelassen werden sollte, da die Symptome der Enuresis und Enkopresis häufig die Folge einer misslungenen bzw. zu früh eingesetzten Reinlichkeitserziehung darstellen würden (Winnicott 1960, 32). Laut Klein (1960, 310) sollte die Sauberkeitserziehung insofern ohne Druck und in einer Phase, in der es für die Entwicklung des Kindes günstig ist, erfolgen. Binét (1979, 1124) hält fest, dass das Auftreten dieser Störung umso wahrscheinlicher sei, umso mehr Druck die Eltern bei der Reinlichkeitserziehung auf das Kind ausüben. Folglich kann als pädagogische Empfehlung diesbezüglich festgehalten werden: Mit der Sauberkeitserziehung sollte aufgrund der „Trieb- und Ich-Entwicklung“ (Binét 1979, 1125), Ende des 3. bzw. Anfang des 4. Lebensjahres begonnen werden, wobei vor allem Empathie, Geduld und Verständnis von Seiten der primären Bezugspersonen für eine erfolgreiche Sauberkeitserziehung wesentlich sind (Binét 1979, 1125). Laut Binét (1979, 1125) sollte der Elternwille nicht dem unreifen Kinderwillen aufgedrängt werden.

Im nächsten Kapitel der Arbeit werden aufgefundene Texte und Textstellen aus dem Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik zum Symptom der Enuresis und Enkopresis inhaltsanalytisch bearbeitet.

5.4 Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik (1989-2010)

Das Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik ist erstmals 1989 erschienen und wird bis heute publiziert. Mittlerweile sind 18 Bände herausgebracht worden, wobei ein Band zwischen 200-300 Seiten umfasst. Es dient vor allem dem wissenschaftlichen Diskurs zwischen Pädagogik und Psychoanalyse. Jeder Band des Jahrbuchs für Psychoanalytische Pädagogik ist einem übergreifenden pädagogischen Themengebiet gewidmet. Darüber hinaus finden sich in jedem erschienenen Jahrbuch Literaturumschauartikel. (Homepage des Jahrbuchs für Psychoanalytische Pädagogik)

Besonders bemerkenswert ist, dass im Zuge der Literaturrecherche kein einziger Text identifiziert werden konnte, der sich aus psychoanalytisch-pädagogischer Perspektive mit den Symptomen der Enuresis und Enkopresis auseinandersetzt. Der Umstand, dass sich im Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik keine Texte oder Textstellen zur Enuresis und Enkopresis aus Sicht der Psychoanalyse finden, ist sehr verwunderlich, da sich Autoren in diesem Publikationsorgan immer wieder mit Störungen im Kindes- und Jugendalter auseinandersetzen. Da keine Beiträge bezüglich dieser Symptomatik aufgefunden werden konnten, erübrigt sich eine weitere Ausarbeitung.

Das nächste Subkapitel bearbeitet jene Texte, die in der Zeitschrift „Kinderanalyse“ zum Symptom der Enuresis und Enkopresis aus psychoanalytischer Sicht erschlossen wurden.

5.5 Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters (1992-2010)

Die Zeitschrift „Kinderanalyse“ ist erstmals 1992 erschienen, somit wurden bisher 19 Bände publiziert (Homepage der Zeitschrift Kinderanalyse). In der Selbstdarstellung wird diese Zeitschrift als Forum beschrieben, in dem Psychoanalytiker „ihre Erfahrung aus der psychoanalytischen Einzelfallarbeit und die aus ihnen gezogenen

klinischen und theoretischen Schlussfolgerungen“ darstellen können (Homepage der Zeitschrift Kinderanalyse). Darüber hinaus steht vorwiegend „das körperlich kranke Kind, das Kind von körperlich und psychisch kranken Eltern ... im Brennpunkt psychoanalytischer Überlegungen und Behandlungsansätze“ (Homepage der Zeitschrift Kinderanalyse). Insofern lassen sich darin wesentliche Beiträge zum Symptom der Enuresis und Enkopresis vermuten. Aus diesem Grund ist es bemerkenswert, dass in der Zeitschrift „Kinderanalyse“ lediglich ein einziger Text, in dem ein Autor auf das Symptom der Enuresis verweist, erschlossen werden konnte. Dieser Text wird im folgenden Absatz bearbeitet.

5.5.1 Kinderanalyse Jahrgang XII (2004)

Wie eben erwähnt, wurde im Jahrgang XII dieser Zeitschrift ein Text, in dem sich Verweise auf das Symptom der Enuresis finden, identifiziert, der im Folgenden näher erläutert wird.

5.5.1.1 Triangulierungsprozesse und die Funktion des Rahmens (Jürgen Grieser 2004)

Kontextuelle Verortung

Grieser (2004, 85ff) schildert in diesem Text, der der Kategorie A.3. beigeordnet wurde, die psychoanalytische Behandlung eines Bettnässers. Im Zentrum der Überlegungen des Autors steht die Fragestellung, „welche triangulierenden Beziehungen zwischen dem Kind, seinen Eltern, dem Symptom, dem Therapeuten, dem therapeutischen Rahmen, den therapeutischen Theorien des Therapeuten und der symbolischen Ordnung der Kultur bestehen und wie diese für die analytische Arbeit fruchtbar gemacht werden können“ (Grieser 2004, 85). In diesem Kontext finden sich Hinweise auf die Entstehung des Symptoms der Enuresis, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Grieser (2004, 85ff) beschreibt in diesem Text den Fall „Julius“, der am Symptom der Enuresis nocturna leidet. Zu Beginn der kinderanalytischen Behandlung war Julius elf Jahre alt (Grieser 2004, 85). Julius wächst ohne seinen leiblichen Vater auf

(Grieser 2004, 86). Dennoch lebt die Mutter in einer Beziehung, jedoch wurde der Stiefvater laut Grieser (2004, 86) „von der Mutter bisher noch nicht dazu autorisiert ... eine eigenständige Rolle bei Julius zu spielen.“ Dies lege nach Grieser (2004, 86) den Schluss nahe, dass eine intensive Beziehung zwischen Julius und seiner Mutter besteht. Diesbezüglich schreibt Grieser (2004, 86):

„Die Beziehung zwischen Mutter und Sohn ist zu eng, und die Ablösung erschwert; das Symptom des Bettnässens weist ebenfalls auf eine Schwierigkeit in der Autonomieentwicklung hin.“

Wenige Zeilen später nimmt Grieser (2004, 94) nochmals Bezug auf das Symptom der Enuresis nocturna:

„In den Gesprächen mit den Eltern ging es im Grunde immer darum, wie Nähe und Distanz in der Beziehung zwischen Mutter und Kind reguliert wurden und weshalb der Stiefvater nicht zu einer eigenständigen Beziehung mit Julius zugelassen wurde. Das Beziehungsproblem in der Familie bildete sich in deren Umgang mit dem Symptom des Kindes ab. Das Symptom war das Dritte in der Beziehung zwischen Mutter und Kind, das Bindung und Abgrenzung zugleich ermöglichte. ... Solange das Symptom als triangulierendes³⁸ Drittes gebraucht wird, kann es nicht aufgegeben werden.“

Hinsichtlich dessen wurden diese Textstellen der Kategorie B.8. zugeschlagen, die Aussagen von Autoren versammelt, in denen die Einschätzung vertreten wird, dass das Symptom der Enuresis auf eine intensive Mutter-Kind-Beziehung ohne Vater zurückgeführt werden kann. In diesem Zusammenhang wird vor allem der fehlende Vater, das so genannte dritte Objekt, für die misslungene Separierung des Kindes von der Mutter verantwortlich gemacht (Kemper 1978; zit. nach Schmid-Boß 2005, 330). Daraus könnte die Überlegung abgeleitet werden, dass eine intensive Beziehung zwischen Mutter und Kind bestehen bleibe, wodurch es zu keiner Auflösung der Mutter-Kind-Dyade komme. Indem der Vater nicht anwesend ist, und somit nicht zur emotionalen Separierung des Kindes von der Mutter beitragen kann, spielt laut Kemper (1978; zit. nach Schmid-Boß 2005, 330) die „verclinchte Beziehung zwischen Mutter und Kind“ eine zentrale Rolle bei der Entstehung des psychosomatischen Symptoms der Enuresis. Bezogen auf den Fall „Julius“ liegt die Überlegung nahe, dass die intensiv bestehende Beziehung zwischen Julius und seiner Mutter durch das Symptom des Bettnässens determiniert bzw. geregelt wird (Grieser 2004, 86 und 94), da Julius indirekt durch das Symptom der Enuresis nocturna von

³⁸ Triangulierung heißt laut Grieser (2004, 87f), „dass das Verhältnis zwischen zwei in einer Beziehung stehenden Polen durch einen dritten Pol reguliert wird.“

der Versorgung der Mutter abhängig sei, und die Mutter somit die Garantie habe, von ihrem Sohn benötigt zu werden.

Pädagogische Konsequenzen

Ist das Symptom der Enuresis Ausdruck einer nicht gelungenen Autonomieentwicklung, so können nach Grieser (2004, 93) folgende pädagogische Implikationen genannt werden: Nicht nur die Beziehung zwischen Mutter und Kind muss gelockert werden, sondern das Kind sollte sich gleichaltrigen Gefährten zuwenden (Grieser 2004, 93). Dadurch – so Grieser (2004, 93) – würde ein erster Schritt in Richtung „Triangulierungsbewegung“ (Grieser 2004, 93) unternommen, wobei es „um die Ablösung von der Herkunftsfamilie mit Hilfe der Peergroup als drittem Objekt geht“ (Grieser 2004, 93).

Da in der Zeitschrift „Kinderanalyse“ lediglich ein einziger Text zum Symptom der Enuresis aufgefunden wurde, ist – meiner Einschätzung nach – eine Darstellung der Zwischenergebnisse an dieser Stelle nicht notwendig. Darüber hinaus werden im 6. Kapitel nochmals alle Ergebnisse dargestellt und erläutert.

Im anschließenden Teil der Arbeit werden die in Online Katalogen diverser Bibliotheken, erschlossenen psychoanalytischen Publikationen zum Symptom der Enuresis und Enkopresis, nach der Chronologie ihres Erscheinens, inhaltsanalytisch bearbeitet. Das kommende Kapitel 5.6 beschäftigt sich mit den Publikationen zum Symptom der Enuresis.

5.6 In Online Katalogen aufgefundene psychoanalytische Publikationen zum Symptom der Enuresis

5.6.1 Die Psychoanalyse des Kindes (Melanie Klein 1932)

Kontextuelle Verortung

Das Werk „Die Psychoanalyse des Kindes“ (Klein 1932) wurde der Kategorie A.3. beigeordnet, da sich darin, neben anderen Inhalten, nur kurze Verweise auf das Symptom der Enuresis finden. Klein (1932, 15ff) gliedert das Buch in zwei Teile, wobei im ersten Teil näher auf analytische Techniken (Frühanalyse, Analyse im

Latenz- und Pubertätsalter), auf die Neurose im Kindesalter, sowie auf sexuelle Betätigungen des Kindes eingegangen wird (Klein 1932, 15ff). Im zweiten Teil des Buches setzt sich Klein (1932, 131ff) genauer mit Angstsituationen und deren Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes auseinander. Klein (1932, 15ff) beschäftigt sich in diesem Werk unter anderem mit der Urethralerotik, dem Nässen und der Allmacht der Blasenfunktion. In diesem Kontext finden sich Hinweise auf die Entstehung des Symptoms der Enuresis, auf die im folgenden Absatz näher eingegangen wird.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Klein (1932; zit. nach Schmid-Boß 2005, 319) betont beim Symptom der Enuresis nicht den autoerotischen, sondern den objektgerichteten Charakter des Einnässens. In diesem Kontext hebt Klein (1932, 139) die Bedeutung von Phantasien „des Überschwemmens und Zerstörens durch ungeheure Urinmengen (auch im Sinne des Aufweichens, Ertränkens, Verbrennens, Vergiftens)“ hervor. Laut Klein (1932; zit. nach Schmid-Boß 2005, 319) darf beim Symptom der Enuresis die „aggressive und destruktive Bedeutung“ des Urins nicht außer Acht gelassen werden, wobei – laut Klein (1932, 139) – vor allem dem „urethralen Sadismus als Entwicklungsfaktor“ diesbezüglich eine enorme Bedeutung beigemessen werden müsse. Klein (1932, 139ff, 155, 222) streicht an mehreren Stellen ihres Werkes die sadistische Bedeutung des Urins hervor. Diesbezüglich schreibt Klein (1932, 139):

„Ich möchte hier auf die große, bisher nicht genügend eingeschätzte Bedeutung hinweisen, die nach meinen Erfahrungen dem urethralen Sadismus als Entwicklungsfaktor zukommt. Die uns wohl bekannten Phantasien des Überschwemmens und Vernichtens mittels großer Urinmengen sowie auch die bekannte Beziehung zwischen Zündeln und Nässen sind nur der deutlichere, weniger verdrängte Ausdruck der sadistischen Regungen, die sich mit der Urethralfunktion verknüpfen. Ich lernte in den Analysen von Kindern und Erwachsenen immer wieder Phantasien kennen, in denen der Urin als eine brennende, zersetzende, vergiftende Flüssigkeit, als schleichendes und geheimes Gift phantasiert wurde. ... Das Bettnässen fand ich in einer Reihe von Fällen durch Phantasien dieser Art determiniert.“

Einige Zeilen weiter hält Klein (1932, 143) unter anderem fest, dass die Exkremente häufig als „gewaltsame Angriffswaffen phantasiert werden“, wobei ihnen ein explosiver und vergiftender Charakter zugeschrieben wird (Klein 1932, 143). Aufgrund der eben geschilderten Überlegungen wurden diese Textpassagen der Kategorie B.2. zugeordnet, die Aussagen von Autoren enthält, in denen das

Symptom der Enuresis Ausdruck des urethralen Sadismus sei und aufgrund von sadistischen Impulsen entstehe.

Pädagogische Konsequenzen

Welche pädagogischen Konsequenzen sich für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben, wenn das Symptom der Enuresis als Ausdruck von urethralem Sadismus verstanden wird, findet bei Klein keine Erwähnung.

5.6.2 *Trieb und Kultur. Zur Sozialpsychologie, Physiologie und Psychohygiene der Harntriebhaftigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Enuresis (Hans Christoffel 1944)*

Kontextuelle Verortung

Laut Meng (1944, VIII) versucht Christoffel in diesem Werk, das der Kategorie A.1.³⁹ zugeschlagen wurde, anhand der „Harntriebhaftigkeit des Menschen“ zu zeigen, inwiefern „charakterliche und kulturelle Entwicklung mit Triebhaftigkeit zusammenhängt und welche biologischen Voraussetzungen eine Trieberziehung hat“ (Meng 1944, VIII). Dieses Buch dient nach Meng (1944, VIII) dem „Verstehen, Behandeln und Verhüten von Triebstörungen“, insbesondere der Enuresis. Vor allem im Kapitel „Zur Psychiatrie der Harntriebhaftigkeit“ (Christoffel 1944, 176) finden sich Hinweise bzw. psychoanalytische Erklärungsmodelle zur Entstehung des Symptoms der Enuresis, die im Folgenden behandelt werden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Laut Schmid-Boß (2005, 324) bietet dieses Werk von Christoffel ein „Sammelsurium an Einzelinformationen“ zum Symptom der Enuresis. Im Zuge der Bearbeitung wurde erkannt, dass Christoffel (1944, 176ff) bezüglich der Entstehung des Symptoms der Enuresis – aus psychoanalytischer Perspektive – unterschiedliche Erklärungsmodelle erwähnt und erläutert. Darüber hinaus entwickelt Christoffel (1944, 186) die Begriffe der „Urophilie“ und „Uropolemie“, die für ihn bei der

³⁹ In diese Kategorie wurden Zeitschriften und Monographien eingeordnet, die sich zur Gänze der Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Perspektive widmen. Obwohl sich Christoffel in diesem Werk nicht nur mit psychoanalytischen Erklärungsansätzen zur Enuresis auseinandersetzt, sondern auch beispielsweise mit der Harnbereitung und -entleerung, wurde diese Publikation dennoch der Kategorie A.1. zugeschlagen, da Christoffel (1944, XIII) schreibt: „Für meine berufliche Tätigkeit wie auch für diese Untersuchungen bin ich in erster Linie der Psychoanalyse verpflichtet.“

Erklärung der Enuresis wesentlich sind. Unter „Urophilie“ werden die „sinnlich-lustvollen Seite[n] solcher Ausscheidungsvorgänge“ (Christoffel 1944, 5) verstanden und unter „Uropolemie“ die „Harnzurückhaltung und Harnausscheidung im Dienste von Abwehr und Angriff“ (Christoffel 1944, 3). Des Weiteren bezieht sich Christoffel (1944, 186) auf Klein (1932), die – wie eben schon erwähnt – den aggressiven und zerstörenden Charakter des Urins hervorhebt (siehe Kapitel 5.6.1, S. 210). Die Überlegungen Kleins wären vermutlich nach Christoffel der Uropolemie zuzuordnen und entfallen somit an die Kategorie B.2. Zudem verweist Christoffel (1944, 186) auf Freud, der den autoerotischen Charakter des Einnässens betont (siehe Kapitel 5.1, S. 70). In diesem Kontext äußert sich Christoffel (1944, 215f) zur Frage des Zusammenhangs von kindlicher Onanie und Einnässen. Diesbezüglich vertritt Christoffel (1944, 215) die Einschätzung:

„Enuresis ist nicht unweigerliche, sondern bloß häufige Folge gereizter unreifer Geschlechtlichkeit.“

Zur Illustration dieses Gedankens schildert Christoffel (1944, 193) eine Fallvignette:

„Die 11jährige Monika hat mit 5 Jahren Keuchhusten und sonst noch eine Anzahl infektiöser Kinderkrankheiten gehabt. Durch das viele damalige Bettliegen hat sie sich angewöhnt, mit den Händen an den Geschlechtsteilen zu schlafen. Seither datiert auch ihr Bettnässen. ... Seit 6 Jahren sind die Eltern angewiesen, sie zu nächtlichen Harnentleerungen zu wecken. Diese Maßnahme hat aber das Bettnässen ebenso wenig gebessert wie verschiedene medikamentöse Stärkungsmittel. ... So wenig bisher von den Beteiligten an einen Zusammenhang zwischen masturbatorischem Reiz und Enuresis gedacht worden, so vernünftig und dankbar wird der Hinweis darauf aufgenommen und verwertet. ... Nachts beim Aufnehmen konnte ich sehr viel beobachten, dass das Kind auf dem Rücken lag, die Beine gespreizt und die Hände an den Geschlechtsteilen.“

Die eben geschilderten Textstellen wurden der Kategorie B.1. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass dem Symptom der Enuresis die kindlichen Onanie zugrunde liegen könnte.

Darüber hinaus weist Christoffel (1944, 190) darauf hin, dass das Symptom der Enuresis als „Beziehungsstörung“ betrachtet werden kann, wobei vor allem die Beziehung des Kindes zur Mutter gemeint ist (Christoffel 1944, 201). Christoffel (1944, 201) hält fest,

„dass in diesem Verhältnis oder Missverhältnis der Enuresis geheißene Symptomenkomplex wurzelt, auch wenn er unter vielen andern Bedingungen fernerhin aktiviert werden kann, darf ... als sicher angenommen werden.“

Christoffel (1944, 201) bezieht sich in diesem Kontext auf Weigl, der davon ausgeht, *„dass die Mütter, die doch die größten ‚Spezialisten‘ sein sollten, sehr wenig klaren Bescheid aus ihrer Domäne zu geben vermögen, und praktisch, d.h. im Erziehertakt, ‚enorme Fehler‘ leider keine Ausnahme sind. Dass schon das Kleinkind eheliche Misshelligkeiten zu büßen hat und mit Enuresis quittiert.“*

Hinsichtlich dessen wurden diese Überlegungen in die Kategorie B.6. *„Enuresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens“* eingeordnet.

Mit dieser Überlegung hängt auch eine weitere Ansicht Christoffels (1944, 200) zusammen, nämlich dass für die Entstehung des Symptoms der Enuresis das Milieu mitverantwortlich sei, wobei damit nicht nur der Erziehungsort, sondern auch das soziale Umfeld des Kindes gemeint sind (Christoffel 1944, 200). Christoffel (1944, 200) umreißt die „Milieutheorie“ wie folgt:

„Allzu sehr hat man bisher bei dem, was man die Milieutheorie der Harntriebhaftigkeit heißen könnte, die Verwahrlosung im Sinne des Sichselbstüberlassenseins, der Unordentlichkeit, Ungepflegtheit und schlechten Gewöhnung im Auge gehabt“ (Christoffel 1944, 200).

Darüber hinaus dürfe laut Christoffel (1944, 200) aber nicht darauf vergessen werden, dass das Symptom der Enuresis auch dort gedeihe,

„wo saubere Betten und gedeihende Anstaltsökonomie Haupt-, die Zöglinge aber Nebensachen sind. Sie verschwindet dort nie, wo sie mit oft drakonischen Zeremoniellen, täglichen Beschämungen, Prügeleien ausgerottet werden soll“ (Christoffel 1944, 200).

Da diese Textpassagen keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, musste auf induktivem Weg die Kategorie *B.12. Enuresis als Ausdruck und Folge des Milieus*⁴⁰ gebildet werden.

Als weiteren Grund für die Entstehung des Symptoms der Enuresis nennt Christoffel (1944, 206ff) die Geburt eines Geschwisterkindes. Inwiefern die Entstehung der Enuresis mit der Geburt eines Geschwisterchens zusammenhängen könnte, beschreibt Christoffel (1944, 206) folgendermaßen:

„Für ein bisher Jüngstes stellt sich mit Geburt eines Geschwisterchens oft eine schwer erträgliche Situation her. Als Reaktion auf die Konkurrenzierung ist nicht so selten eine Enuresis bei dem schon rein gewordenen Kinde bemerkt und als ‚Säuglingsimitation‘ benannt worden.“

⁴⁰ Zur genaueren Definition von Milieu, siehe S. 160

Einige Zeilen weiter hält Christoffel (1944, 210) unter anderem fest:

„Je weniger ein Kind ihm adäquate Zärtlichkeit im Sinne von Wissensvermittlung um das neue Geschwisterchen, von geschickter Anleitung nicht nur zu allerhand Verzicht, sondern auch zu seinem Alter entsprechender Selbsttätigkeit bekommt, desto leichter tritt nicht nur ein Entwicklungsstillstand, sondern ein Rückschritt ein. Und stets geht solche Regression mit Ressentiment, sei dieses bewusst oder unbewusst, einher. Oft erfolgt es nach der bekannten Formel: Es geschieht der Mutter recht, wenn mir das und das passiert, warum behandelt sie mich so schlecht.“

Somit wurden diese Textstellen der Kategorie B.5. zugeordnet, die Aussagen von Autoren versammelt, die davon ausgehen, dass gravierende Veränderungen in der Familie, wie beispielsweise die Trennung der Eltern oder die Geburt eines Geschwisterkindes, regressives Verhalten verursachen (Heinemann, Hopf 2001, 204).

Pädagogische Konsequenzen

Um die Frage, welche Konsequenzen sich für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben, beantworten zu können, verweist Christoffel (1944, 207) auf Heymann, der das „Erlebnis der Geborgenheit wesentlich als Verhinderungsmoment des Einnässens“ betrachtet. Darüber hinaus findet sich im Anhang dieses Buches ein „Enuresis-Merkblattes für Eltern und Erzieher“ (Christoffel 1944, 238), von dem im folgenden Absatz die wesentlichsten Aspekte herausgearbeitet wurden:

1. „Vorbeugung und Behandlung der Enuresis ist reine Erziehungsangelegenheit“ (Christoffel 1944, 238).
2. „Zur Vermeidung und Behebung der Enuresis ist weder die ‚Unart‘ noch das ‚Leiden‘ in den Vordergrund zu stellen. Je mehr man von besonderen Maßnahmen abzusehen weiß, desto besser“ (Christoffel 1944, 239). Damit ist gemeint, dass zum Beispiel die Erziehung zur Sauberkeit als Selbstverständlichkeit betrachtet werden sollte und nicht als etwas Besonderes hervorgehoben wird (Christoffel 1944, 239).
3. „Es ist ungesund, Kinder im Elternschlafzimmer schlafen zu lassen und in deren Gegenwart, auch wenn sie zu schlafen scheinen, körperliche eheliche Beziehungen zu pflegen“ (Christoffel 1944, 239). Christoffel (1944, 239) geht davon aus, dass die Kinder den Geschlechtsverkehr der Eltern wahrnehmen, wodurch sie „sinnliche[n] Reizung[en]“ (Christoffel 1944, 239) und Angst ausgesetzt sind (Christoffel 1944, 239).

4. Liegt die Entstehung des Symptoms der Enuresis in der kindlichen Onanie zugrunde, nennt Christoffel (1944, 239) folgende pädagogische Implikation: „Die Selbstbefriedigung (Onanie) darf nicht mit Schreckmitteln bekämpft werden. Am besten ist unauffällige erzieherische Behandlung dadurch, dass man die körperlichen und geistigen Kräfte des Kindes in fördernder Weise in Anspruch nimmt“ (Christoffel 1944, 239).

Abschließend hält Christoffel (1944, 239) resümierend fest:

„Es gibt also keine besondere ‚Erziehung der Blase‘, es gibt nur Erziehung überhaupt.“

5.6.3 *Erziehungsschwierigkeiten und ihre Überwindung (Jacques Berna 1954)*

Kontextuelle Verortung

Dieses Buch wurde der Kategorie A.3. zugeschlagen, da sich neben anderen Inhalten, wie zum Beispiel der Säuglingsphase, der Trotzphase oder Schwierigkeiten der Erziehung im Schulalter (Berna 1954, 9ff), im 4. Kapitel „Reinlichkeitserziehung und Bettnässen“ (Berna 1954, 40) nur einige Hinweise zur Entstehung der Enuresis finden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Laut Berna (1954, 50f) sei bei Enuretikern die Reinlichkeitserziehung misslungen, wobei er für die Entstehung der Enuresis nicht nur die Art und Weise der Reinlichkeitserziehung verantwortlich macht, sondern auch das damit verbundene mütterliche Verhalten. Diesbezüglich hält Berna (1954, 50) fest:

„Es wäre einfach, zu behaupten, das Kind sei entweder zu wenig oder zu sehr zur Reinlichkeit angehalten worden. Im ersten Falle sei es verwahrlost, habe nicht gelernt, sich zu beherrschen. ... Im andern Falle – bei zu strenger Reinlichkeitserziehung – stehe das Kind im Protest, halte seine Schließmuskeln ‚mit Absicht‘ nicht in Schach und provoziere mit seinem Verhalten aus Rache- und Wutgefühlen.“

Diese Textstelle wurde der Kategorie B.7. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass die Art und Weise der Reinlichkeitserziehung erheblich zur Entstehung des Symptoms der Enuresis beigetragen haben müsse.

Jedoch geht Berna (1954, 50) – wie aus dem eben geschilderten Zitat hervorgeht – davon aus, dass nicht nur die Sauberkeitserziehung diesbezüglich verantwortlich

gemacht werden könne, sondern auch das Erziehungsverhalten der Mutter darf laut Berna (1954, 51) nicht außer Acht gelassen werden. Aus diesen Überlegungen ergibt sich eine weitere mögliche Ursache für die Entstehung der Enuresis. Berna (1954, 51) beschreibt dies wie folgt:

„Das Nässen ist schon früh ein Ruf nach der Mutter. Es ist für das Kind ein Mittel, das Alleinsein zeitweise aufzuheben. Wie damals die Windeln, musste die Mutter auch jetzt die Bettwäsche wechseln kommen, und sie tat es oft jede Nacht.“

Hinsichtlich dieser Überlegungen wurde diese Textstelle der Kategorie B.6. beigeordnet, die Aussagen von Autoren umspannt, in denen das Symptom der Enuresis aufgrund eines bestimmten mütterlichen Verhaltens entwickelt wurde. Beispielsweise wenn eine Mutter wenig Zeit für ihr Kind hat, liegt die Vermutung nahe, dass das Kind aufgrund des passiv mütterlichen Verhaltens das Symptom der Enuresis entwickle, um Aufmerksamkeit von der Mutter zu erzielen.

Pädagogische Konsequenzen

Berna (1954, 41) nennt eine pädagogische Implikation für das Gestalten der Sauberkeitserziehung, um eine Enuresis zu verhindern bzw. eine Besserung der Symptomatik zu erzielen. Bezüglich der Sauberkeitserziehung hält Berna (1954, 43) fest, dass das Entleeren der Exkremente beim Kind häufig mit einem „Gefühl des Wohlbehagens“ (Berna 1954, 43) begleitet ist. Deshalb sollte laut Berna (1954, 41) die Erziehung zur Sauberkeit „behutsam durchgeführt werden.“

5.6.4 Enuresis. Entstehung – Verlauf – Therapie (Peter W. Rosenberger 1976)

Kontextuelle Verortung

Rosenberger (1976, 10ff) behandelt in diesem Werk, das der Kategorie A.1.⁴¹ zugeordnet wurde, wesentliche Aspekte zum Symptom der Enuresis. Erstens befasst sich der Autor genauer mit allgemeinen physiologischen Aspekten zur Enuresis (Rosenberger 1976, 10ff), wie beispielsweise der Harnbereitung, der Harnentleerung

⁴¹ Wie zuvor schon erwähnt, wurden der Kategorie A.1. Monographien und Zeitschriften zugeordnet, die sich zur Gänze mit dem Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Perspektive auseinandersetzen. Rosenberger (1976, 10ff) behandelt in dieser Publikation nicht nur das Symptom der Enuresis aus psychoanalytischer Sicht, sondern er (Rosenberger 1976, 10ff) beschreibt auch physiologische Aspekte, wie zum Beispiel die Harnentleerung oder die Harnbereitung. Dennoch wurde dieses Werk in die Kategorie A.1. eingeordnet, da sich durch das gesamte Buch hindurch immer wieder Passagen und Verweise zur Enuresis aus psychoanalytischer Perspektive finden.

oder der Harntriebhaftigkeit (Rosenberger 1976, 10ff), zweitens mit der Psychopathologie des Einnässens (Rosenberger 1976, 27ff), drittens mit der Psychopathologie des Enuretikers (Rosenberger 1976, 68ff), wie zum Beispiel die Symptomentwicklung oder die Persönlichkeitseigenart (Rosenberger 1976, 68ff), viertens mit diagnostischen Untersuchungen (Rosenberger 1976, 81ff), darunter fallen zum Beispiel pathogene Belastungen, Entwicklungsauffälligkeiten oder psychopathologische Auffälligkeiten (Rosenberger 1976, 81ff), fünftens mit der Persönlichkeit des Enuretikers (Rosenberger 1976, 123ff) und sechstens mit unterschiedlichen therapeutischen Interventionen (Rosenberger 1976, 143ff), wie beispielsweise medikamentöse oder psychotherapeutische Maßnahmen (Rosenberger 1976, 143ff). Wesentlich für die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage ist das Kapitel, in dem sich Rosenberger (1976, 27ff) genauer mit der Psychodynamik der Enuresis beschäftigt. Diesbezüglich finden sich in einem Subkapitel psychoanalytische Theorien zum Symptom der Enuresis, auf die im nachstehenden Absatz näher eingegangen wird.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Im Zuge der Bearbeitung wurde deutlich, dass Rosenberger kein eigenes psychoanalytisches Erklärungsmodell zum Symptom der Enuresis entwickelt, sondern sich auf unterschiedliche Autoren und deren Erklärungsmodelle zur Enuresis bezieht.

Rosenberger (1976, 56ff) verweist in diesem Subkapitel auf Freud, der das Symptom der Enuresis bzw. die Harnentleerung mit sexuellen Erektionen in Zusammenhang gebracht hat, auf Christoffel (1944), der das Symptom der Enuresis in Beziehungsstörungen zugrunde liegen sieht, auf Klein (1932), die die sadistischen Impulse des Einnässens betont und auf Kemper (1949), der das Symptom der Enuresis durch bestimmtes mütterliches Verhalten verursacht sieht. Da schon in Kapitel 5.1 (siehe S. 70) ausführlich auf Freuds Theorien zur Enuresis, in Kapitel 5.6.1 (siehe S. 210) auf Kleins Modelle zum Einnässen und in Kapitel 5.6.2 (siehe S. 212) auf Christoffels Erklärungsmodelle zum Symptom der Enuresis eingegangen wurde und in Kapitel 5.6.5 (siehe S. 222) Kempers Theorien zum kindlichen Einnässen noch näher erläutert werden, finden diese psychoanalytischen Erklärungsmodelle hier keine Erwähnung mehr. Somit werden im folgenden Absatz

nur jene psychoanalytischen Erklärungsmodelle zur Enuresis erläutert, welche bisher noch nicht aufgezeigt wurden.

Rosenberger (1976, 57) bezieht sich auf Sadger (1921) und dessen psychoanalytische Theorie zum Symptom der Enuresis. Laut Sadger (1921; zit. nach Rosenberger 1976, 57) spielt bei der Entstehung des Symptoms der Enuresis das „Lustempfinden der urogenitalen Zone“ eine wesentliche Rolle. Diesbezüglich schreibt Sadger (1921; zit. nach Rosenberger 1976, 57):

„Miktion, Selbst- und Fremdbenässung können mit intensiven körperlichen Sensationen erlebt und als Lustquelle nicht aufgegeben werden. ... Lebhaftes Sexualität des Kindes könne die Sauberkeitsgewöhnung verzögern; periodische Rückfälle in das Einnässen fänden in Zeiten gesteigerter sexueller Erregbarkeit statt.“

Hinsichtlich dessen wurde diese Textpassage der Kategorie B.1. zugeschlagen, in der Autoren den Akt des Urinierens als sexuellen Akt wahrnehmen.

Auch Fenichel (1974; zit. nach Rosenberger 1976, 58) betont die ‚autoerotische Lust‘ bei der Harnentleerung aber auch bei der Harnzurückhaltung. Somit wurde auch diese Aussage in die Kategorie B.1. eingeordnet.

Darüber hinaus verweist Rosenberger (1976, 57) auf Stekel, der erneut den lustvollen Charakter des Einnässens hervorhebt. Stekel beschreibt dies folgendermaßen:

„Viele Enuretiker seien sexuell frühreife und onanierende Kinder. Emotionale Enttäuschung könne die sexuelle Reifung verhindern und die sexuelle Befriedigung auf ‚Urinsexualität‘ fixieren“ (Rosenberger 1976, 57).

Diese Textstelle wurde wiederum der Kategorie B.1. zugeordnet.

Weiters erwähnt Rosenberger (1976, 57f) Schultz-Henckes (1940) Theorie zum Symptom der Enuresis. Laut Schultz-Hencke (1940; zit. nach Rosenberger 1976, 57) zeigt sich im Symptom der Enuresis die „Hemmung urethraler Antriebe.“ Des Weiteren schreibt Schultz-Hencke (1940; zit. nach Rosenberger 1976, 58), dass das Symptom der Enuresis der „urethral-aggressiven Form des Geltungsstrebens zugeordnet werden [kann], in Form der Inkontinenz der gestörten Hingabefähigkeit im Bereich des Sexualstrebens.“ Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde diese Textpassage doppelt zugeordnet, da Schultz-Hencke (1940; zit. nach Rosenberger 1976, 57f) sowohl den urethral-aggressiven, als auch den sexuellen

Charakter des Einnässens betont. Einerseits der Kategorie B.1. und andererseits der Kategorie B.2.

Zudem bezieht sich Rosenberger (1976, 61) auf Dührssen (1962), die dem „Erlebnis von Leistungsforderungen in der Zeit der Sauberkeitsgewöhnung“ eine zentrale Rolle bei der Entstehung der Enuresis zuschreibt (Dührssen 1962; zit. nach Rosenberger 1976, 61). Daher wurde diese Textstelle der Kategorie B.7. zugeschlagen, die Aussagen von Autoren umfasst, in denen die Art und Weise der Reinlichkeitsgewöhnung für das Symptom der Enuresis verantwortlich gemacht wird.

Imhoff (1956; zit. nach Rosenberger 1976, 61) und Wiesenhütter (1954; zit. nach Rosenberger 1976, 61) sehen einen engen Zusammenhang zwischen dem Symptom der Enuresis und der Mutter-Kind-Beziehung, wobei nicht nur rigide Erziehungsstile der Mütter, sondern auch überbehütendes Verhalten von Seiten der Mutter bei der Entstehung der Enuresis eine wesentliche Rolle spielt. Diesbezüglich schreibt Wiesenhütter (1954; zit. nach Rosenberger 1976, 61), dass „es auch ‚Überwärmte‘, Verwöhnte unter den Enuretikern gebe ... für die spätere Erlebnisse (Spielen mit anderen Kindern, Schuleintritt) bestimmte Härten bedeuteten.“ Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen könnten diese Aussagen doppelt zugeordnet werden. Einerseits der Kategorie B.6. *„Enuresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens“* und andererseits der Kategorie B.8., die Positionen von Autoren umfasst, in denen eine intensive Mutter-Kind-Beziehung für eine fehlgeschlagene Autonomieentwicklung und Loslösung von der primären Bezugsperson verantwortlich gemacht werden kann, wobei die Annahme nahe liegt, dass in diesem Kontext, dass Symptom der Enuresis vom Kind dazu benutzt werde, um von der Mutter abhängig zu bleiben und auch umgekehrt.

Rosenberger (1976, 62) verweist in diesem Kontext auch auf Adler (1930), der einen engen Zusammenhang zwischen dem mütterlichen Verhalten und dem Symptom der Enuresis sieht. Dies beschreibt Adler (1930; zit. nach Rosenberger 1976, 62) wie folgt:

„Bei Überbetonung der Reinlichkeitserziehung würden derart belastete Kinder mutlos und im Sinne einer ‚Blasensprache‘ der Mutter signalisieren, dass zuwenig Zuwendung erlebt werde (,ich bin noch nicht so weit‘, ,man muss mich noch überwachen‘).“

Hinsichtlich dessen könnte man aufgrund der Überlegung Adlers (1930; zit. nach Rosenberger 1976, 62) davon ausgehen, dass sich das Kind durch das Symptom der Enuresis erhofft, mehr Zuwendung von der Mutter zu erhalten. Somit wurde diese Textstelle der Kategorie B.6. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass Kinder das Symptom der Enuresis aufgrund eines bestimmten mütterlichen Verhaltens entwickeln.

Pädagogische Konsequenzen

Rosenberger (1976, 163ff) verweist in einem Subkapitel dieses Werkes auf einige Implikationen für den pädagogischen Umgang mit Enuretikern. Bezüglich der Sauberkeitserziehung hält Rosenberger (1976, 164) folgende pädagogische Konsequenz fest: „Kinder schon in der Zeit der Sauberkeitsgewöhnung ohne großen Kampf zu lenken, sie für eine Regulierung der um die Harnentleerung gruppierten Bedürfnisse und Triebe zu gewinnen ..., geduldig auch ihre Aktivitätsrhythmik (Entspannung, Spiel usw.) in die Gewöhnung einzubeziehen, ist das, was man Erziehung nennt“ (Rosenberger 1976, 164). Einige Zeilen weiter fügt Rosenberger (1976, 164) hinzu, dass Mütter dazu angehalten werden sollten, „ihr Kind vor allem durch Lob und Belohnungen denn mit Strafen zu lenken“ (Rosenberger 1976, 164). Resümierend hält Rosenberger (1976, 163) fest: Voraussetzung für eine Besserung und Behandlung der Symptomatik ist, dass die Eltern das Symptom nicht als Verhaltensauffälligkeit wahrnehmen, sondern als „eigenes Problem im Umgang mit dem Kind erkennen und ihr eigenes Verhalten mit dem ihrer einnässenden Kinder in Beziehung setzen“ (Rosenberger 1976, 163). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen könnte die pädagogische Implikation abgeleitet werden, dass Mütter ihr Verhalten im Kontext von Erziehung optimieren bzw. verändern sollten, da die Annahme nahe liegt, dass eine Änderung von Erziehungsmaßnahmen, wobei dies eine Verhaltensänderung der Mutter impliziert, eventuell auch zu einer Verhaltensänderung beim Kind und somit zu einer Besserung der Symptomatik führen könnte.

5.6.5 *Bettnässer-Leiden (Enuresis). Zur Entstehung, Vorbeugung und Behandlung kindlicher Fehlentwicklungen (Werner Kemper 1978)*

Kontextuelle Verortung

Kemper (1978, 13ff) behandelt in diesem Werk, das der Kategorie A.1. zugeschlagen wurde, zunächst allgemeine Aspekte der kindlichen Entwicklung, damit der Leser späteren Ausführungen besser folgen kann. Im Anschluss daran beschäftigt er (Kemper 1978, 39ff) sich im zweiten Teil genauer mit den Ursachen und Entstehungsbedingungen zum Symptom der Enuresis aus Sicht der Psychoanalyse, wobei Kemper (1978, 50ff) unter anderem auf die Persönlichkeitsstruktur des Enuretikers näher eingeht. Im letzten Teil dieses Werkes verweist Kemper (1978, 89ff) auf therapeutische Interventionen zur Behandlung der Enuresis, wie beispielsweise regelmäßiges Wecken, medikamentöse Therapie, chirurgische Maßnahmen etc. Wie bereits erwähnt setzt sich Kemper (1978, 39ff) im zweiten Teil dieses Buches genauer mit der Entstehung der Enuresis aus psychoanalytischer Perspektive auseinander. Darin finden sich einige Hinweise für die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Kemper (1978, 45ff) geht davon aus, dass der Art und Weise der Reinlichkeitsgewöhnung und der Art und Weise der Mutter-Kind-Beziehung enorme Bedeutung bei der Entstehung des Symptoms der Enuresis zugeschrieben werden muss. Bevor Kemper darauf näher eingeht, erläutert er im Vorhinein die an das Kind gestellten Herausforderungen bei der Sauberkeitserziehung (Kemper 1978, 49). Diesbezüglich schreibt Kemper (1978, 49):

„Wir behaupten also, dass das Kleinkind erstmals bei der Sauberkeitserziehung auf die Notwendigkeit stößt, sich in die Umwelt einzuordnen. ... Bei der Reinlichkeitserziehung soll das Kind aber stattdessen etwas hergeben, soll dazu auch noch seine bisherige Willkür im Umgang mit seinen Körperausscheidungen aufgeben. Hergeben müssen ist aber tausendmal unangenehmer als etwas bekommen, zumal in einem Alter, in dem das ‚Kriegen‘ noch wesentlichster Lebensinhalt ist, in dem außerdem die Einsicht in den Sinn dieser Maßnahmen fehlt.“

Ausgangspunkt für das Gelingen einer Sauberkeitserziehung ist laut Kemper (1978, 47) eine „gute Kind-Mutter-Beziehung“, denn „nur einer geliebten Mutter zuliebe, mit der es in ungestört guter Beziehung lebt, ist das Kind fähig, einen Verzicht zu

leisten, freiwillig ein Opfer zu bringen“ (Kemper 1978, 47). Aufgrund dessen geht Kemper (1978, 53) ausführlicher auf die Beziehung des Enuretikers zu seiner Mutter ein und schreibt diesbezüglich:

„Kaum merkliche, aber unausgesetzt beunruhigende atmosphärische Störungen durch die familiäre Konstellation oder durch die Wesensart, das ‚So-sein‘ einer Mutter können ein Kind nachhaltiger schädigen als ein einmaliges grobes Trauma. Typisch für Bettnässer sind eine für das Kind ungünstige familiäre Konstellation und Wesensmerkmale der Mutter, die sich ‚atmosphärisch‘ störend bemerkbar machen und zu charakteristischen Erziehungsfehlern führen“ (Kemper 1978, 53).

Zur Illustration dieser Überlegung erwähnt Kemper (1978, 64ff) 7 typische Verhaltensweisen der Mutter, die eine Entstehung der Enuresis begünstigen könnten:

1. „Die Reinlichkeits- und Ordnungsfanatikerin“ (Kemper 1978, 64), die aufgrund ihrer starren Pflichterfüllung keine Zeit für das Kind hat (Kemper 1978, 64).
2. „Die unruhig getriebene Mutter“ (Kemper 1978, 65) verhält sich gegenüber dem Kind sehr ambivalent. Einerseits überhäuft sie ihr Kind mit Zuwendung und Zärtlichkeiten, andererseits hat sie äußerst wenig Zeit für ihr Kind (Kemper 1978, 65).
3. „Die in ihrem Selbstwertgefühl gestörte Mutter“ (Kemper 1978, 65) ist lebensunsicher und ängstlich, folge dessen hat sie nicht die Fähigkeit das Kind zu bestärken und zu ermutigen (Kemper 1978, 65).
4. „Die ‚nicht anwesende‘ Mutter“ (Kemper 1978, 66), wobei diesbezüglich sowohl die räumliche, als auch die emotionale Abwesenheit der Mutter gemeint ist (Kemper 1978, 66).
5. „Die erdrückende Mutter“ (Kemper 1978, 66) ist überfürsorglich und hindert das Kind daran selbständig zu werden (Kemper 1978, 66).
6. „Die ‚verniedlichende‘ Mutter“ (Kemper 1978, 67) verhindert eine eigenständige und unabhängige Entwicklung des Kindes (Kemper 1978, 67).
7. „Die überfordernde Mutter“ (Kemper 1978, 68) behandelt ihr Kind wie einen Erwachsenen, indem sie das Kind in ihre Gedanken, Sorgen und Ängste miteinbezieht (Kemper 1978, 68).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen liegt die Annahme nahe, dass Kemper vorwiegend das mütterliche Verhalten für die Entstehung des Symptoms der Enuresis verantwortlich macht, da laut Kemper (1978, 47) nicht nur das Verhalten der Mutter wesentlich ist für die Reinlichkeitserziehung, sondern „durch ihre

Wesensart das Verhältnis des Kleinkindes zu seiner Umwelt bestimmt“ (Kemper 1978, 47). Folglich wurden diese Textpassagen der Kategorie B.6. „*Enuresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens*“ zugeordnet.

Darüber hinaus bezieht sich Kemper (1978, 68ff) auch auf die Rolle des Vaters bei der Entstehung der Enuresis. Laut Kemper (1978, 69) spiele vor allem der fehlende Vater, das so genannte dritte Objekt, eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Enuresis, insbesondere beim Knaben. Diesen Aspekt beschreibt Kemper (1978, 69) folgendermaßen:

„Um sein eigenes inneres Leitbild zu entwickeln, bedarf der heranwachsende Knabe des starken männlichen Vorbildes. Fehlt ihm ein solches Vorbild, besteht die Gefahr, dass er es versäumt, die Fähigkeit zu entwickeln, sich gegenüber dem weiblichen Prinzip zu behaupten. Es gelingt ihm dann nicht, sich, wie es für ihn notwendig wird, aus dem mütterlichen Raum, in dem er natürlicherweise, ebenso wie das Mädchen, die ersten Lebensjahre verbringt, zu befreien; vielmehr bleibt er zeitlebens darin gefangen.“

Obwohl Kemper diesen Gedanken nicht näher erläutert, kann man vor dem Hintergrund der Objektbeziehungstheorie davon ausgehen, dass neben der Mutter auch andere Personen für die Entwicklung des Kindes wesentlich sind. Das Neugeborene kann vorerst nicht zwischen Mutter und sich selbst unterscheiden (Füchtner 1979, 30). Mutter und Kind befinden sich in einer „emotionale[n] Symbiose“ (Füchtner 1979, 30), wo die „psychischen Grenzen unscharf sind“ (Füchtner 1979, 30). Laut Füchtner (1979, 30) wird die emotionale Symbiose zwischen Mutter und Kind erst durch so genannte „Abgrenzungsvorgänge“ (Füchtner 1979, 30) aufgelöst. Unter Abgrenzungsvorgängen werden „Vorgänge der körperlichen Reifung und der Entwicklung des Zusammenspiels der beiden Beteiligten“ verstanden (Füchtner 1979, 30). Wie bereits erwähnt, sind für die Entwicklung des Kindes neben der Mutter auch andere Personen von Bedeutung. Insbesondere der Vater, da seine Aufgabe darin besteht, Mutter und Kind voneinander zu trennen⁴², dass das Kind psychosexuell autonom werden kann. (Füchtner 1979, 31)

Indem der Vater nicht anwesend ist, und somit nicht zur emotionalen Separierung des Kindes von der Mutter beitragen kann, spielt laut Kemper (1978, 68ff) die intensive Beziehung zwischen Mutter und Kind eine zentrale Rolle bei der

⁴² Damit ist nicht eine Trennung im räumlichen Sinn gemeint, sondern eine emotionale Separation zwischen Mutter und Kind.

Entstehung des psychosomatischen Symptoms der Enuresis. Die bisherigen Ausführungen legen die Vermutung nahe, dass das Symptom dazu benutzt werde, dass Mutter und Kind voneinander abhängig bleiben und somit keine Separierung stattfinden könne. Folglich wurde diese Überlegung der Kategorie B.8. zugeschlagen, die Positionen von Autoren umspannt, in denen eine nicht gelungene Autonomieentwicklung für das Entstehen der Enuresis verantwortlich gemacht wird.

Pädagogische Konsequenzen

Wie bereits mehrmals hervorgehoben, spielt laut Kemper (1978, 64ff) das mütterliche Verhalten gegenüber dem Kind eine zentrale Rolle bei der Entstehung einer Enuresis. Typische Fehler in der Erziehung, die eine Enuresis begünstigen, begehen Mütter, so Kemper (1978, 81f) „zumeist bei der Reinlichkeitserziehung, und zwar vor allem dadurch, dass sie vorzeitig damit beginn[en].“ Als pädagogische Konsequenz diesbezüglich nennt Kemper (1978, 82) nicht nur den richtigen Zeitpunkt abzuwarten, sondern auch die richtige Art und Weise der Reinlichkeitserziehung anzuwenden. Laut Kemper (1978, 82) müsse die Reinlichkeitserziehung „den lockeren Charakter eines Nimm-und-gib-Spiels zwischen Mutter und Kind bewahren, wobei beide bereit sind zu schenken und nicht rücksichtsloses Fordern und angstverprelltes Hergeben gilt. Das bedeutet keineswegs, dass die Mutter weichlich nachgeben oder sich inkonsequent verhalten soll. Im Gegenteil: eine freundliche Atmosphäre schließt die notwendige Konsequenz nicht aus. Sie muss nur nicht ‚eisern‘ starr sein, sondern eine federnde Spannkraft besitzen.“

Des Weiteren führt Kemper (1978, 68ff) das Symptom der Enuresis auf eine intensive Mutter-Kind-Beziehung ohne Vater und die daraus resultierende missglückte Autonomieentwicklung zurück. Diese misslungene Loslösung von der Mutter wird vor allem dadurch ersichtlich, dass laut Kemper (1978, 83) Mütter von Enuretikern, häufig der Meinung sind, ihren Kindern „unbedingt bei ihren exkrementellen ‚Geschäften‘ behilflich sein zu müssen“ (Kemper 1978, 83). Diesbezüglich erwähnt Kemper (1978, 83), dass „bereits das Kleinkind spezifisch genitale Lustempfindungen erlebt, die trotz der Unterschiede gegenüber der ausgereiften Sexualempfindung des Erwachsenen ihr doch qualitativ entsprechen. Bei manueller Hilfeleistung der Mutter beim Urinieren besteht die Gefahr, dass es zu

einer bereits latent sexuell getönten Fixierung des Kindes kommt“ (Kemper 1978, 83). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen könnte als pädagogische Implikation genannt werden, dass nach bzw. während der Sauberkeitserziehung die Mutter „manuelle Hilfeleistung“ (Kemper 1978, 83) gegenüber dem Kind bei der Ausscheidung unterlassen sollte.

5.6.6 *Psychoanalyse und Kinderheilkunde. Die großen Begriffe der Psychoanalyse. Sechzehn Kinderbeobachtungen (Françoise Dolto 1989)*

Kontextuelle Verortung

In diesem Werk, das der Kategorie A.3. zugeschlagen wurde, setzt sich Dolto (1989, 19ff) genauer mit psychoanalytischen Theorien und Kernbegriffen, wie beispielsweise dem Ödipus- und Kastrationskomplex, der oralen, analen und phallischen Phase, dem Bewussten, dem Unbewussten oder dem Vorbewussten, auseinander. Im 4. Kapitel kommt die Autorin (Dolto 1989, 135ff) aus psychoanalytischer Perspektive genauer auf die Entstehung des Symptoms der Enuresis zu sprechen. Dies wird im folgenden Absatz näher erläutert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Vorab hält Dolto (1989, 135) fest, dass das Symptom der Enuresis „an sich selbst keine einfache Bedeutung“ habe. Dolto (1989, 135ff) verweist auf unterschiedliche mögliche Ursachen für das Symptom, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Laut Dolto (1989, 135) sei das Symptom der Enuresis „zumindest das Zeichen für das Stagnieren in der oder die Rückkehr zur uretral sadistischen Phase“, wobei es von einer affektiven Regression begleitet wird (Dolto 1989, 135). Jedoch finden laut Dolto (1989, 135) „die Triebe ... auch auf einer regressiven Ebene keinen hinreichenden Ausweg.“ Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurden diese Textpassagen der Kategorie B.5. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das kindliche Einnässen Ausdruck von regressivem Verhalten sei.

Zudem spiele, so Dolto (1989, 135), die kindliche Onanie eine zentrale Rolle bei der Entstehung des Symptoms der Enuresis. Diesbezüglich schreibt Dolto (1989, 135):

„Das Anhalten oder die Wiederkehr der Enurese ist also das auserwählte Symptom derer, die sich entweder die Masturbation oder ehrgeizige Phantasien nicht leisten dürfen und unbewusst in erotisierter sadomasochistischer Abhängigkeit leben.“

Diese Textstelle wurde der Kategorie B.1. zugeschlagen, die zum Inhalt hat, dass dem Akt des Urinierens sexuelle Bedeutung beigemessen werden kann.

Des Weiteren geht Dolto (1989, 139) davon aus, dass bei der Entstehung des Symptoms der Enuresis der Kastrationskomplex berücksichtigt werden müsse. Die Kastrationsangst des Kindes könne von äußeren Drohungen, wie beispielsweise durch die Androhung des Erwachsenen das Kind zu verstümmeln (Dolto 1989, 139), von „innere[n] Drohungen“ (Dolto 1989, 139), die laut Dolto (1989, 139) „beim Kind von der Projektion seiner Aggression auf den gleichgeschlechtlichen Erwachsenen während der ödipalen Rivalität herrühren“, erweckt werden oder von Drohungen, die – so Dolto (1989, 139) – „sich auf die Masturbation beziehen.“

Bezüglich des Zusammenhanges zwischen dem Kastrationskomplex und dem Symptom der Enuresis schreibt Dolto (1989, 139):

„Sie [die Enuresis; Anm.d.Verf.] kann hingegen ungefähr im Alter zwischen 2½ und 4 oder 5 Jahren aufgehört haben und im Augenblick des Auftauchens des Ödipuskomplexes⁴³ erneut einsetzen. Erst in diesem Moment kann das Bettnässen der Tätigkeit des Kastrationskomplexes zugeschrieben werden. Denn damit es überhaupt einen normalen Kastrationskomplex geben kann, müssen sich die Drohungen vermischen nach der Bestürzung über die Feststellung, dass beim Mädchen der Penis fehlt.“

Hinsichtlich dessen wurde diese Textpassage der Kategorie B.3. zugeschlagen, die Positionen von Autoren umspannt, in denen das Symptom der Enuresis auf den Kastrationskomplex zurückgeführt wird.

⁴³ Im Zuge der inhaltsanalytischen Bearbeitung wurde erkannt, dass Dolto bisher die Einzige war, die bei der Erklärung des Symptoms der Enuresis den Ödipuskomplex berücksichtigt. Dolto (1989, 136) geht davon aus, dass wenn die „ödipale Haltung umgekehrt“ (Dolto 1989, 136) ist, damit ist gemeint, dass das Kind den gleichgeschlechtlichen Elternteil verführen möchte (Dolto 1989, 136), müsse man in ihm das „Recht wecken“ (Dolto 1989, 136) mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil zu rivalisieren und dadurch die Bewunderung für den gegengeschlechtlichen Elternteil erwecken (Dolto 1989, 136). Laut Dolto (1989, 136) beginnt man damit, „das Bettnässen zu bagatellisieren.“

Pädagogische Konsequenzen

Welche pädagogischen Implikationen sich daraus ergeben könnten, wird von Dolto nicht ausgeführt. Dennoch betont sie, dass „das Symptom der Enurese nur eine relative diagnostische Rolle spielt. Aus ihm allein, ohne Kenntnis des begleitenden affektiven Verhaltens, lässt sich keine rationale Therapie deduzieren“ (Dolto 1989, 140).

Die eben dargestellten aufgefundenen psychoanalytischen Erklärungsmodelle und pädagogischen Konsequenzen zum Symptom der Enuresis werden im nachstehenden Absatz nochmals zusammenfassend dargestellt und diskutiert.

Zwischenergebnisse zu den in Online Katalogen aufgefundenen Publikationen zum Symptom der Enuresis

Insgesamt wurden 6 Publikationen identifiziert, in denen Autoren das Symptom der Enuresis anhand psychoanalytischer Erklärungsmodelle erläutern bzw. diskutieren. Von diesen 6 Werken wurden 3 der Kategorie A.1. und 3 der Kategorie A.3. zugeordnet. Im folgenden Absatz werden die zuvor herausgearbeiteten psychoanalytischen Erklärungsmodelle zum kindlichen Einnässen nochmals zusammenfassend dargestellt und erläutert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle zum Symptom der Enuresis

Im Zuge der inhaltsanalytischen Bearbeitung dieser 6 dargestellten Publikationen haben sich für die Entstehung des Symptoms der Enuresis acht mögliche psychoanalytische Erklärungsmodelle bzw. Ursachen ergeben:⁴⁴

1. Urethraler Sadismus (3)
2. infantile Onanie (6)
3. mütterliches Verhalten (5)
4. Milieu (1)
5. regressives Verhalten (2)
6. Reinlichkeitserziehung (2)
7. Kastrationskomplex (1)

⁴⁴ Die Zahlen in den Klammern geben jeweils an, wie häufig eine Textpassage zu den Kategorien zugeordnet wurde.

8. nicht gelungene Autonomieentwicklung und Loslösung von der primären Bezugsperson (2)

ad 1: Melanie Klein (1932; zit. nach Schmid-Boß 2005, 319) ist eine der wenigen Autoren, die den objektgerichteten Charakter des Einnässens hervorhebt. Aufgrund mehrerer gemachter Beobachtungen vertritt Klein (1932, 139) die Auffassung, dass dem urethralen Sadismus bei der Entstehung der Enuresis enorme Bedeutung beigemessen werden sollte, wobei sie (Klein 1932, 139) in diesem Kontext die Bedeutung von „Phantasien des Überschwemmens und Zerstörens durch ungeheure Urinmengen“ hervorhebt.

ad 2: Bereits aus der Bearbeitung der Gesammelten Werke Freuds, der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik und der Zeitschrift „Psyche“ wurde deutlich, dass die kindliche Onanie einen zentralen Stellenwert bei der Entstehung einer Enuresis einnehmen kann. Dieses Gedankenmodell wurde auch in den erschlossenen Publikationen aus Online Katalogen wieder vertreten. Beispielsweise vertritt Christoffel (1944, 215) in dem zuvor behandelten Werk „Trieb und Kultur“ (siehe Kapitel 5.6.2, S. 212) die Auffassung, dass die Enuresis als „Folge gereizter unreifer Geschlechtlichkeit“ (Christoffel 1944, 215) betrachtet werden könne. Oder Rosenberger (1976, 56ff), der sich diesbezüglich auf Freud, Sadger und Fenichel bezieht, nach denen die erlebte sexuelle Erektion beim Akt des Urinierens bei der Entstehung der Enuresis eine tragende Rolle spiele.

ad 3: Weiters wurde in den behandelten Publikationen das Symptom der Enuresis von Autoren häufig als Folge eines bestimmten mütterlichen Verhaltens betrachtet. Beispielsweise geht Berna (1954, 51) davon aus, dass das „Nässen ... schon früh ein Ruf nach der Mutter“ sei. Rosenberger (1976, 61) verweist in diesem Zusammenhang auf Imhoff (1956; zit. nach Rosenberger 1976, 61) und Wiesenhütter (1954; zit. nach Rosenberger 1976, 61), die nicht nur rigide Erziehungsmethoden, sondern auch überbehütendes Verhalten für die Entstehung einer Enuresis verantwortlich machen. Kemper (1978, 64ff) erwähnt außerdem sieben typische Verhaltensweisen von Müttern, die eine Enuresis verursachen könnten (siehe S. 223).

ad 4: Ein weiterer wesentlicher Aspekt, der bei der Entstehung des Symptoms der Enuresis eine zentrale Rolle einnehmen könnte, ist das soziale und räumliche Umfeld des Kindes, das so genannte „Milieu“. Beispielsweise betont Christoffel (1944, 200) das Milieu des Kindes als wesentlichen Entstehungsfaktor bei einer Enuresis. An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Kategorie B.12. *„Enuresis als Ausdruck und Folge des Milieus“* induktiv entwickelt wurde, da diese Überlegung aus bisherigen Arbeiten noch nicht ersichtlich war.

ad 5: Des Weiteren wird das Symptom der Enuresis häufig als regressives Verhalten begriffen. Als Beispiel dafür könnte die Position Christoffels (1944, 206ff) genannt werden, der vor allem Erlebnisse, wie die Geburt eines jüngeren Geschwisterchens, für eine Regression verantwortlich macht.

ad 6: Zudem wird das Symptom der Enuresis von einigen der behandelten Autoren auf die Art und Weise der Reinlichkeitserziehung zurückgeführt. In diesem Kontext muss auf Kemper (1978, 47 und 53) verwiesen werden, der das Misslingen der Sauberkeitserziehung in einer „schlechten“ Mutter-Kind-Beziehung begründet liegen sieht.

ad 7: Wie schon des Öfteren erwähnt, kann die Entstehung einer Enuresis mit dem Kastrationskomplex zusammenhängen, wobei Enuretiker unter der Angst leiden, dass die Genitale beschädigt werden könnten (Katan 1946, Berezin 1954; zit. nach Schmid-Boß 2005, 329). Beispielsweise vertritt Dolto (1989, 139) die Einschätzung, dass die Enuresis als Ausdruck des Kastrationskomplexes betrachtet werden könne (siehe S. 227).

ad 8: Wird das Symptom der Enuresis als Folge einer nicht gelungenen Autonomieentwicklung von der primären Bezugsperson wahrgenommen, spielt laut Kemper (1978, 68ff) meist eine intensive Mutter-Kind-Beziehung ohne Vater eine zentrale Rolle. Diesbezüglich könne davon ausgegangen werden, dass Mutter und Kind durch die Enuresis Symptomatik voneinander abhängig bleiben und somit keine Autonomieentwicklung stattfindet.

Ausgehend von diesen psychoanalytischen Erklärungsmodellen konnten einige Implikationen für den pädagogischen Umgang mit dem Symptom der Enuresis abgeleitet werden.

Pädagogische Konsequenzen

Laut Christoffel (1944, 207), der sich in diesem Kontext auf Heymann bezieht, ist das Gefühl von Geborgenheit und Zuneigung äußerst wesentlich für eine Verhinderung bzw. Besserung der Enuresis. Darüber hinaus erwähnt Christoffel (1944, 238f) ein so genanntes „Enuresis-Merkblattes für Eltern und Erzieher“ (Christoffel 1944, 238), in dem sich einige Konsequenzen für das Gestalten der pädagogischen Praxis finden (siehe S. 215, 216).

Wird das Symptom der Enuresis auf die Art und Weise der Reinlichkeitserziehung zurückgeführt, sollte laut Berna (1954, 41) und Rosenberger (1976, 164) die Sauberkeitserziehung „behutsam“ (Berna 1954, 41), also ohne Druck und Zwang durchgeführt werden. Auch Kemper (1978, 82) geht davon aus, dass bei der Erziehung zur Sauberkeit eine „freundliche Atmosphäre“ vorherrschen sollte. Dies bedeutet laut Kemper (1978, 82) jedoch keineswegs, dass „die Mutter weichlich nachgeben oder sich inkonsequent verhalten soll.“

Wie aus den zuvor geschilderten Überlegungen hervorgeht, wird die Enuresis häufig als Folge eines bestimmten mütterlichen Verhaltens, vor allem im Kontext der Erziehung zur Reinlichkeit, begriffen. Diesbezüglich gibt Rosenberger (1976, 163) an, dass Mütter „ihr eigenes Verhalten mit dem ihrer einnässenden Kinder in Beziehung setzen“ sollten. Aus dieser Überlegung kann die pädagogische Konsequenz abgeleitet werden, dass eine Verhaltensänderung der Mutter, das auch eine Umstrukturierung von Erziehungsmaßnahmen, wie beispielsweise bei der Reinlichkeitserziehung, impliziert, zu einer Verhaltensänderung beim Kind führen könnte.

Nachdem die in Online Katalogen erschlossenen Publikationen zur Enuresis bearbeitet, und die daraus resultierenden Ergebnisse zusammenfassend nochmals dargestellt wurden, sind die in Online Katalogen identifizierten psychoanalytischen Werke zum Symptom der Enkopresis Gegenstand des nachfolgenden Subkapitels.

5.7 In Online Katalogen aufgefundene psychoanalytische Publikationen zum Symptom der Enkopresis

5.7.1 Enkopresis. Ursachen und Behandlung des Einkotens (Karl Krisch 1985)

Kontextuelle Verortung

Die Publikation von Krisch (1985, 7ff) ist ein sehr umfassendes Werk zum Symptom der Enkopresis, da Krisch (1985, 7ff) nicht nur einen geschichtlichen Überblick über Begriffsdefinitionen zur Enkopresis gibt, sondern sich auch mit der anorektalen Kontinenz, der Prävalenz des Einkotens, der Reinlichkeitserziehung, der Familie des Enkopretikers, aber auch mit der Therapie und Behandlung einer Enkopresis auseinandersetzt. Darüber hinaus befasst sich Krisch (1985, 27ff) mit psychodynamischen Überlegungen zum Einkoten, wobei er sich bei der Erklärung der Enkopresis vorwiegend auf unterschiedliche Autoren und deren Positionen zur Enkopresis bezieht. Dieses Kapitel ist vor allem für die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage wesentlich. Diese Publikation wurde der Kategorie A.1. zugeschlagen, da sich durch das gesamte Werk hindurch mehrere Hinweise auf psychoanalytische Erklärungsmodelle zum Symptom der Enkopresis finden.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Bevor die vertretenen psychoanalytischen Erklärungsmodelle zum Symptom der Enkopresis geschildert werden, hält Krisch (1985, 27) fest, dass der Akt des Einkotens, durch die „mehrdeutige Rolle der Fäzes“ (Krisch 1985, 27), wie beispielsweise, dass die Exkreme als „Mittel zur autoerotischen Befriedigung“ (Krisch 1985, 27) eingesetzt werden könnten, oder, dass das Kind die Exkreme „zur Beherrschung der Umwelt, insbesondere der Mutter“ (Krisch 1985, 27) einsetzen könnte, Unterschiedliches zum Ausdruck bringt.

Laut Krisch (1985, 27f) müssen dem Symptom der Enkopresis vor allem aggressive Aspekte beigemessen werden. Diesbezüglich bezieht sich Krisch (1985, 27) auf Abraham (1969), der davon ausgeht, dass eine „explosive Darmentleerung dem

Unterbewussten des Neurotikers einen Ersatz für eine unterbliebene Entladung zorniger Affekte bieten kann' (Abraham 1969; zit. nach Krisch 1985, 27).

An anderer Stelle unterstreicht Krisch (1985, 28) diesen Gedankengang noch einmal, indem er sich zum einen auf Ginott (1974; zit. nach Krisch 1985, 28) bezieht, der das Symptom der Enkopresis als ‚ein Ausdruck der Auflehnung gegen die elterliche Autorität‘ betrachtet und zum anderen auf Corman (1977; zit. nach Krisch 1985, 28), der psychodynamisch im Akt des Einkotens ein ‚Zeichen starker Aggressivität gegen die Mutter‘ sieht.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurden diese Textpassagen der Kategorie C.3. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass der Akt des Einkotens von Aggressionen begleitet bzw. dominiert werde.

Weiters verweist Krisch (1985, 28) auf den Aspekt der Angst, der das Symptom der Enkopresis häufig begleitet. Diesbezüglich bezieht er (Krisch 1985, 28) sich auf Biermann (1951/52), der die Auffassung vertritt, dass doch ‚die Zusammenhänge zwischen der Angst, dem Grundfaktor fast einer jeden Neurose, und einer gesteigerten Darmtätigkeit bekannt‘ sind (Biermann 1951/52; zit. nach Krisch 1985, 28).

Da diese Textpassage keiner Kategorie zugeordnet werden konnte, musste auf induktivem Wege die Kategorie C.13. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge von Angst“* neu gebildet werden. In diese Kategorie werden somit Belegstellen fallen, in denen Autoren, das Symptom der Enkopresis als Ausdruck von Angst auffassen.

Einige Zeilen weiter bezieht sich Krisch (1985, 28) auf Fenichel (1974-1980) und dessen Position zur Enkopresis:

„Tritt sie [die Enkopresis; Anm.d.Verf.] dagegen regelmäßig auf, stellt sie eine Retention des analsexuellen Ausscheidungsvorgangs oder eine Regression auf ihn als Äquivalent oder Ersatz der Masturbation dar. Sie ist dann zweifelsfrei das Zeichen einer betont analerotischen Ausrichtung“ (Fenichel 1974-1980; zit. nach Krisch 1985, 28).

Hinsichtlich dessen wurde diese Stelle in die Kategorie C.1. eingeordnet.

Des Weiteren greift Krisch (1985, 29) den Aspekt des Infantilismus⁴⁵ auf, der für die Entstehung des Symptoms als wesentlich betrachtet werden muss. Hinsichtlich dessen wird davon ausgegangen, dass sich im Einkoten die Sehnsucht nach kindlicher Umsorgung, Versorgung und Zuwendung ausdrückt (Krisch 1985, 29). Diesbezüglich schreibt Krisch (1985, 29):

„Das einschmutzende Kind trotz ja der Mutter mit seiner ‚Unart‘ Beachtung und Zuwendung geradezu ab.“

In diesem Kontext verweist Krisch (1985, 29) auf Zulliger (1961), der diesen Gedankengang folgendermaßen umreißt:

„Denn dadurch, dass sie [die Mutter; Anm.d.Verf.] es reinigt und sauber kleidet, wird sie veranlasst, sich längere Zeit ausschließlich ihrem Kinde zu widmen, was es als Liebesbeweis auffasst, selbst wenn sie dazu mit ihm schimpft“ (Zulliger 1961; zit. nach Krisch 1985, 29).

Da dieser Gedankengang keiner deduktiv entwickelten Kategorie zugeordnet werden konnte, muss an dieser Stelle die induktive Kategorie C.14. „*Enkopresis als Ausdruck und Folge des Infantilismus*“ neu gebildet werden.

Darüber hinaus versteht Krisch (1985, 29) das Symptom der Enkopresis als eine „kindliche Reaktion auf einen Objektverlust.“ Um diesen Gedankengang zu verdeutlichen bezieht sich Krisch (1985, 29) auf Edgcumbe (1978) der davon ausgeht, dass „Kinder, die sich ungeliebt und unbeschützt fühlen, weil sich die Mutter physisch oder emotional von ihnen entfernt hat, Zuflucht zu den autoerotischen Befriedigungsformen Einkoten, Stuhlverhalten oder Schmieren suchen können und dass sie dann in ihren Fäzes gewissermaßen eine Entschädigung für den Verlust des Menschen finden“ (Edgcumbe 1978; zit. nach Krisch 1985, 29).

Laut Keilbach (1977; zit. nach Krisch 1985, 29f) kann „das eigene Produkt, das Exkrement, ... unter solchen Umständen eben ‚wie ein selbst geschaffenes Ersatzobjekt, das im Hautkontakt erfüllt wird‘, wirken.“

Aufgrund der eben geschilderten Überlegungen wurden diese Textstellen der Kategorie C.5. zugeordnet, die zum Inhalt hat, dass das Symptom der Enkopresis als Angst vor Verlusten begriffen werden könnte, indem laut Schmid-Boß (2005, 338)

⁴⁵ Unter dem Begriff „Infantilismus“ versteht man ein „körperliches, geistiges Stehenbleiben auf kindlicher Entwicklungsstufe“ (Duden 2007, 203). Im Gegensatz dazu bedeutet regressives Verhalten, ein „Rückfall in Verhaltensweisen, die einer vorangegangenen Entwicklungsstufe entsprechen“ (Schrader 2007, 293).

das Kind die Verlustproblematik durch die „Abtrennung des Kots“ symbolisiert, und unter Umständen darin die nötige Zuneigung wieder findet.

Pädagogische Konsequenzen

Die Frage, welche Konsequenzen sich aus den eben geschilderten psychoanalytischen Erklärungsmodellen für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben könnten, wird von Krisch nicht erläutert. Obwohl Krisch nicht darauf eingeht, welche Rolle – aus Sicht der Psychoanalyse – die Sauberkeitserziehung bei der Entstehung des Symptoms der Enkopresis spielen könnte, nennt er (Krisch 1985, 70f) diesbezüglich eine pädagogische Empfehlung. In diesem Zusammenhang vertritt Krisch (1985, 70f) die Einschätzung, dass man dem Kind erlauben sollte, seine Eltern oder älteren Geschwister bei der Ausscheidung zu beobachten, da es dadurch das Verhalten der Älteren „meist ... mit großem Eifer“ – so Krisch (1985, 71) – imitiert. Laut Krisch (1985, 71) hat dies den Sinn, dass dadurch für das Kind die „Sozialisierung der Ausscheidungsfunktionen ... erleichtert und beschleunigt werden.“

5.7.2 Triebentwicklung und Konflikte in der analen Phase (Ruth Naske 1990)

In diesem Sammelband werden die zentralen Ergebnisse der 4. Arbeitstagung der Wiener Child Guidance Clinic dargestellt, wobei die anale Phase im Zentrum der Überlegungen steht. In diesem Kontext wurde über verschiedene Aspekte diesbezüglich referiert, wie beispielsweise „Analerotik und Objektbeziehung“ (Schuster, Wustinger 1990, 21ff) oder „Triebentwicklung im Lichte der Objektbeziehung“ (Holder 1990, 46f). Des Weiteren wurde im Zuge dieser Thematik das Symptom der Enkopresis von Kos-Robes (1990, 125ff) aufgegriffen. Auf diesen Beitrag wird im folgenden Absatz näher eingegangen.

5.7.2.1 Therapie der Enkopresis (Martha Kos-Robes 1990)

Kontextuelle Verortung

In diesem Artikel, welcher in die Kategorie A.2. eingeordnet wurde, widmet sich die Autorin (Kos-Robes 1990, 125ff) nicht nur der Behandlung der Enkopresis, sondern auch unterschiedlichen psychoanalytischen Erklärungsansätzen zur Enkopresis.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Kos-Robes (1990, 128) macht darauf aufmerksam, dass lange Zeit das Interesse auf den Verdauungstrakt des Kindes gelegt wurde, und nicht auf das Symptom der Enkopresis. Dennoch schreibt sie (Kos-Robes 1990, 128), dass sich mittlerweile eine „Grundbasis“ bezüglich der Entstehung dieses Symptoms gebildet hat. Daraus ergeben sich mögliche Hinweise zur Entstehung einer Enkopresis. Kos-Robes (1990, 128) hält fest:

„Hat man sich doch schließlich darüber geeinigt, dass die Grundbasis dieses Symptoms a) in einer ungünstigen Gestaltung der frühkindlichen Mutter-Kind-Beziehung besteht. Dazu gesellen sich weitere ursächliche Implikationen: b) ein zu hartes, zu ungeordnetes oder zu wechselvolles Toilettetraining. c) eine familiäre Konstellation ... d) frustrierende Änderungen der Lebenslage und der Lebensumstände, in denen die Regression zu einer Enkopresis, dem unbewussten Ziel der Herstellung eines neurotischen Pseudoäquilibriums, am zweckmäßigsten dienlich erscheint. Dafür einige Beispiele: Geburt eines jüngeren Geschwisterchens, Tod eines geliebten Angehörigen, ... e) Ferner eine Organminderwertigkeit ... zu dem organischen Infantilismus gesellt sich auch ein psychischer Infantilismus.“

Aufgrund der eben beschriebenen Überlegungen wurde diese Textpassage fünf Kategorien zugeordnet. Der von Kos-Robes (1990, 128) beschriebene Punkt a wurde der Kategorie C.10. zugeordnet, Punkt b der Kategorie C.7., Punkt c der Kategorie C.6., Punkt d der Kategorie C.9. und Punkt e der Kategorie C.14.

Pädagogische Konsequenzen

Wird die Annahme vertreten, dass psychoanalytisches Arbeiten bzw. Verstehen wesentlich für die pädagogische Praxis sei, könnten die Ausführungen Kos-Robes (1990, 129ff) zum psychoanalytischen Arbeiten mit dem Symptom der Enkopresis auch als pädagogische Konsequenzen verstanden werden. Gestützt kann diese Annahme mit Datler (2005, 258) werden, der darauf hinweist, dass die

„Einbeziehung von psychoanalytischer Theoriebildung in pädagogische Reflexionen unvermeidbarerweise zu einer Neubestimmung von Pädagogik selbst führen dürfte.“

Bezüglich der Behandlung bzw. des pädagogischen Umgangs mit dem Symptom der Enkopresis hält Kos-Robes (1990, 129ff) resümierend fest: Erstens muss es laut Kos-Robes (1990, 129) zu einer „Dezentralisation des Symptoms“ kommen, d.h. die Eltern, Erzieher sollen es möglichst vermeiden über das Symptom zu sprechen bzw. das Symptom soll vollkommen ignoriert werden (Kos-Robes 1990, 129). Dadurch wird laut Kos-Robes (1990, 129) nicht nur der Druck auf das Kind verringert, sondern das Symptom verliert die Bedeutung als Machtmittel vom Kind gegenüber der Mutter eingesetzt zu werden. Zweitens besteht die Aufgabe darin das „Kind nach Herzenslust regredieren zu lassen“ (Kos-Robes 1990, 129). Diesbezüglich schreibt Kos-Robes (1990, 129): „Die Patienten wurden in diesem Stadium dazu angehalten, mit Lehm zu schmieren, sich zu beschmutzen und mit Lehm herumzuwerfen.“ Der Sinn dieser Regression hat laut Kos-Robes (1990, 129) einen „doppelte[n] Effekt“: „a) Die – durch das unrichtig durchgeführte Toilettetraining – versäumte kindliche Entwicklungssituation wurde nachgeholt und abgesättigt“ (Kos-Robes 1990, 129). „b) Durch die Tatsache, dass etwas erlaubt und akzeptiert wird, was sonst Gegenstand von Kritik war, wurde eine emotionelle Entlastung des Kindes erreicht, die wesentlich für den Erfolg der Behandlung ist“ (Kos-Robes 1990, 129). Da dem Symptom der Enkopresis häufig aggressive Aspekte beigemessen werden, ist es nach Kos-Robes (1990, 130) wesentlich, in die Therapie, aber auch pädagogische Praxis aggressive Spiele einzubauen, die „nach und nach strikter“ (Kos-Robes 1990, 130) werden. Dies hat den Sinn, dass „die freigewordenen Aggressionen der Kinder ... hier auf diese Weise einer Kanalisation zugeführt“ werden (Kos-Robes 1990, 130). Resümierend hält Kos-Robes (1990, 131) fest, dass das Wichtigste ist, die familiäre Beziehung zu verbessern, da laut Kos-Robes (1990, 131) nur dann eine Besserung bzw. „Heilung“ des Symptoms möglich sei.

5.7.3 *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie Jahrgang LVI (2007)*

In dieser Zeitschrift wurden zwei Beiträge zum Symptom der Enkopresis erschlossen, welche der Kategorie A.2.⁴⁶ zugeschlagen wurden.

5.7.3.1 Tiefenpsychologisch fundierte stationäre Psychotherapie eines 12-jährigen Jungen mit sekundärer Enkopresis (Christine Pressel 2007)

Kontextuelle Verortung

Die Autorin (Pressel 2007, 511ff) beschreibt in diesem Artikel den Fall eines 12-jährigen Jungen, namens N., der am Symptom der sekundären Enkopresis leidet. Bevor die Ursachen seiner Enkopresis-Symptomatik herausgearbeitet werden, werden einige wesentliche Aspekte zu N.'s Lebensgeschichte geschildert. Pressel (2007, 518) gibt an, dass N. als Nachzügler eng an die Mutter gebunden ist und er eher eine spärliche Beziehung zu seinem Vater hat. Als die Mutter von N. aufgrund schwerer körperlicher Krankheit verstorben war, entwickelte N. eine Enkopresis (Pressel 2007, 511). Daraus ergibt sich ein Verweis auf die Entstehung des Symptoms der Enkopresis.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Pressel (2007, 517) weist darauf hin, dass bei N. das Symptom der Enkopresis als Regressionssymptom aufgefasst werden könne. Diesbezüglich schreibt sie (Pressel 2007, 517):

„Es ist vorstellbar, dass N. durch das Symptom unbewusst Nähe zur Mutter suchte, eventuell spielen auch Versorgungswünsche an den Vater eine Rolle. Auch eine Regression in die prädipale Kindheit mit Nähe- und Versorgungswünschen an die Mutter ist möglich.“

Insofern wurde diese Textstelle der Kategorie C.9. zugeschlagen, die zum Inhalt hat, dass belastende Ereignisse, bezogen auf dieses Fallbeispiel wäre es der Tod der Mutter, in der Entwicklung des Kindes ein regressives Verhalten hervorrufen können.

⁴⁶ In die Kategorie A.2. wurden Beiträge aus Sammelwerken und Zeitschriften eingeordnet, die sich zur Gänze mit dem Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis aus psychoanalytischer Sicht beschäftigen.

Darüber hinaus meint Pressel (2007, 518) bei N. im Symptom der Enkopresis aggressive Tendenzen gegenüber dem Vater zu erkennen. Diesen Gedankengang umreißt sie (Pressel 2007, 518) wie folgt:

„Wutaffekte, die ihren Ausdruck im Zerstören von Gegenständen des Vaters sowie dem Verstecken der Unterhosen im Zimmer des Vaters finden, richten sich auf der Handlungsebene gegen den Vater. Möglicherweise bringt N. seine Wut darüber zum Ausdruck, dass der Vater N.s Abschied von der Mutter verhindert hat“⁴⁷.

Aufgrund der eben geschilderten Überlegungen wurde diese Textpassage der Kategorie C.3. „*Enkopresis als Ausdruck und Folge von aggressivem Verhalten*“ zugeordnet.

Pädagogische Konsequenzen

Welche Konsequenzen sich daraus für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben könnten, wurde von Pressel nicht ausgeführt.

5.7.3.2 Primäres und sekundäres Einkoten (Ellen Lang-Langer 2007)

Kontextuelle Verortung

In diesem Text differenziert die Autorin (Lang-Langer 2007, 520ff) das primäre Einkoten vom sekundären Einkoten, wobei die Unterschiede anhand zweier Fallbeispiele⁴⁸ aus der psychoanalytischen Praxis verdeutlicht werden. Darüber hinaus unternimmt Lang-Langer (2007, 521ff) den Versuch das primäre und sekundäre Einkoten nicht nur zu definieren, sondern dafür psychoanalytische Erklärungsmodelle zu liefern.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Zuordnung zu einer Kategorie

Nach der psychoanalytischen Triebtheorie kommt es während der analen Entwicklung zu einer Reaktionsbildung⁴⁹ (Lang-Langer 2007, 521). Die Exkremente haben für das Kind eine besondere Bedeutung, da sie in diesem Stadium als Teile des eigenen Körpers wahrgenommen werden (Heimann 1962; zit. nach Schmid-Boß

⁴⁷ Die Mutter von N. ist kurz vor ihrem Tod ins Krankenhaus gebracht worden, wodurch sich N. von ihr nicht verabschieden konnte. Des Weiteren war der Vater von N. nicht in der Lage mit ihm über die Krankheit bzw. den Tod der Mutter zu sprechen. (Pressel 2007, 514)

⁴⁸ An dieser Stelle ist anzumerken, dass die beiden Fallbeispiele in sehr verkürzter Form dargestellt werden, da dies sonst den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde.

⁴⁹ Die Reaktionsbildung ist ein Abwehrmechanismus, unter dem „Verhaltensweise[n] oder psychologische Gewohnheit[en] von einer dem verdrängten Wunsch entgegengesetzten Bedeutung und als Reaktion auf diesen gebildet“, verstanden werden (Laplanche, Pontalis 1973, 422).

2005, 337). Kann sich das Kind mit dem elterlichen Wunsch identifizieren, ist es bereit, „um der Liebe des Objektes willen, ... seinen Kot der Toilette zu übergeben“ (Lang-Langer 2007, 521). Laut Lang-Langer (2007, 521) schenkt das Kind dem „Objekt seiner Liebe, ... 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.“ Bei Kindern, die am Symptom der primären Enkopresis leiden, hat dieser Prozess nicht stattgefunden (Lang-Langer 2007, 521). Diese Kinder können den Kot nicht als Geschenk wahrnehmen (Lang-Langer 2007, 521), da laut Lang-Langer (2007, 521f) „die Differenzierung auf der Objektbeziehungsebene nicht ausreichend stattgefunden hat.“ Lang-Langer (2007, 522) beschreibt dies folgendermaßen:

„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. ... Die Trennung vom Kot als imaginiertem Teil des Körpers impliziert einen unwiderruflichen Verlust. Wenn das Kind ... 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.“

Einige Zeilen weiter ergänzt Lang-Langer (2007, 522):

„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.“

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurden diese Textpassagen der Kategorie C.6. „*Enkopresis als Ausdruck und Folge einer nicht gelungenen Autonomieentwicklung*“ zugeordnet.

Um diesen Gedankengang zu verdeutlichen schildert Lang-Langer (2007, 524ff) den Fall „Marius“, der am Symptom der primären Enkopresis leidet. Laut Lang-Langer (2007, 525) konnte „Marius unbewusst vielleicht deshalb nicht sauber werden ... weil ihm das Einkoten als Mittel erschien, die Mutter an sich zu binden und endlich ganz für sich zu haben.“

Im zweiten Teil des Textes erläutert Lang-Langer (2007, 529ff) ein psychoanalytisches Erklärungsmodell zum Symptom der sekundären Enkopresis, auf das im Folgenden eingegangen wird.

Beim Symptom der sekundären Enkopresis handelt es sich laut Lang-Langer (2007, 529) um eine Regression, wobei traumatische Erlebnisse oder innere Konflikte dazu führen, dass das Kind in seiner Entwicklung einen Schritt zurückgeht. Diesbezüglich hält Lang-Langer (2007, 530) fest:

„Reale Ereignisse, die von dem Kind nicht integriert werden können und als traumatisch überfordernd erlebt werden setzen die ... innere Konfliktsituation⁵⁰ oft in Gang. Gerade die Geburt jüngerer Geschwister spielt meines Erachtens eine zentrale Rolle bei der Symptombildung der sekundären Enkopresis, aber auch der Enuresis. Die wiedererwerbende Hilflosigkeit im Umgang mit den Körperausscheidungen signalisiert dann eine deutliche Konkurrenz mit dem jüngeren Geschwister.“

Aufgrund dessen wurde diese Textstelle der Kategorie C.9. und B.5. zugeschlagen, die Aussagen von Autoren enthalten, die das Symptom der Enkopresis und Enuresis als regressives Verhalten auffassen.

Zur Illustration der eben beschriebenen Überlegungen schildert Lang-Langer (2005, 531ff) den Fall „Maximilian“. Maximilian wird als Sonnenschein der Familie beschrieben, der ständig im Mittelpunkt steht. Als Maximilian vier Jahre alt war, wurde seine kleine Schwester geboren, die an schwerer Neurodermitis leidet. Von diesem Zeitpunkt an stand nicht mehr Maximilian im Mittelpunkt, sondern die Mutter verbrachte sehr viel Zeit mit seiner kleinen Schwester, beispielsweise musste die Schwester von der Mutter ständig eingesalbt und verbunden werden. Als Maximilian sechs Jahre alt war und mit der Schule beginnen sollte, begann er plötzlich täglich einzukoten. Dieses Fallbeispiel verdeutlicht das eben zuvor beschriebene psychoanalytische Erklärungsmodell zur Regression. (Lang-Langer 2007, 531ff)

⁵⁰ Lang-Langer (2007, 530) beschreibt den inneren Vorgang einer Regression folgendermaßen: Bei einem inneren Konflikt kommt es zu einem inneren Streit zwischen den Triebansprüchen (Es) und inneren Gesetzmäßigkeiten (Über-Ich). Wobei laut Lang-Langer (2007, 530) das Ich, das die Aufgabe hat zwischen den Triebansprüchen und inneren Gesetzmäßigkeiten zu vermitteln, ein Symptom kreiert, „um beiden genüge zu tun“ (Lang-Langer 2007, 530). Wird das Symptom der Enuresis oder Enkopresis vom Kind entwickelt, wurde laut Lang-Langer (2007, 530) das „Ich überrollt von der Gewalt des Triebhaften, dem ein nur ungenügend ausgeprägtes Gesetz in Form des Über-Ich entgegensteht.“

Des Weiteren verweist Lang-Langer (2007, 530) auf den Zusammenhang zwischen dem Symptom der Enkopresis und der Reinlichkeitserziehung. Diesbezüglich hält sie (Lang-Langer 2007, 530) fest, dass das Symptom der Enkopresis mehrmals auf eine zu rigide Sauberkeitserziehung zurückgeführt wird. Lang-Langer (2007, 530) erklärt sich diesen Zusammenhang folgendermaßen:

„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.“

Somit wurde diese Textstelle der Kategorie C.7. zugeschlagen, die zum Inhalt hat, dass die Art und Weise der Sauberkeitserziehung das Entstehen einer Enkopresis begünstigen könne.

Pädagogische Konsequenzen

Welche pädagogischen Konsequenzen sich daraus für den Umgang mit Enkopretikern ergeben könnten, wird von Lang-Langer nicht ausgeführt.

Nach der Bearbeitung der aufgefundenen Texte und Textstellen in Online Katalogen zum Symptom der Enkopresis finden sich im folgenden Abschnitt resümierende Überlegungen diesbezüglich.

Zwischenergebnisse zu den in Online Katalogen aufgefundenen Publikationen zum Symptom der Enkopresis

Im Vergleich zum Symptom der Enuresis wurden für das Symptom der Enkopresis lediglich 4 Publikationen erschlossen, wobei eine der Kategorie A.1. und 3 der Kategorie A.2. zugeschlagen wurden. Im Folgenden werden die in Kapitel 5.7 herausgearbeiteten psychoanalytischen Erklärungsmodelle zum Symptom der Enkopresis resümierend dargestellt und erläutert.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle zum Symptom der Enkopresis

Für das Symptom der Enkopresis wurden in den 4 aufgefundenen Publikationen neun mögliche Ursachen angeführt:⁵¹

1. aggressives Verhalten (2)
2. regressives Verhalten (3)
3. infantile Onanie (1)

⁵¹ Die Zahlen in den Klammern geben wiederum an, wie häufig eine Textstelle zu der jeweiligen Kategorie zugeordnet wurde.

4. Infantilismus (2)
5. Verlustproblematik (1)
6. mütterliches Verhalten (1)
7. Reinlichkeitserziehung (2)
8. nicht gelungene Autonomieentwicklung (2)
9. Angst (1)

ad 1: Tendenziell kann der Akt des Einkotens von aggressiven Aspekten begleitet werden. Beispielsweise bezieht sich Krisch (1985, 27) in diesem Kontext auf Abraham (1969), der das Einkoten als einen ‚Ersatz für eine unterbliebene Entladung zorniger Affekte‘ (Abraham 1969; zit. nach Krisch 1985, 27) betrachtet.

ad 2: Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist, dass das Symptom der Enkopresis als Regressionssymptom aufgefasst werden kann. Vor allem belastende Erlebnisse, wie zum Beispiel die Scheidung der Eltern, der Tod eines Elternteils oder die Geburt eines Geschwisterchens spielen laut Kos-Robes (1990, 128), Pressel (2007, 517) und Lang-Langer (2007, 530) diesbezüglich eine wesentliche Rolle. Lang-Langer (2007, 530) beschreibt die Regression als einen Kampf zwischen dem Es und dem Über-Ich, wobei das Ich die vermittelnde Position einnimmt. Indem das Ich nicht vermittelt, kommt es zur Entstehung eines Symptoms – in diesem Fall die Enkopresis (Lang-Langer 2007, 530). (siehe Fußnote S. 241)

ad 3: Weiters wird in einer Publikation das Symptom der Enkopresis als Ausdruck der infantilen Onanie wahrgenommen, wobei davon ausgegangen wird, dass der Akt des Einkotens als autoerotisch masturbatorischer Akt erlebt werde (siehe S. 233).

ad 4: Der Infantilismus kann für die Entstehung des Symptoms der Enkopresis eine tragende Rolle spielen. Die Kategorie C.14. „*Enkopresis als Ausdruck und Folge des Infantilismus*“ wurde aus den Überlegungen Krischs (1985, 29) induktiv gebildet, da dieser Aspekt in den verwendeten Übersichtsarbeiten zur deduktiven Kategorienbildung noch nicht in den Blick genommen wurde. Diesbezüglich geht Krisch (1985, 29) davon aus, dass durch das ständige Einkoten – das in diesem Zusammenhang als Ausdruck und Folge des Infantilismus verstanden wird – das Kind enorme Aufmerksamkeit von der Mutter bekomme und deshalb auf dieser

Entwicklungsstufe verweile und diese Symptomatik nicht aufgeben kann (siehe S. 234).

ad 5: Zudem wird das Symptom der Enkopresis von den behandelten Autoren, wie zum Beispiel Krisch (1985, 29f), in Zusammenhang gebracht mit der Angst vor Verlusten. Krisch (1985, 30) bezieht sich in diesem Kontext auf Keilbach (1977), der davon ausgeht, dass sich vor allem ungeliebte Kinder durch die Exkremente ein Ersatzobjekt schaffen, das ‚im Hautkontakt erfüllt wird‘ (Keilbach 1977; zit. nach Krisch 1985, 30).

ad 6: Wie in dem Kapitel zur Enuresis schon erwähnt wurde, kann auch das Symptom der Enkopresis aufgrund eines bestimmten mütterlichen Verhaltens entwickelt werden. Diesbezüglich spricht Kos-Robes (1990, 128) von einer „ungünstigen Gestaltung der frühkindlichen Mutter-Kind-Beziehung.“

ad 7: Darüber hinaus wird das Symptom der Enkopresis von Autoren, wie beispielsweise Kos-Robes (1990, 128) oder Lang-Langer (2007, 530), als Folge einer „falschen“ Reinlichkeitserziehung betrachtet. Kos-Robes (1990, 128) betont in diesem Zusammenhang ein „zu hartes, zu ungeordnetes oder zu wechselvolles Toilettetraining.“

ad 8: Häufig wird das Symptom der Enkopresis auf eine missglückte Autonomieentwicklung zurückgeführt, wobei laut Lang-Langer (2007, 522) eine sehr intensive Beziehung zwischen Mutter und Kind bestehe, die vom „Ausschluss des Dritten“ (Lang-Langer 2007, 522) determiniert sein soll (siehe S. 240). Auf sehr anschauliche Art und Weise wurde dieser Gedanke im Fallbeispiel „Marius“ (siehe S. 240) illustriert (Lang-Langer 2007, 524ff).

ad 9: Weiters wird das Symptom der Enkopresis als Ausdruck und Folge schwerer Angst begriffen, wobei sich in diesem Kontext Krisch (1985, 28) auf die Position Biermanns (1951/52) bezieht, der den Zusammenhang zwischen dem Aspekt der Angst und einer „gesteigerten Darmtätigkeit“ (Biermann 1951/52; zit. nach Krisch 1985, 28) betont. Die Kategorie C.13. *„Enkopresis als Ausdruck und Folge von Angst“* wurde aus den Überlegungen Krischs und Biermanns induktiv abgeleitet.

Aus diesen psychoanalytischen Erklärungsmodellen konnten einige Überlegungen für das Gestalten der pädagogischen Praxis abgeleitet werden, die im nachstehenden Absatz nochmals Darstellung finden.

Pädagogische Konsequenzen

Bezüglich der Erziehung zur Sauberkeit geht Krisch (1985, 70f) davon aus, dass die Reinlichkeitserziehung erleichtert werde, indem man dem Kind erlaube, Eltern und ältere Geschwister bei der Ausscheidung zu beobachten.

Des Weiteren verweist Kos-Robes (1990, 129ff) in ihrem Artikel auf einige wesentliche Aspekte zum therapeutischen, aber auch pädagogischen Umgang mit dem Symptom der Enkopresis. Darunter fallen zum Beispiel die „Dezentralisation des Symptoms“ (Kos-Robes 1990, 129) oder das Kind sollte die Möglichkeit haben zu regredieren (Kos-Robes 1990, 129). Des Weiteren sollten in die pädagogische Praxis auch aggressive Spiele eingebaut werden, da das Einkoten häufig von aggressiven Aspekten begleitet wird, die dadurch eventuell abgebaut werden könnten (Kos-Robes 1990, 130).

Nachdem das Analysematerial anhand des im 4. Kapitel geschilderten forschungsmethodischen Vorgehens bearbeitet wurde und zentrale psychoanalytische Erklärungsmodelle zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis herausgearbeitet wurden, ist die zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse bezüglich psychoanalytischer Erklärungsmodelle zu dieser Symptomatik Gegenstand des 6. Kapitels.

6. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich zentraler psychoanalytischer Erklärungsmodelle zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis

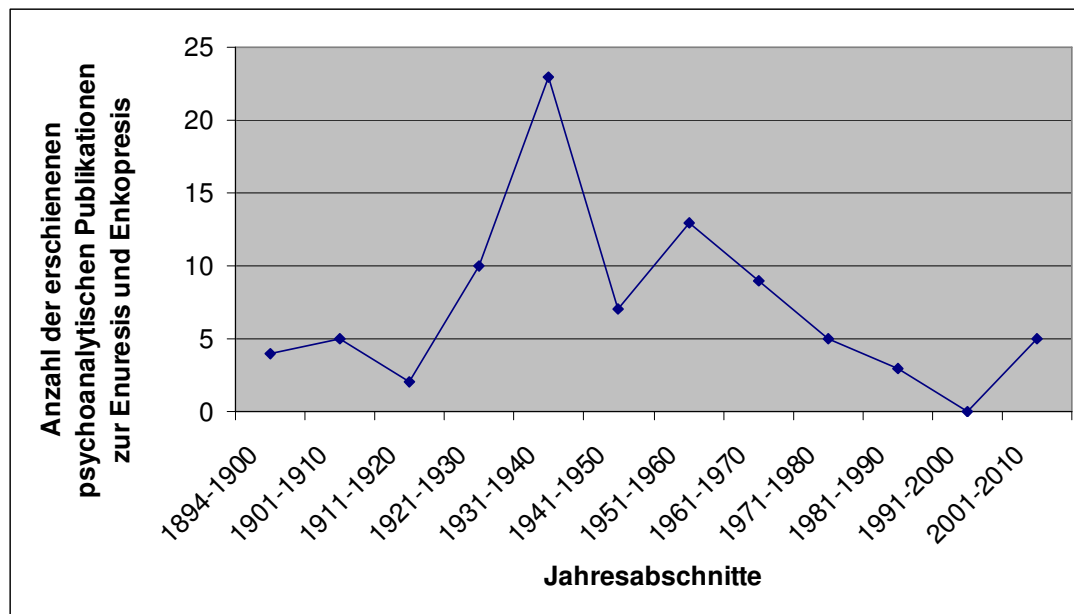
Ziel dieses Kapitels ist es, die zentralsten Diskussionslinien zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis, die in der bearbeiteten Literatur beschrieben wurden, zu

skizzieren. Bevor darauf eingegangen wird, welche Erklärungsmodelle Psychoanalytiker herangezogen haben, um die Symptome der Enuresis und Enkopresis zu verstehen, wird nicht nur der quantitative Umfang des Untersuchungsmaterials in Erinnerung gerufen, sondern auch die erstellten Kategorien zur Enuresis und Enkopresis und deren Zuordnungshäufigkeit anhand einer Tabelle veranschaulicht.

Insgesamt wurden in der vorliegenden Diplomarbeit 84 Texte bearbeitet, wobei sich davon 50 Texte mit dem Symptom der Enuresis, 17 Texte mit dem Symptom der Enkopresis und 17 Texte mit beiden Symptomen auseinandersetzen. Von diesen 84 Texten wurden lediglich 4 Texte in die Kategorie A.1., 17 in die Kategorie A.2. und 63 in die Kategorie A.3. eingeordnet. Stellvertretend für die erste Phase der Psychoanalytischen Pädagogik wurden die Schriften Freuds und die Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik bearbeitet. Wie bereits erwähnt, sind in den Schriften Freuds wesentliche Beiträge und Krankengeschichten zur Enuresis und Enkopresis enthalten, wobei insgesamt 13 Texte diesbezüglich identifiziert wurden. Jeder Text in den Gesammelten Werken Freuds wurde jedoch der Kategorie A.3. zugeschlagen, da Freud neben anderen Inhalten mehr oder weniger kürzere Bezüge zur Enuresis und Enkopresis herstellt, jedoch kein einziger Text zur Gänze dieser Symptomatik gewidmet ist. In der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik konnten insgesamt 30 Texte erschlossen werden, wobei sich Autoren vorwiegend mit dem Symptom der Enuresis beschäftigen, da diesbezüglich insgesamt 20 Texte aufgefunden wurden. Im Vergleich dazu wird auf das Störungsbild der Enkopresis lediglich in nur 3 Texten hingewiesen. In den restlichen 7 Texten wird sowohl die Enuresis, als auch die Enkopresis behandelt. Darüber hinaus ist an dieser Stelle festzuhalten, dass in der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik von diesen 30 Texten, 20 davon in die Kategorie A.3. eingeordnet wurden, da neben anderen Inhalten auf die Symptome der Enuresis und Enkopresis verwiesen wird. Der Kategorie A.2. wurden insgesamt 10 Texte zugeordnet, wobei sich 7 davon mit der Enuresis, 2 mit der Enkopresis und einer davon mit beiden Symptomen auseinandersetzt. In einem nächsten Schritt konzentrierte ich mich auf die Zeitschrift „Psyche“. Anhand der im 4. Kapitel beschriebenen Vorgehensweise konnten insgesamt 30 Texte zum Symptom der Enuresis und Enkopresis aus 21 Jahrgängen der Zeitschrift „Psyche“ erschlossen werden, wobei sich wiederum ein Großteil der Texte mit dem Symptom der Enuresis

auseinandersetzt (siehe S. 198). Die Zeitschrift „Psyche“ wird bis heute publiziert, deshalb ist besonders bemerkenswert, dass der letzte Text, in dem Bezug zu dieser Thematik genommen wurde, 1979 publiziert wurde und sich seitdem kein einziger Text mehr in der Zeitschrift „Psyche“ mit dieser Symptomatik auseinandersetzt. Die Annahme, dass sich in der Zeitschrift „Kinderanalyse“ relevante Beiträge bezüglich der Symptome Enuresis und Enkopresis vermuten lassen, kann nicht bestätigt werden, da in den bisher erschienenen Jahrgängen der Zeitschrift „Kinderanalyse“ lediglich ein Text bezüglich der Enuresis ausfindig gemacht wurde. Auch im Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik finden sich keine Beiträge betreffend psychoanalytischer Erklärungsmodelle und Standpunkte von Autoren zum Symptom der Enuresis und Enkopresis. Der Umstand, dass sich in der Zeitschrift „Kinderanalyse“ und im Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik keine Hinweise zum Krankheitsbild der Enuresis und Enkopresis finden, ist sehr verwunderlich, da sich diese beiden Publikationsorgane ausschließlich mit kindlichen Störungsbildern beschäftigen. Die Suche nach psychoanalytischen Publikationen bezüglich der Enuresis und Enkopresis mithilfe von Online Katalogen der Universitätsbibliothek und der Nationalbibliothek fiel quantitativ weniger ergiebig aus, als die Suche nach Texten in diversen Zeitschriften. Insgesamt wurden zum Symptom der Enuresis 6 Publikationen erschlossen, wobei 3 der Kategorie A.1. und 3 der Kategorie A.3. zugeschlagen wurden. Im Gegensatz dazu wurden zum Symptom der Enkopresis 4 Beiträge aufgefunden, von denen lediglich einer der Kategorie A.1. und die restlichen 3 der Kategorie A.2. zugeschlagen wurden. Im Laufe der Bearbeitung wurde deutlich, dass in wissenschaftlicher Literatur das Symptom der Enkopresis im Vergleich zum Symptom der Enuresis äußerst wenig beleuchtet wird.

Die nachfolgende Grafik illustriert nochmals die Anzahl der erschienenen Publikationen zu den Symptomen Enuresis und Enkopresis in dem bearbeiteten Zeitraum.



Anhand der eben dargestellten Grafik wird ersichtlich, dass es erstaunlich wenig aktuelle psychoanalytische Literatur zur Behandlung und Entstehung der Enuresis und Enkopresis gibt, obwohl es sich derzeit um eine häufige Erkrankung im Kindesalter handelt (Schmid-Boß 2005, 307). Eine der jüngsten psychoanalytischen Publikationen diesbezüglich sind die Zeitschrift „*Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (AKJP). Enuresis und Enkopresis*“ (2005) (Heft 127) und das Werk „*Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie*“ (2001) von Heinemann und Hopf, die einen guten Überblick über psychoanalytische Theorien zur Enuresis und Enkopresis generieren. Daher wurden diese beiden Publikationsorgane auch zur deduktiven Kategorienbildung herangezogen. Obwohl diese beiden Werke im Überblick nachzeichnen, welche Ansätze zu dieser Thematik bereits vorhanden sind, mussten einige der deduktiv gebildeten Kategorien auf induktivem Wege erweitert bzw. neu dazu gebildet werden, da diese in den eben erwähnten Übersichtsarbeiten noch nicht in den Blick gebracht wurden. Die induktiv gebildeten Kategorien werden im folgenden Absatz nochmals genannt.

Zum Symptom der Enuresis wurden folgende drei Kategorien auf induktivem Weg gebildet:

1. *Kategorie B.10. „Enuresis als Ausdruck und Folge von aggressivem Verhalten“*
2. *Kategorie B.11. „Enuresis als Ausdruck und Folge einer Ich-Störung“*
3. *Kategorie B.12. „Enuresis als Ausdruck und Folge des Milieus“*

Die deduktiv gebildeten Kategorien zum Symptom der Enkopresis wurden sogar um sechs Kategorien induktiv erweitert:

1. *Kategorie C.9. „Enkopresis als Ausdruck und Folge von regressivem Verhalten“*
2. *Kategorie C.10. „Enkopresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens“*
3. *Kategorie C.11. „Enkopresis als Ausdruck und Folge des Milieus“*
4. *Kategorie C.12. „Enkopresis als Ausdruck und Folge des analen Sadismus“*
5. *Kategorie C.13. „Enkopresis als Ausdruck und Folge von Angst“*
6. *Kategorie C.14. „Enkopresis als Ausdruck und Folge des Infantilismus“*

Nachdem die induktiv gebildeten Kategorien nochmals in den Blick genommen wurden, verdeutlichen die nachstehenden Tabellen das gesamte Kategoriensystem und deren Häufigkeit der Zuordnung in den untersuchten Publikationsorganen zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis.

Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurde das untersuchte Material bearbeitet, wobei laut Mayring (1997, 43) das Kategoriensystem das wichtigste Instrument der Inhaltsanalyse ist. Ziel war es, aus dem Untersuchungsmaterial psychoanalytische Erklärungsmodelle zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis herauszuarbeiten. Nachdem psychoanalytische Erklärungsmodelle in den untersuchten Texten und Textstellen erschlossen wurden, war es in weiterer Folge notwendig, um die zentrale Forschungsfrage beantworten zu können, die Texte und Textstellen einer Kategorie zuzuordnen. Die nachstehenden Tabellen und Balkendiagramme veranschaulichen nochmals das gesamte Kategoriensystem, wobei sich in Tabelle 6 und Balkendiagramm I die Kategorien zum Symptom der Enuresis und in Tabelle 7 und Balkendiagramm II die Kategorien

zum Symptom der Enkopresis finden. Darüber hinaus kann aus diesen Grafiken abgelesen werden, wie häufig ein Text oder eine Textstelle in den einzelnen Publikationsorganen einer Kategorie zugeordnet wurde. Sofort ersichtlich ist, dass in der bearbeiteten Literatur die Symptome der Enuresis und Enkopresis sehr häufig als Ausdruck und Folge der infantilen Onanie (insgesamt 42 Zuordnungen) und regressiven Verhaltens (insgesamt 30 Zuordnungen) verstanden werden. Im Gegensatz dazu wurden nur einige wenige aufgefundene Texte und Textstellen in Kategorien, in denen diese Symptomatik als Ausdruck und Folge der Ich-Störung, des Milieus, der Koprophilie, der Angst, des analen Sadismus oder des Infantilismus verstanden wird, eingeordnet.

Kategorien	Gesammelte Werke – Freuds	Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik	Zeitschrift „Psyche“	Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik	Zeitschrift „Kinderanalyse“	Recherchierte Publikationen in Online Katalogen	Gesamte Auszählung
B.1. Enuresis als Ausdruck und Folge der infantilen Onanie	9 Zuordnungen	10 Zuordnungen	7 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	6 Zuordnungen	32 Zuordnungen
B.2. Enuresis als Ausdruck und Folge des urethralen Sadismus	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	1 Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	3 Zuordnungen	5 Zuordnungen
B.3. Enuresis als Ausdruck und Folge des Kastrationskomplexes	1 Zuordnung	7 Zuordnungen	3 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	12 Zuordnungen
B.4. Enuresis als Ausdruck und Folge des Penisneid	Keine Zuordnung	3 Zuordnungen	1 Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	4 Zuordnungen
B.5. Enuresis als Ausdruck und Folge von regressivem Verhalten	Keine Zuordnung	12 Zuordnungen	7 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	21 Zuordnungen
B.6. Enuresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens	Keine Zuordnung	3 Zuordnungen	3 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	5 Zuordnungen	11 Zuordnungen
B.7. Enuresis als Ausdruck und Folge der Reinlichkeits-erziehung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	2 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	5 Zuordnungen

Kategorien	Gesammelte Werke – Freuds	Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik	Zeitschrift „Psyche“	Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik	Zeitschrift „Kinderanalyse“	Recherchierte Publikationen in Online Katalogen	Gesamte Auszählung
B. 8. Enuresis als Ausdruck und Folge einer nicht gelungenen Autonomieentwicklung und Lösung von der primären Bezugsperson	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	1 Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	2 Zuordnungen	5 Zuordnungen
B. 9. Enuresis als Ausdruck und Folge der Ich-Spaltung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	0 Zuordnungen
B. 10. Enuresis als Ausdruck und Folge von aggressivem Verhalten	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	5 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	5 Zuordnungen
B. 11. Enuresis als Ausdruck und Folge einer Ich-Störung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen
B. 12. Enuresis als Ausdruck und Folge des Milieus	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	1 Zuordnung

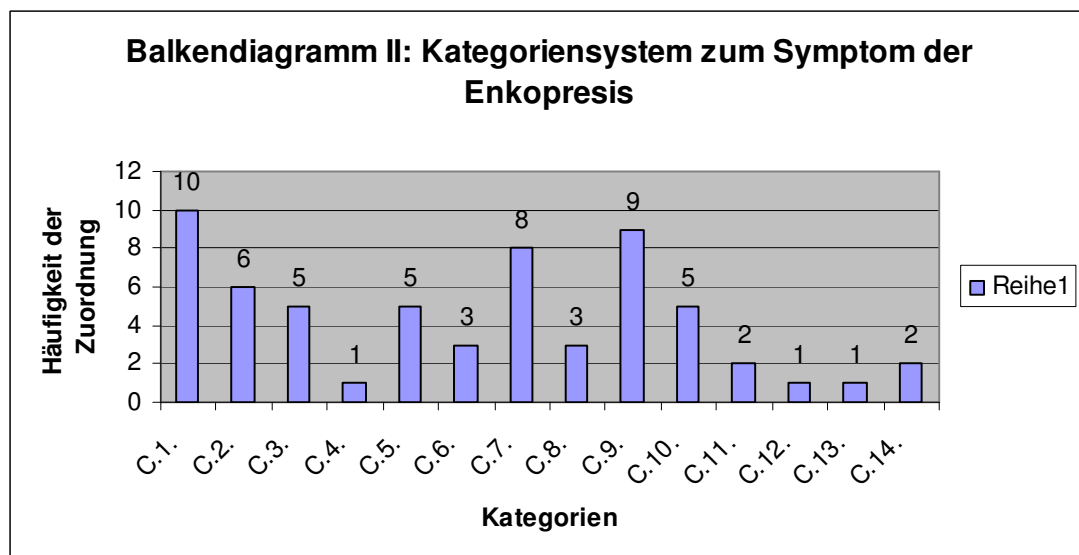
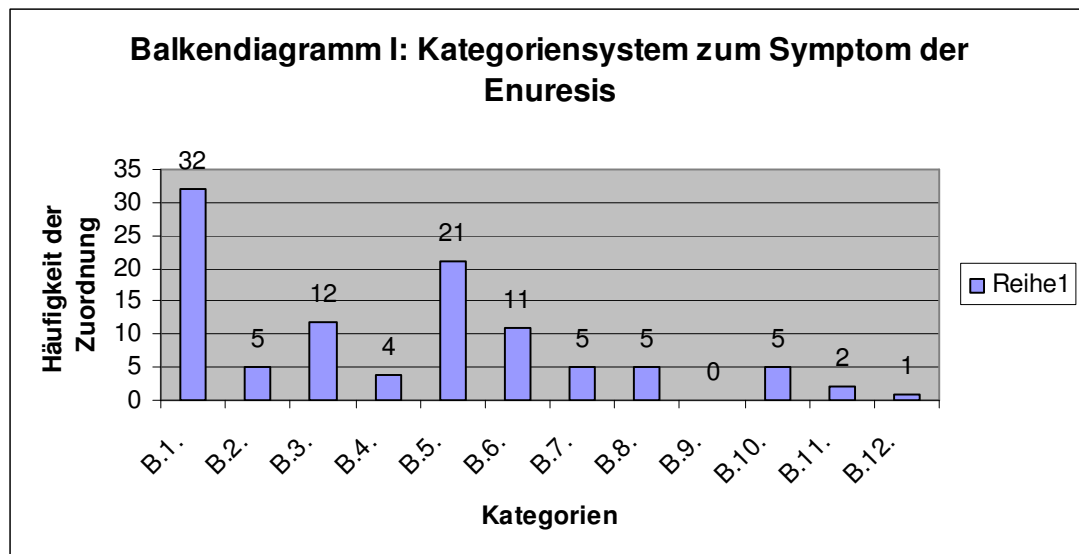
Tabelle 6: Kategoriensystem zum Symptom der Enuresis

Kategorien	Gesammelte Werke – Freuds	Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik	Zeitschrift „Psyche“	Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik	Zeitschrift „Kinderanalyse“	Recherchierte Publikationen in Online Katalogen	Gesamte Auszählung
C.1. Enkopresis als Ausdruck und Folge der infantilen Onanie	6 Zuordnungen	Keine Zuordnung	3 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	10 Zuordnungen
C.2. Enkopresis als Ausdruck und Folge des Kastrationskomplexes	1 Zuordnung	2 Zuordnungen	3 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	6 Zuordnungen
C.3. Enkopresis als Ausdruck und Folge von aggressivem Verhalten	1 Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	5 Zuordnungen
C.4. Enkopresis als Ausdruck und Folge von Koprophilie	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung
C.5. Enkopresis als Ausdruck und Folge einer Verlustproblematik	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	2 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	5 Zuordnungen
C.6. Enkopresis als Ausdruck und Folge einer nicht gelungenen Autonomieentwicklung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	3 Zuordnungen
C.7. Enkopresis als Ausdruck und Folge der Reinlichkeitserziehung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	4 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	8 Zuordnungen

Kategorien	Gesammelte Werke – Freuds	Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik	Zeitschrift „Psyche“	Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik	Zeitschrift „Kinderanalyse“	Recherchierte Publikationen in Online Katalogen	Gesamte Auszählung
C.8. Enkopresis als Ausdruck und Folge der Ich-Störung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	3 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	3 Zuordnungen
C.9. Enkopresis als Ausdruck und Folge von regressivem Verhalten	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	4 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	3 Zuordnungen	9 Zuordnungen
C.10. Enkopresis als Ausdruck und Folge des mütterlichen Verhaltens	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	2 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	5 Zuordnungen
C.11. Enkopresis als Ausdruck und Folge des Milieus	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen
C.12. Enkopresis als Ausdruck und Folge des analen Sadismus	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung
C.13. Enkopresis als Ausdruck und Folge von Angst	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	1 Zuordnung	1 Zuordnung
C.14. Enkopresis als Ausdruck und Folge des Infantilismus	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	Keine Zuordnung	2 Zuordnungen	2 Zuordnungen

Tabelle 7: Kategoriensystem zum Symptom der Enkopresis

Wie zuvor schon erwähnt kann aus den Tabellen 6 und 7 nicht nur das gesamte Kategoriensystem, sondern auch wie häufig ein Text oder eine Textstelle in den einzelnen Publikationsorganen an eine Kategorie entfallen ist, abgelesen werden. Zusätzlich zu den Tabellen 6 und 7 verbildlichen die nachfolgenden Grafiken nochmals die Zuordnungshäufigkeit zu den einzelnen Kategorien anhand von Balkendiagrammen⁵².



⁵² Der Vorteil von Balkendiagrammen, gegenüber Tabellen besteht darin, dass die Unterschiede deutlicher erkennbar sind. Daher wurde die Häufigkeit der Zuordnung nochmals in Form von Balkendiagrammen dargestellt.

Nachdem das Kategoriensystem zu den Symptomen Enuresis und Enkopresis und deren Zuordnungshäufigkeit anhand von Grafiken nochmals dargestellt wurde, findet sich in den nachfolgenden Absätzen eine zusammenfassende Darstellung der psychoanalytischen Erklärungsmodelle zur Enuresis und Enkopresis:⁵³

Aus der Untersuchung des Materials wurde deutlich, dass Autoren der *infantilen Onanie* einen zentralen Stellenwert bei der Entstehung der Symptome Enuresis und Enkopresis beimessen. Bereits Sigmund Freud streicht an mehreren Stellen seines Werkes den Zusammenhang zwischen Pollution und Enuresis bzw. Enkopresis hervor (Freud 1908b, 204; Freud 1909a, 238; Freud 1924d, 397; Freud 1925j, 22; Freud 2007a, 87ff; Freud 2008, 205), wobei aus den Überlegungen Freuds die Annahme abgeleitet werden kann, dass die Symptome der Enuresis und Enkopresis auf sexuelle Verbote zurückgeführt werden können (siehe Kapitel 5.1, S. 70). Kindliche Betätigungen am Genitale werden von den Eltern häufig mit Kastrationsdrohungen beantwortet, mit dem Ziel, die infantile Sexualität des Kindes zu unterdrücken (Freud 1925j, 22; Freud 2008, 149 und 170f). Insofern könnte davon ausgegangen werden, dass das Kind aus Angst, die Kastrationsdrohung könnte realisiert werden, seine infantilen Sexualtriebe unterdrückt, sodass es zu einer Verschiebung der Sexualität des Kindes kommen kann. Daraus folgend ergibt sich eine mögliche Ursache für die Entstehung der Enuresis und Enkopresis. Das Kind erlebt das Urinieren als sexuelle Erektion und den Akt des Einkotens als autoerotisch masturbatorischen Akt (Freud 1924d, 397; Freud 2007a, 87ff). Zur Illustration dieses Gedankenganges wird auf eine Fallvignette von Schneider (1927/28, 146) verwiesen. Diesbezüglich beschreibt Schneider (1927/28, 146) den Fall eines Jungen, der infolge des Masturbationsverbotes einzunässen begann. Hinsichtlich dessen liegt die Annahme nahe, dass Kinder ihre verspürte sexuelle Erektion im Symptom der Enuresis und Enkopresis ausdrücken, wenn die kindliche Sexualität von Außen, beispielsweise durch bestimmte Erziehungsmaßnahmen von den Eltern, unterdrückt wird. Die Beziehung zwischen Sexualität und Urinieren oder Einkoten ergibt sich aus der Annahme, dass das Kind laut Calef u.a. (1980; zit. nach Heinemann, Hopf 2001, 203) im Urinstrahl [bzw. im Einkoten; Anm.d.Verf.] eine Ersatzbefriedigung für Masturbation sieht. Heinemann und Hopf (2001, 203) betrachten im Symptom der Enuresis den „Kampf um sexuelle Autonomie“ des Kindes. Vor dem Hintergrund

⁵³ Diesbezüglich ist anzugeben, dass sich die Reihenfolge der Ursachen nicht nach der Häufigkeit der Kategorienzuordnung bestimmt, sondern nach inhaltlichen Thematiken ordnet.

dieser Überlegungen könne dem enuretischen und enkopretischen Akt sexuelle Bedeutung beigemessen werden.

Des Weiteren wurde in den untersuchten Publikationsorganen in Form von Fallbeispielen von verschiedenen Autoren – wie beispielsweise Freud „Aus der Geschichte einer infantilen Neurose“ (1918b) oder der geschilderte Fall „Alf“ von Zulliger (1959/60, 37ff) – mehrfach beschrieben, welche Rolle der *Kastrationskomplex* bei der Entstehung der Enuresis und Enkopresis einnehmen könnte. Meist führe die Entdeckung des Geschlechtsunterschieds zur Einleitung des Kastrationskomplexes (Gerlach 2002, 366) oder das Kind schenke ausgesprochenen Kastrationsdrohungen Glauben, da es das weibliche Genitale als Resultat der Kastration wahrnehme (vgl. Laplanche, Pontalis 1973, 242ff). Vermutlich wird anhand der psychosomatischen Symptome Enuresis und Enkopresis die daraus resultierende Verlustangst im Ablassen des Urinstrahls bzw. im Einkoten symbolisiert (Schmid-Boß 2005, 338). Insofern könne das Symptom der Enuresis und Enkopresis bzw. die Kotstange und der Urinstrahl dem Ausgleich der Kastrationsangst dienen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der die Entstehung der Enuresis und Enkopresis begünstigen könnte, ist ein stark emotional erlebtes und/oder belastendes Ereignis. Autoren, wie Baudouin (1928/29, 194ff und 323f), Kos-Robes (1990, 128) oder Lang-Langer (2007, 530) gehen davon aus, dass Erfahrungen, wie beispielsweise die Trennung der Eltern, die Geburt eines Geschwisterchens oder andere belastende Veränderungen in der Familie, Risikofaktoren für die Entstehung der Enuresis und Enkopresis sein können. In diesem Zusammenhang wird das enuretische und enkopretische Verhalten als *regressives Verhalten* betrachtet. Lang-Langer (2007, 530) beschreibt diesen regressiven Vorgang folgendermaßen: Es kommt zu einem Konflikt zwischen den Triebansprüchen (Es) und den inneren Gesetzmäßigkeiten (Über-Ich), welche durch Erziehung determiniert sind. Das Ich übernimmt die vermittelnde Rolle zwischen den Triebansprüchen und den inneren Gesetzmäßigkeiten (Lang-Langer 2007, 530). Gelingt dies nicht, kreiert laut Lang-Langer (2007, 530) das Ich ein Symptom, „um beiden genüge zu tun“ (Lang-Langer 2007, 530). Entwickelt das Kind das Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis, wurde laut Lang-Langer (2007, 530) das „Ich überrollt von der Gewalt des

Triebhaften, dem ein nur ungenügend ausgeprägtes Gesetz in Form des Über-Ich entgegensteht.“ Regressives Verhalten tritt somit vor allem in Belastungssituationen auf, in denen das Ich überfordert ist und versucht durch Regression die Angst zu minimieren (Schrader 2007, 293). Biermann (1951/52, 621) vertritt die Auffassung, dass „geringste seelische Schwankungen im Verhalten der Umwelt des Kindes [genügen], um ein plötzliches Versagen in der Richtung des Einnässens oder Einkotens auszulösen.“ Katan (1946; zit. nach Schmid-Boß 2005, 326) geht sogar soweit, dass Kinder, denen jegliche mütterliche Zuwendung verwehrt wurde, die verlorene Geborgenheit in der Wärme der Ausscheidungsprodukte wieder finden. Darüber hinaus sei zu bedenken, dass das Einnässen und Einkoten bei Kindern häufig auftritt, um als kleines Kind betrachtet zu werden, meist in der Absicht, dadurch mehr Zuneigung und Aufmerksamkeit von der primären Bezugsperson zu erhalten (Thies 1950/51, 128ff), bzw. sich diese auf den Weg der Regression – über den symbolischen Akt des Urinierens und Einkotens – zu phantasieren.

Häufig werden die Symptome der Enuresis und Enkopresis in der bearbeiteten Literatur als Ausdruck und Folge *mütterlichen Verhaltens oder Fehlverhaltens* begriffen. Mangelnde Empathie, fehlendes Verständnis von Seiten der primären Bezugsperson oder Erziehungsfehler könnten das Kind in negativer Weise beeinflussen, wobei sich – in diesem Kontext – die innerpsychische Dynamik des Kindes im Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis ausdrücken könnte. Diesbezüglich spricht Kos-Robes (1990, 128) von einer „ungünstigen Gestaltung der frühkindlichen Mutter-Kind-Beziehung.“ Kemper (1978, 64ff) erwähnt außerdem sieben typische Verhaltensweisen von Müttern, die die Entstehung dieser Symptomatik begünstigen könnten. Jedoch werden von Autoren – wie Imhoff (1956; zit. nach Rosenberger 1976, 61), Wiesenhütter (1954; zit. nach Rosenberger 1976, 61) oder Zulliger (1951/52, 675f) – nicht nur rigide Erziehungsmethoden, sondern auch überbehütendes Verhalten für diese Symptomatik verantwortlich gemacht. Ein überfürsorgliches Verhalten zeige sich beispielsweise in dem unbewussten Wunsch der Mutter gegenüber dem Kind, es solle noch ein Säugling sein (Zulliger 1951/52, 675f) oder in dem „überflüssige[n] Berühren des kindlichen Genitales“ (Lévy 1934, 185). Solches mütterliche Fehlverhalten kann nach Ansicht der behandelten Autoren im Bereich der Autonomieentwicklung problematische Folgen nach sich ziehen. Bei vielen enuretischen und enkopretischen Kindern scheint eine intensive Mutter-Kind-

Beziehung für die *nicht gelungene Autonomieentwicklung* eine wesentliche Rolle zu spielen (Kemper 1978; zit. nach Schmid-Boß 2005, 323 und 330). Diesbezüglich sieht Richter (1958/59, 296) die Ursache in der übertriebenen Fürsorge der Mutter oder in ihrer Unfähigkeit, das Kind mit anderen Kindern in Kontakt zu bringen. Hinsichtlich dessen liegt die Überlegung nahe, dass sich im mütterlichen Verhalten, der Wunsch äußert, das Kind möge noch ein Säugling sein, der die mütterliche Umsorgung benötigt, wodurch die Entstehung der Enuresis und Enkopresis herbeigeführt werden könnte (Zulliger 1951/52, 675f). Bezüglich des Misslingens der Autonomieentwicklung schreibt Kemper (1978, 68ff) dem fehlenden Vater besondere Bedeutung zu. Dieser wäre als so genanntes drittes Objekt für die Separierung des Kindes von der Mutter notwendig (Kemper 1978; zit. nach Schmid-Boß 2005, 323 und 330). Obwohl Kemper dies nicht näher erläutert, kann man vor dem Hintergrund der Objektbeziehungstheorie davon ausgehen, dass neben der Mutter auch andere Personen für die Entwicklung des Kindes wesentlich sind. Das Neugeborene kann vorerst nicht zwischen Mutter und sich selbst unterscheiden (Füchtner 1979, 30). Mutter und Kind befinden sich in einer „emotionale[n] Symbiose“ (Füchtner 1979, 30), wo die „psychischen Grenzen unscharf sind“ (Füchtner 1979, 30). Laut Füchtner (1979, 30) wird die emotionale Symbiose zwischen Mutter und Kind erst durch so genannte „Abgrenzungsvorgänge“ (Füchtner 1979, 30) aufgelöst.

Ist der Vater nicht anwesend, bleibe eine intensive Beziehung zwischen Mutter und Kind bestehen, und es komme zu keiner Auflösung der Mutter-Kind-Dyade. Indem der Vater nicht zur emotionalen Separierung des Kindes von der Mutter beitragen könne, spiele die intensive Mutter-Kind-Beziehung eine zentrale Rolle bei der Entstehung des psychosomatischen Symptoms der Enuresis und Enkopresis (Kemper 1978; zit. nach Schmid-Boß 2005, 330).

Ein weiterer wesentlicher Faktor, der zur Abgrenzung von der primären Bezugsperson beiträgt, ist, dass ein Großteil der Kinder um das zweite Lebensjahr die Muskulatur der Ausscheidungsorgane regulieren lernt, wodurch es Autonomie über den eigenen Körper erlangt (Füchtner 1979, 31). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen liegt die Vermutung nahe, dass bei einer derart übertriebenen mütterlichen Umsorgung die Selbstregulation der Ausscheidungsorgane scheitert,

das Kind eine Enuresis und/oder Enkopresis entwickelt und somit kein Gefühl der Autonomie (Schmid-Boß 2005, 344). Damit hängt der Aspekt der Sauberkeitserziehung eng zusammen, auf den im nächsten Absatz näher eingegangen wird.

Die Symptome der Enuresis und Enkopresis werden häufig auf eine „falsche“ Art und Weise der *Sauberkeitserziehung* zurückgeführt. Kemper (1978, 45ff) geht davon aus, dass der Art und Weise der Sauberkeitserziehung und der bestehenden Mutter-Kind-Beziehung enorme Bedeutung bei der Entstehung dieser Symptomatik zukommt. Ein Kind einer liebevollen Mutter neige dazu, ihr den Wunsch zu erfüllen, seine Exkreme zu einer bestimmten Zeit und an einen bestimmten Ort abzugeben (Kemper 1950/51, 206). Im Gegensatz dazu mache das Kind einer ungeliebten Mutter laut Kemper (1950/51, 206) dieses ‚Geschenk‘ nicht. Zudem sei zu beachten, dass die Schwierigkeit des „Sauberwerdens“ darin bestehe, dass dem Kind ein Lusterlebnis geraubt werde (Lévy 1934, 192; Winnicott 1960, 32). Laut Lang-Langer (2007, 530) könne das Einnässen und Einkoten als unbewusste „Rebellion gegen voreilig vollzogene und nicht verinnerlichte Über-Ich-Anforderungen der Eltern“ verstanden werden. Im Gegensatz dazu spricht Kos-Robes (1990, 128) in diesem Zusammenhang von einem „zu harte[n], zu ungeordnete[n] oder zu wechselvolle[n] Toilettetraining.“

In engem Zusammenhang mit der Art und Weise der Sauberkeitserziehung steht die Annahme, dass in der bearbeiteten Literatur die Symptome der Enuresis und Enkopresis auf eine *Ich-Störung* zurückgeführt werden. Ursächlich dafür betrachtet Binét (1979, 1122) den „Konflikt zwischen Selbständigkeit und Unterwürfigkeit“, unter dem Enuretiker und Enkopretiker leiden. Ein zu früh einsetzender äußerer Zwang verhindert die Entwicklung der Selbstkontrolle (Binét 1979, 1123), wobei das Kind nicht die Möglichkeit hat, die Einschränkung von Außen in sein Ich zu integrieren (Binét 1979, 1114). Ein Beispiel dafür wäre eine zu früh einsetzende Reinlichkeitserziehung. Laut Binét (1979, 1116f) haben Enuretiker und Enkopretiker aufgegeben gegen diesen Kampf zu kämpfen, daher betrachtet sie die Enuresis und Enkopresis als Symptome des „Sich-selbst-Aufgebens“ (Binét 1979, 1117).

Darüber hinaus nimmt bei der Entstehung der Enuresis und Enkopresis das soziale und räumliche Umfeld des Kindes, das so genannte *Milieu*, einen zentralen Platz ein. Christoffel (1944, 200) spricht in diesem Kontext von einer „Milieutheorie der Harntriebhaftigkeit“, wobei er (Christoffel 1944, 200) besonders hervorhebt, dass nicht nur die Verwahrlosung, damit ist die Unordentlichkeit und Ungepflegtheit gemeint, sondern auch rigide Erziehungsstile und -methoden, wie zum Beispiel Beschämungen oder Prügel, ein enuretisches und/oder enkopretisches Verhalten hervorrufen können (Christoffel 1944, 200). Das soziale Umfeld, wie beispielsweise die Eltern oder die Umgebung des Kindes, stellen laut Biermann (1951/52, 625) „schwere seelische Belastung[en]“ dar, die im Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis Ausdruck finden.

Des Weiteren wird das Symptom der Enuresis und Enkopresis häufig als Ausdruck und Folge eines *aggressiven Verhaltens* aufgefasst. Unter dem Aspekt der Aggression benutzen Kinder tendenziell die Symptome der Enuresis und Enkopresis als „Ausdrucksmittel“ des Trotzes und der Rache (von Weizsäcker 1947/48, 578), wobei das Einnässen und Einkoten in diesem Kontext etwa als Auflehnung gegen erzieherische Maßnahmen betrachtet werden könne (siehe Kapitel 5.3.1.1, Fallbeispiel S. 151) (von Weizsäcker 1947/48, 576). Krisch (1985, 27) bezieht sich in diesem Zusammenhang auf Abraham (1969), der davon ausgeht, dass ‚eine explosive Darmentleerung ... einen Ersatz für eine unterbliebene Entladung zorniger Affekte bieten kann‘ (Abraham 1969; zit. nach Krisch 1985, 27). In engem Zusammenhang damit steht die Annahme, dass die Symptome der Enuresis und Enkopresis aufgrund von *sadistischen Impulsen* entstehen. Obwohl der Aspekt der Aggression eng mit dem Aspekt des Sadismus zusammenhängt, werden diese beiden Überlegungen getrennt voneinander behandelt, da sich in der bearbeiteten Literatur diesbezüglich ein breiter Diskussionsstrang ausmachen lässt. Im Gegensatz zum aggressiven Charakter des Einnässens und Einkotens wird die Enuresis in diesem Kontext als Ausdruck des urethralen Sadismus und die Enkopresis als Ausdruck des analen Sadismus verstanden. Hinsichtlich dessen vertreten Autoren – wie Sperling (1967, 523), Heimann (1962/63, 425) oder Klein (1932, 139ff) – die Einschätzung, dass das Symptom der Enuresis und Enkopresis auf sadistische Impulse zurückgeführt werden könne, wobei den Exkrementen eine zerstörende und aggressive Bedeutung beigemessen wird. Laut Klein (1932, 143) werden die

Exkrementen von Enuretikern und Enkopretikern als „gewaltsame Angriffswaffen phantasiert“, wobei ihnen ein explosiver und vergiftender Charakter zugeschrieben wird (Klein 1932, 143). Diese sadistischen Impulse sind meist auf ein Objekt gerichtet (Klein 1932; zit. nach Schmid-Boß 2005, 319). Heimann (1962/63, 425) verweist in diesem Kontext auf Abraham und Klein, die davon ausgehen, dass durch das Ausstoßen von Urin und Kot der Wunsch, „das Objekt zu vernichten“ (Heimann 1962/63, 425) geäußert werde.

In der bearbeiteten Literatur wurde ausschließlich das Symptom der Enuresis als Folge des *Penisneids* begriffen. Diesbezüglich wird davon ausgegangen, dass sich vor allem enuretische Mädchen anhand des Urinstrahls einen ‚Urinpenis‘ (Schneider 1926/27, 350) schaffen. Dieses Gedankenmodell veranschaulicht Schneider (1926/27, 343ff) im Fall „Erna“, die das Symptom der Enuresis bzw. den Urinstrahl zur Kompensation der Penislosigkeit einsetzt (siehe Kapitel 5.2.1.2, S. 100). Schneider (1926/27, 347) geht davon aus, dass der Urinstrahl „die Vorstellung des Besitzes eines Penis erzeugen“ könne.

Bereits im 4. Kapitel wurde darauf hingewiesen, dass zur deduktiven Kategorienbildung die Zeitschrift *„Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Enuresis und Enkopresis“* (AKJP) (2005) (Heft 127) verwendet wurde. In der Zeitschrift AKJP bezieht sich die Autorin Schmid-Boß (2005, 329) auf Calef u.a. (1980), die davon ausgehen, dass das Symptom der Enuresis als *Ich-Spaltung* wahrgenommen werden könnte. Bemerkenswert ist, dass in der bearbeiteten Literatur keine einzige Textstelle identifiziert werden konnte, die der Kategorie B.9. *„Enuresis als Ausdruck und Folge der Ich-Spaltung“* zugeordnet wurde. Somit entfielen an die Kategorie B.9. keine Zuordnungen.

Vier weitere Erklärungsmodelle, die sich jedoch nur auf die Entstehung des Symptoms der Enkopresis beziehen, wurden in dem bearbeiteten Analysematerial aufgefunden: Erstens die Koprophilie, zweitens die Verlustproblematik, drittens der Infantilismus und viertens der Aspekt der Angst. Anna Freud (1971; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337) und Otto Fenichel (1974-1980; zit. nach Schmid-Boß 2005,

337) vertreten die These, dass das Symptom der Enkopresis ein Ausdruck der *Koprophilie* sein könnte. Kinder finden Gefallen daran, ihre Ausscheidungsprodukte zu berühren, zu betrachten, mit ihnen zu spielen und eventuell von ihnen zu kosten (Anna Freud 1971, Fenichel 1974-1980; zit. nach Schmid-Boß 2005, 337). Sterba (1936, 181f) verdeutlicht dieses Gedankenmodell im Fall „Elsi“, die besondere Freude und Lust am Beschmutzen zeigt.

Ein zweiter wesentlicher Punkt scheint bei vielen enkopretischen Kindern, die *Verlustproblematik* bzw. *Verlustangst* zu sein. In der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik erläutert Schmideberg (1931, 41), dass bei Enkopretikern diese Ängste häufig in der Angst, die Mutter nehme dem Kind den Stuhl weg, begründet liegen. Hinsichtlich dessen könnte man laut Schmid-Boß (2005, 338) davon ausgehen, dass diese Kinder ihre Verlustängste in der Abtrennung des Stuhls symbolisieren.

Ein dritter Aspekt, der eine Entstehung der Enkopresis verursachen könnte, ist der des *Infantilismus*. Der Begriff „Infantilismus“ beschreibt ein „körperliches, geistiges Stehenbleiben auf kindlicher Entwicklungsstufe“ (Duden 2007, 203). In diesem Kontext geht Krisch (1985, 29) davon aus, dass das Kind durch das ständige Einkoten enorme Aufmerksamkeit von der Mutter bekomme, deshalb auf dieser Entwicklungsstufe stehen bleibe und die Symptomatik nicht aufgeben könne.

Ein vierter wesentlicher Punkt, der die Genese der Enkopresis begünstigen könnte, ist der Aspekt der *Angst*. Diesbezüglich bezieht sich Krisch (1985, 28) auf die Position Biermanns (1951/52), der davon ausgeht, dass das Symptom der Enkopresis Ausdruck von ängstlichem Verhalten sei. Insofern liegt die Vermutung nahe, dass Situationen, die für Kinder mit Angst behaftet sind, dazu beitragen, dass das Kind verstärkt einen „Darmdrang“ verspüre und somit die Ausscheidungsvorgänge nicht mehr gezielt kontrollieren könne und dies zum unwillkürlichen Einkoten führe. Darüber hinaus muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass der Aspekt der Angst eng mit dem der Regression zusammenhängt, da regressives Verhalten vorwiegend in belastenden Situationen auftritt, in denen das Ich überfordert ist, und versucht die bestehende Angst durch Regression zu verringern (Schrader 2007, 293).

Wie aus den eben geschilderten Ausführungen hervorgeht, werden im Bereich der Psychoanalyse bezüglich dieser beiden Störungen verschiedene Erklärungsansätze vertreten. Im nächsten Abschnitt der Arbeit wird die Frage aufgegriffen, welche pädagogischen Konsequenzen aus diesen einzelnen Annahmen abgeleitet werden können.

7. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich pädagogischer Konsequenzen zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis

Die Frage, welche pädagogischen Konsequenzen sich aus den zuvor geschilderten psychoanalytischen Erklärungsmodellen für das Gestalten der pädagogischen Praxis ergeben, wurde in der bearbeiteten Literatur äußerst spärlich behandelt. Über die Zeit hinweg wurde deutlich, dass nur einige wenige explizite pädagogische Implikationen für den pädagogischen Umgang mit den Symptomen der Enuresis und Enkopresis in dem Untersuchungsmaterial aufgefunden werden konnten. Jedoch war es möglich, aus den geschilderten Überlegungen entsprechende pädagogische Vorschläge betreffend dieser Erkrankungen abzuleiten. Im Folgenden findet sich die zusammenfassende Darstellung dieser Konsequenzen für den pädagogischen Umgang mit den Symptomen der Enuresis und Enkopresis.

Sehr häufig (insgesamt 42 Zuordnungen) liegen die Symptome der Enuresis und Enkopresis – nach Ansicht einiger Autoren wie zum Beispiel Freud (siehe Kapitel 5.1, S. 70), Christoffel (1944, 215) oder Schneider (1927/28, 146) – in der infantilen Onanie begründet. Infantile Sexualäußerungen des Kindes werden meist von den Eltern verboten bzw. mit Kastrationsdrohungen beantwortet, um den Sexualtrieb des Kindes zu unterdrücken⁵⁴ (Freud 2008, 149 und 170f). Indem das Kind versucht, masturbatorische Betätigungen am Genitale zu unterlassen, suche sich der infantile Sexualtrieb Ersatzhandlungen. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen liegt die Annahme nahe, dass der unterdrückte sexuelle Reiz im Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis Ausdruck findet. Folge dessen sollten die Eltern nicht nur dazu gebracht werden, in der kindlichen Sexualbetätigung „ein Zeichen der

⁵⁴ Vgl. dazu „Aus der Geschichte einer infantilen Neurose“ (Freud 1918b).

fortschreitenden Entwicklung zu sehen“ (Lévy 1934, 195), sondern nach Tunlichkeit vermeiden, Sexualbetätigungen von Kindern zu unterdrücken bzw. diese unter Androhung von Kastration zu verbieten. Laut Christoffel (1944, 239) darf die kindliche Onanie „nicht mit Schreckmitteln [wie zum Beispiel Kastrationsdrohungen; Anm.d.Verf.] bekämpft werden“, sondern Lampl-de Groot (1965, 469) beschreibt explizit, dass dem Kind nicht nur Verständnis von Seiten der Mutter für seine Ausübung der Sexualität entgegengebracht werden sollte, sondern die Mutter sollte dem Kind vermitteln, dass es auch das Recht auf Lustgefühle hat. Eng damit hängt auch die Annahme zusammen, dass das Symptom der Enuresis oder Enkopresis als sexuelle Erektion durch die Beobachtung des elterlichen Koitus auftreten könne (Bálint 1932, 77; Freud 2008, 162 und 205), wie beispielsweise in dem von Freud beschriebenen Fall „Der Wolfsmann“⁵⁵. Bálint (1932; zit. nach Lévy 1934, 192) und Christoffel (1944, 239) erwähnen diesbezüglich als pädagogischen Vorschlag, dass der Schlafplatz des Kindes von dem der Eltern separiert sein sollte, da das Kind ansonsten „sinnliche[n] Reizung[en]“ (Christoffel 1944, 239) ausgesetzt sei, die im Symptom der Enuresis und/oder Enkopresis Ausdruck finden würden, weil das Kind mit den erlebten Reizen nicht umgehen kann.

Belastende Situationen oder emotionale Ereignisse, in denen das Ich überfordert ist, und versucht die Angst zu minimieren, können regressives Verhalten herbeiführen (Schrader 2007, 293). Risikofaktoren können zum Beispiel die Scheidung der Eltern, die Geburt eines Geschwisterchens, der Tod eines Elternteils oder andere Veränderungen, die für das Kind belastend sind, sein (Kos-Robes 1990, 128; Heinemann, Hopf 2001, 204). Laut Hopf (2007, 14) ist „dieser Rückzug ... durch starken inneren oder äußeren Schmerz hervorgerufen.“ Beginnt das Kind infolge der Geburt eines Geschwisterchens einzunässen oder einzukoten, nennt Baudouin (1931, 113) eine konkrete pädagogische Implikation: Dem regredierte[n] Kind sollte eine Möglichkeit geschaffen werden, wodurch es sich überlegener fühlt, als das jüngere Geschwisterchen, zum Beispiel, dass das ältere Kind ein neues Zimmer bekommt oder am Abend später zu Bett gehen darf, als sein jüngeres Geschwisterchen. Laut Baudouin (1931, 113) wird dadurch der „Zustand von Minderwertigkeit“ kompensiert. Tritt die Regression – wie beispielsweise in dem von Pressel (2007, 511ff) beschriebenen Fall – nach dem Tod eines Elternteils auf, könne davon

⁵⁵ „Aus der Geschichte einer infantilen Neurose“ (Freud 1918b)

ausgegangen werden, dass Enuretiker und Enkopretiker die verlorene Wärme und Zuneigung, in der Wärme der Exkremente wieder finden (Katan 1946; zit. nach Schmid-Boß 2005, 326). Diesbezüglich ist nach von Weizsäcker (1947/48, 579) ein „schützende[r] und Vertrauen bietende[r] Raum“ wesentlich, in dem das Kind viel Zuneigung und Geborgenheit bekommt, um die Regression wieder aufgeben zu können. Aufgrund bisheriger Überlegungen liegt die implizite pädagogische Konsequenz nahe, dass Eltern ihre Kinder vorzeitig über familiäre Veränderungsprozesse aufklären sollten bzw. diese mit ihnen thematisieren. Indem Kinder in Veränderungsprozesse aktiv miteinbezogen werden, könnte eine Überforderung des Ichs verhindert werden und somit auch Regression. Andererseits vertritt Kos-Robes (1990, 129) die Auffassung, dass dem Enuretiker und Enkopretiker die Möglichkeit der Regression gegeben werden sollte, beispielsweise indem dem Kind erlaubt werde, „mit Lehm zu schmieren, sich zu beschmutzen und mit Lehm herumzuwerfen“ (Kos-Robes 1990, 129). Dadurch werde laut Kos-Robes (1990, 129) ein „doppelter Effekt“ erzielt: Erstens kann das Kind die, zum Beispiel durch eine zu frühe oder zu strenge Sauberkeitserziehung, verpasste Entwicklungsstufe nachholen (Kos-Robes 1990, 129). Zweitens kommt es nach Kos-Robes (1990, 129) zu einer „emotionelle[n] Entlastung des Kindes“, indem es die Erlaubnis für etwas bekommt, was lange Zeit verboten war (Kos-Robes 1990, 129).

Ein enger Zusammenhang besteht bezüglich der Entstehung der Enuresis und Enkopresis auch zwischen dem Verhalten der Mutter und der nicht gelungenen Autonomieentwicklung. Überbehütendes, sowie auch bevormundendes Verhalten kann dazu beitragen, dass diese Kinder kein Gefühl der Autonomie entwickeln können (Richter 1958/59, 296ff; Kemper 1978, 64ff). Es liegt die Vermutung nahe, dass durch das psychosomatische Symptom der Enuresis oder Enkopresis Mutter und Kind indirekt voneinander abhängig bleiben. Das Kind sei durch die Symptomatik auf die Versorgung der Mutter angewiesen und die Mutter habe somit die Garantie, von ihrem Kind benötigt zu werden. Bleibt eine intensive Mutter-Kind-Beziehung bestehen, könne davon ausgegangen werden, dass die Mutter durch ihr Verhalten dazu beigetragen habe, dass das Kind diese Symptomatik nicht aufgeben kann. (Zulliger 1951/52, 675f)

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen kann als pädagogische Konsequenz diesbezüglich abgeleitet werden, dass eine Verhaltensänderung der Mutter zu einer Verhaltensänderung beim Kind führt, wodurch die Enuresis und Enkopresis behandelt werden könnten (Richter 1958/59, 306). Denn laut Richter (1958/59, 306) sei das Benehmen der Kinder, die Antwort auf das Verhalten der Mütter. Bezüglich der Autonomieentwicklung kann nach Grieser (2004, 93) folgender pädagogischer Vorschlag genannt werden: Die Beziehung zwischen Mutter und Kind muss gelockert werden. Zudem sollte sich das Kind Gleichaltrigen zuwenden, da dadurch – so Grieser (2004, 93) – ein erster Schritt in Richtung „Triangulierungsbewegung“ (Grieser 2004, 93) unternommen wird und das Kind könne ein Gefühl der Autonomie entwickeln.

Häufig sind die Symptome der Enuresis und Enkopresis – nach Ansicht bestimmter Autoren, wie zum Beispiel Stierlin (1954/55, 621), Zulliger (1956/57, 244ff) oder Kos-Robes (1990, 130) – Ausdruck von Aggressionen. Als pädagogischer Vorschlag könnte diesbezüglich genannt werden, dass in die pädagogische Praxis aggressive Spiele eingebaut werden sollten (Kos-Robes 1990, 130), die jedoch laut Kos-Robes (1990, 130) „nach und nach strikter“ werden sollten, da „die freigewordenen Aggressionen der Kinder ... hier auf diese Weise einer Kanalisation zugeführt“ werden (Kos-Robes 1990, 130).

Bezüglich der Reinlichkeitserziehung des Kindes lässt sich festhalten, dass das „Sauberwerden“ eine der schwierigsten Anforderungen für das Kind darstellt. Denn die Ausscheidungsprozesse sind von Lusterlebnissen begleitet, wobei diese dem Kind nach Abschluss der Sauberkeitserziehung genommen werden (Winnicott 1960, 32). Daher geht Kemper (1978, 82) davon aus, dass eine „freundliche Atmosphäre“ vorherrschen sollte, wobei damit nicht gemeint ist, dass sich die Mütter inkonsequent verhalten sollten (Kemper 1978, 82). Laut Lévy (1934, 192) würde in diesem Kontext Konsequenz häufig mit Ungeduld und Härte verwechselt. Als pädagogische Empfehlung diesbezüglich kann – nach Binét (1979, 1125) – resümierend festgehalten werden: Ende des 3. bzw. Anfang des 4. Lebensjahres sollte aufgrund der „Trieb- und Ich-Entwicklung“ (Binét 1979, 1125) mit der Erziehung zur Sauberkeit begonnen werden, wobei Empathie, Geduld und Verständnis von Seiten der Mutter oder primären Bezugsperson für eine erfolgreiche Sauberkeitserziehung

unerlässlich sind. Wesentlich ist, dass der Elternwille nicht dem unreifen Kinderwillen aufgedrängt wird. (Binét 1979, 1125)

Für das Gestalten der pädagogischen Praxis muss zusammenfassend darauf hingewiesen werden, dass laut Christoffel (1944, 238) „Vorbeugung und Behandlung der Enuresis [und Enkopresis; Anm.d.Verf.] ... reine Erziehungsangelegenheit[en]“ sind. Zudem hält Christoffel (1944, 239) fest: „Es gibt also keine besondere ‚Erziehung der Blase‘ [bzw. der Ausscheidungsorgane; Anm.d.Verf.], es gibt nur Erziehung überhaupt.“

Nachdem die Ergebnisse bezüglich psychoanalytischer Erklärungsmodelle zur Enuresis und Enkopresis, und die daraus resultierenden pädagogischen Konsequenzen für das Gestalten der pädagogischen Praxis zusammenfassend dargestellt und erläutert wurden, finden sich im abschließenden letzten Kapitel resümierende Überlegungen zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis.

8. Resümee

Im umfassenden 5. Kapitel der vorliegenden Arbeit wurde das Untersuchungsmaterial hinsichtlich der zentralen Forschungsfrage bearbeitet, wobei diesbezüglich einige wesentliche psychoanalytische Erklärungsmodelle identifiziert werden konnten. Mit dem Ergebnis, dass in dem bearbeiteten Material insgesamt 84 Texte erschlossen werden konnten, in denen sich Autoren mit dieser Symptomatik aus psychoanalytischer Sicht auseinandersetzen, wurde nicht gerechnet. Betrachtet man diesen quantitativen Umfang genauer, ist an dieser Stelle festzuhalten, dass von diesen 84 Texten 4 der Kategorie A.1., 17 der Kategorie A.2. und 63 der Kategorie A.3. zugeordnet wurden, wobei 50 Texte zur Enuresis, 17 Texte zur Enkopresis und 17, in denen sich Autoren mit beiden Symptomen auseinandersetzen, aufgefunden wurden. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen lässt sich als ein weiteres zentrales Ergebnis festhalten, dass in wissenschaftlicher Literatur das Symptom der Enkopresis im Vergleich zum Symptom der Enuresis äußerst wenig beleuchtet wird. Die geringe Anzahl an Veröffentlichungen zum Symptom der Enkopresis wird laut Schmid-Boß (2005, 343) nicht nur auf das Ekelgefühl, das diese Patienten während der Behandlung beim Analytiker auslösen, zurückgeführt, sondern auch auf „die

schwierige psychische Zugänglichkeit“ (Schmid-Boß 2005, 343) zu Enkopretikern. Zur Illustration dieses Gedankens bezieht sich Schmid-Boß (2005, 343) auf die These Wolffs, der bei Enkopretikern von einer „Verstopfung des Psychischen“ ausgeht (Schmid-Boß 2005, 343).

Zudem lässt sich auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse herausstreichen, dass in psychoanalytischer Literatur unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Entstehung dieser beiden Symptome vertreten werden und nicht ein psychoanalytisches Erklärungsmodell von Psychoanalytikern forciert wird. Diesbezüglich schreibt Freud (2007b, 54), dass „ein Symptom ganz regelmäßig mehreren Bedeutungen gleichzeitig entspricht; fügen wir nun hinzu, dass es auch mehreren Bedeutungen nacheinander Ausdruck geben kann.“ Auffallend war, dass die behandelten psychoanalytisch orientierten Autoren immer wieder Erklärungsmodelle postulierten, die mit pädagogisch relevanten Fragen in Zusammenhang stehen. Beispielsweise wurde die Entstehung der Enuresis und Enkopresis häufig auf die Art und Weise der Sauberkeitserziehung oder auf mütterliches Fehlverhalten, insbesondere in der Erziehung, zurückgeführt. Zugleich bleibt jedoch die Frage, nach dem pädagogischen Umgang mit diesen Symptomen bzw. die Frage nach den pädagogischen Implikationen für das Gestalten der pädagogischen Praxis in der bearbeiteten Literatur weitgehend unthematisiert. Obwohl sich die behandelten Autoren in den vorgestellten Textpassagen zur Frage nach den pädagogischen Konsequenzen kaum explizit äußerten, wurde in der Bearbeitung deutlich, dass die herausgearbeiteten psychoanalytischen Erklärungsansätze zur Enuresis und Enkopresis sehr wohl unterschiedliche pädagogische Implikationen für den pädagogischen Umgang mit diesen Symptomen enthalten (siehe Kapitel 7). Es wurde der Versuch unternommen diese ein Stück weit an Kontur gewinnen zu lassen. Der Umstand, dass psychoanalytisch orientierte Autoren zur Enuresis und Enkopresis Erklärungsmodelle veranschlagen, die mit pädagogisch relevanten Fragen in engem Zusammenhang stehen und zugleich wenig bzw. kaum Hinweise bezüglich des pädagogischen Umgangs mit diesen Symptomen äußern, ist sehr verwunderlich. Denkt man diesen Gedankengang weiter, so ergeben sich einige Konsequenzen oder auch Aufgaben für den Bereich der so genannten pädagogischen Praxis. In diesem Kontext wären beispielsweise für die Elternberatung wesentliche Aufgaben unterstützende Hilfen beim Gestalten der

Sauberkeitserziehung zu leisten oder Erziehungsberatung diesbezüglich anzubieten, da die Entstehung dieser Symptomatik häufig auf mögliche Fehler in der Erziehung, wie zum Beispiel überfordernde Erziehungsmittel, strenges aber auch überbehütendes Verhalten, zurückgeführt wird. Es liegt die Annahme nahe, dass ein entsprechender pädagogischer Umgang mit diesen Symptomen auch zu einer Verbesserung der Enuresis- und Enkopresissymptomatik führen könnte. Da die Entstehung der Enuresis und Enkopresis häufig als Ausdruck und Folge eines bestimmten Erziehungsverhaltens betrachtet wird und folglich mit pädagogisch relevanten Fragestellungen in Zusammenhang steht, wäre der pädagogische Umgang mit diesen Symptomen auch ein Thema der Aus- und Weiterbildung, beispielsweise im Pädagogikstudium. An dieser Stelle drängt sich jedoch die Frage auf, wie ein entsprechender pädagogischer Umgang mit dieser Symptomatik aussehen könnte bzw. was darunter verstanden werden kann oder unter welchen Voraussetzungen eine Entstehung der Enuresis und Enkopresis verhindert werden kann. Insofern wäre der Aspekt der Prävention auch ein wesentliches Thema für die pädagogische Forschung und Lehre.

Resümierend lässt sich herausstreichen, dass die herausgearbeiteten Modelle zur Entstehung von Enuresis und Enkopresis in vielfacher Weise mit pädagogischen Fragen und Problemen in Zusammenhang stehen und psychoanalytisch orientierte Autoren diese Symptome nicht zuletzt auch in problematischen Erziehungsverhalten verorten. Dessen ungeachtet wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit deutlich, dass in der bearbeiteten Literatur nur randständig behandelt wird, welche Konsequenzen oder gar Empfehlungen sich für die Gestaltung pädagogischer Praxis ergeben könnten. Es bleibt festzuhalten, dass psychoanalytische Überlegungen zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis nicht nur reichhaltig und vielgestaltig sind, sondern diese psychoanalytischen Erklärungsmodelle in bedeutender Weise auf pädagogische Fragen und Probleme verweisen. Aufgrund dessen kann gehofft werden, dass die vorliegende Arbeit ein Stück weit einen Impuls dafür geben konnte, dass die pädagogische Auseinandersetzung mit den Symptomen der Enuresis und Enkopresis wieder verstärkt aufgegriffen wird.

Literaturverzeichnis

- Abraham, K. (1923/1961-62): Ergänzungen zur Lehre vom Analcharakter. Nachdruck in: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 15, 162-180
- American Psychiatric Association (Hrsg.) (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Hogrefe Verlag für Psychologie: Göttingen u.a.
- Angel, A. (1934): Aus der Analyse einer Bettnässerin. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 8, 216-228
- Arlow, J.A. (1963/64): Konflikt, Regression und Symptombildung. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 17, 23-43
- Bálint, A. (1932): Die Psychoanalyse des Kinderzimmers. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 6, 49-130
- Baudouin, Ch. (1928/29): Leidvoller Verlust und Regression im Kindesalter. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 3, 194-199
- Baudouin, Ch. (1928/29): Ein Fall von Bettnässen. Parallelismus verschiedener Symptome. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 3, 323-324
- Baudouin, Ch. (1931): Bettnässen und Geschwisterkomplex. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 5, 112-113
- Bergler, E., Eidelberg, L. (1933/1966): Der Mammakomplex des Mannes. Nachdruck in: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 20, 670-699
- Berna, J. (1949/50): Zur Technik der Kinderanalyse. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 3, 600-622
- Berna, J. (1954): Erziehungsschwierigkeiten und ihre Überwindung. Verlag Hans Huber: Bern u.a.
- Bibring-Lehner, G. (1933): Über die phallische Phase und ihre Störungen beim Mädchen. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 7, 145-152
- Biermann, G. (1951/52): Einkotende Kinder. Kasuistische Beobachtungen. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 5, 618-627
- Binét, Á. (1979): Zur Genese von Störungen der Sphinkterkontrolle. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 33, 1114-1126

- de Boor, C. (1956/57): Ekzem der Hände. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Behandlung Ekzemkranker. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 10, 630-646
- de Boor, C. (1965): Über psychosomatische Aspekte der Allergie (dargestellt an einem Fall von chronischer Urticaria). In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 19, 365-378
- Bornstein, St. (1933): Eine Kinderanalyse. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 7, 253-281
- Bornstein, B. (1934): Enuresis und Kleptomanie als passagères Symptom. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 8, 229-237
- Bräutigam, W. (1954/55): Psychosomatische Spezifität des Asthma Bronchiale. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 8, 481-524
- Brunner, M. (1936): Beeinflussung des Stotterns. Eine psychoanalytisch-pädagogische Studie. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 10, 360-365
- Christoffel, H. (1934): Zur Biologie der Enuresis. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 8, 270-273
- Christoffel, H. (1944): *Trieb und Kultur. Zur Sozialpsychologie, Physiologie und Psychohygiene der Harntriebhaftigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Enuresis.* Benno Schwabe & Co Verlag: Basel
- Danner, H. (1998): *Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik.* Ernst Reinhardt Verlag: München u.a., 4. Aufl.
- Datler, W. (2005): *Bilden und Heilen. Auf dem Weg zu einer pädagogischen Theorie psychoanalytischer Praxis.* Empirie Verlag: Wien
- Deserno, H. (2006): Schriften zur Traumdeutung. In: Lohmann, H.-M., Pfeiffer, J. (Hrsg.): *Freud – Handbuch. Leben – Werk – Wirkung.* J.B. Metzler: Stuttgart u.a., 106-117
- Dolto, F. (1989): *Psychoanalyse und Kinderheilkunde. Die großen Begriffe der Psychoanalyse. Sechzehn Kinderbeobachtungen.* Suhrkamp: Frankfurt am Main
- Duden (Hrsg.) (2007): *Der kleine Duden. Fremdwörter. Ein Nachschlagewerk für den täglichen Gebrauch.* Dudenverlag: Mannheim u.a.

- Dührssen, A. (1948/49): Psychopathie und Neurose. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 2, 380-400
- Figdor, H. (2001): Mythos „Verhaltensstörung“: Wer stört wen? Denkanstöße für einen anderen Umgang mit pädagogischen Problemen in Kindergarten und Schule. In: *Wiener Psychoanalytische Vereinigung (Hrsg.): Psychoanalyse für Pädagogen*. Picus Verlag: Wien, 102-118
- Freud, S. (1894a): Die Abwehr-Neuropsychosen. Versuch einer psychologischen Theorie der akquirierten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser halluzinatorischer Psychosen. In: *G.W. Bd. 1*, 59-74
- Freud, S. (1895b): Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. In: *G.W. Bd. 1*, 315-342
- Freud, S. (1896c): Zur Ätiologie der Hysterie. In: *G.W. Bd. 1*, 425-459
- Freud, S. (1900a): Die Traumdeutung. In: *G.W. Bd. 2/3*
- Freud, S. (1901b): Zur Psychopathologie des Alltagslebens. In: *G.W. Bd. 4*
- Freud, S. (1905d): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *Psychologie Fischer: Frankfurt am Main*, 2007a, 9. Aufl.
- Freud, S. (1905e): Bruchstück einer Hysterie-Analyse. *Psychologie Fischer: Frankfurt am Main*, 2007b, 2. Aufl.
- Freud, S. (1908b): Charakter und Analerotik. In: *G.W. Bd. 7*, 203-209
- Freud, S. (1909a): Allgemeines über den hysterischen Anfall. In: *G.W. Bd. 7*, 235-240
- Freud, S. (1917c): Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik. In: *G.W. Bd. 10*, 402-410
- Freud, S. (1918b): Zwei Krankengeschichten. Rattenmann. Wolfsmann. *Psychologie Fischer: Frankfurt am Main*, 2008, 3. Aufl.
- Freud, S. (1923b): Das Ich und das Es. In: *G.W. Bd. 13*, 235-289
- Freud, S. (1924d): Der Untergang des Ödipuskomplexes. In: *G.W. Bd. 13*, 395-402
- Freud, S. (1925j): Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds. In: *G.W. Bd. 14*, 19-30
- Freud, S. (1932a): Zur Gewinnung des Feuers. In: *G.W. Bd. 16*, 3-9
- Füchtner, H. (1979): Einführung in die Psychoanalytische Pädagogik. *Campus Verlag: Frankfurt am Main u.a.*

- Gerlach, A. (2002): Kastration. In: Mertens, W., Waldvogel, B. (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart u.a., 366-370
- von Gontard, A., Lehmkuhl, G. (2004): Ratgeber Einnässen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Hogrefe Verlag für Psychologie: Göttingen u.a.
- von Gontard, A. (2007): Enkopresis. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie 56 (Heft 6), 492-510
- Göppel, R. (1989): „Der Friederich, der Friederich“ Das Bild des „schwierigen Kindes“ in der Pädagogik des 19. und 20. Jahrhunderts. Edition Bentheim: Würzburg u.a.
- Grieser, J. (2004): Triangulierungsprozesse und die Funktion des Rahmens. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 12 (Heft 2), 85-103
- Grotjahn, M. (1952/53): Neuere Fortschritte in der Psychotherapie auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 6, 219-227
- Hasselmann, H. (1936): Über Encopresis (Einkoten). Inaugural-Dissertation: Universität Leipzig
- Haug-Schnabel, G. (1994): Enuresis. Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen. Ernst Reinhardt Verlag: München u.a.
- Heimann, P. (1962/63): Bemerkungen zur analen Phase. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 16, 420-439
- Heinemann, E., Hopf, H. (2001): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart
- Herbert, M. (1999): Sauberkeitserziehung. Bettnässen und Einkoten. Verlag Hans Huber: Bern u.a.
- Hitschmann, E. (1931): Das Strafen aus analerotischen Motiven. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 5, 304-308

- Hitschmann, E. (1935): Der Vater als Eindringling. (Eine Verschärfung des Ödipus-Komplexes bei Knaben). In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 9, 106-112
- Holder, A. (1990): Triebentwicklung im Lichte der Objektbeziehung. In: Naske, R. (Hrsg.): Triebentwicklung und Konflikte in der analen Phase. Verlag Brüder Hollinek: Wien, 46-47
- Homepage der Zeitschrift Psyche: Selbstdarstellung der Zeitschrift „Psyche“. URL: <http://www.psyche.de> [27.09.2010]
- Homepage der Zeitschrift Kinderanalyse: Selbstdarstellung der Zeitschrift „Kinderanalyse“. URL: <http://www.kinderanalyse.de> [27.09.2010]
- Homepage des Jahrbuchs für Psychoanalytische Pädagogik: Ausrichtung des Jahrbuchs für Psychoanalytische Pädagogik. URL: http://www.univie.ac.at/bildungswissenschaft/papaed/seiten/forschungseinheit/jahrbuch/7_ausrichtung.htm [27.09.2010]
- Hopf, H. (2007): Wenn Kinder krank werden. Besser verstehen – einfühlsamer helfen. Klett-Cotta: Stuttgart
- Jacobson, E. (1937/1978): Wege der weiblichen Über-Ich-Bildung. Nachdruck in: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 32, 764-775
- Kalischer, H. (1930): Aus der heilpädagogischen Anstaltspraxis. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 4, 238-253
- Kammerer, E. (1985): Enuresis. In: Remschmidt, H., Schmidt, M.H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band III. Alterstypische, reaktive und neurotische Störungen. Georg Thieme Verlag: Stuttgart u.a., 83-95
- Karush, A., Daniels, G. (1953/54): Colitis Ulcerosa. Psychoanalyse zweier Fälle. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 7, 401-452
- Kemper, W. (1950/51): Die Honorarfrage in der Psychotherapie. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 4, 201-221
- Kemper, W. (1978): Bettnässer-Leiden (Enuresis). Zur Entstehung, Vorbeugung und Behandlung kindlicher Fehlentwicklungen. Ernst Reinhardt Verlag: München u.a.
- Klein, M. (1932): Die Psychoanalyse des Kindes. Internationaler Psychoanalytischer Verlag: Wien

- Klein, M. (1960): Über das Seelenleben des Kleinkindes. Einige theoretische Betrachtungen. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 14, 284-316
- Kos-Robes, M. (1990): Therapie der Enkopresis. In: Naske, R. (Hrsg.): *Triebentwicklung und Konflikte in der analen Phase*. Verlag Brüder Hollinek: Wien, 125-131
- Krisch, K. (1985): Enkopresis. Ursachen und Behandlung des Einkotens. Verlag Hans Huber: Bern u.a.
- Lampl-de Groot, J. (1965): Zur Entwicklungsgeschichte des Ödipuskomplexes der Frau. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 19, 403-494
- Landauer, K. (1935): Die Ich-Organisation in der Pubertät. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 9, 380-420
- Lang-Langer, E. (2007): Primäres und sekundäres Einkoten. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie* 56 (Heft 6), 520-534
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1973): *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Suhrkamp Taschenbuch: Frankfurt am Main
- Lévy, K. (1934): Vom Bettnässen des Kindes. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 8, 178-195
- Lincke, H. (1953/54): Bemerkungen zur Triebpsychologie der Ersatzbefriedigung und Sublimierung. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 7, 501-520
- Mayring, P. (1997): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz Deutscher Studien Verlag: Weinheim, 6. Aufl.
- Meng, H. (1944): Geleitwort des Herausgebers. In: Christoffel, H. (Hrsg.): *Trieb und Kultur. Zur Sozialpsychologie, Physiologie und Psychohygiene der Harntriebhaftigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Enuresis*. Benno Schwabe & Co Verlag: Basel, VII-IX
- Meyer-Palmedo, I. (1975): *Sigmund Freud-Konkordanz und -Gesamtbibliographie*. S. Fischer Verlag: Frankfurt am Main
- O.A. (1936): Berichte. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 10, 379-385
- Petermann, U., Petermann, F. (2000): Störungen der Ausscheidung: Enuresis und Enkopresis. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen*

- Kinderpsychologie und -psychotherapie. Hogrefe Verlag für Psychologie: Göttingen u.a., 4. Aufl., 382-403
- Plänkers, T. (2006): Zwangshandlungen, Phobien, Paranoia, Theorie der Angst. In: Lohmann, H.-M., Pfeiffer, J. (Hrsg.): Freud – Handbuch. Leben – Werk – Wirkung. J.B. Metzler: Stuttgart u.a., 134-138
- Pörtl, A. (1933): Verspätete Reinlichkeitsgewöhnung. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 7, 224-232
- Poustka, F. (2003): Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Gastpar, M.T., Kasper, S., Linden, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag: Wien u.a., 2. Aufl., 251-308
- Pressel, C. (2007): Tiefenpsychologisch fundierte stationäre Psychotherapie eines 12-jährigen Jungen mit sekundärer Enkopresis. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie 56 (Heft 6), 511-519
- Pschyrembel, W. (1998): Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter: Berlin u.a.
- Remschmidt, H., Quaschner, K. (2000): Störungen der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidungsfunktionen in früher Kindheit. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Georg Thieme Verlag: Stuttgart u.a., 124-130
- Repond, A. (1936): Freud und die Kinderpsychiatrie. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 10, 380-383
- Richter, H.-E. (1958/59): Beobachtungen an 14 Kindern mit chronischer Obstipation. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 12, 291-308
- Rohde-Dachser, C. (2006): Kapitel 5.1 Zur Psychopathologie des Alltagslebens (1901). In: Lohmann, H.-M., Pfeiffer, J. (Hrsg.): Freud – Handbuch. Leben – Werk – Wirkung. J.B. Metzler: Stuttgart u.a., 118-119
- Rosenberger, P.W. (1976): Enuresis. Entstehung, Verlauf, Therapie. Eine klinisch-psychologische und psychopathologische Studie. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen
- Schacht, L. (1975): Die Entfaltung des Arbeitsbündnisses in der Analyse eines Adoleszenten. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 29, 21-34
- Schikola, H. (1936): Über Lernstörungen. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 10, 106-112

- Schmid-Boß, S. (2005): Vorwort. In: Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Enuresis und Enkopresis 36 (Heft 127), 307-310
- Schmid-Boß, S. (2005): Enuresis und Enkopresis – eine Übersicht. In: Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Enuresis und Enkopresis 36 (Heft 127), 311-348
- Schmideberg, M. (1931): Einige Bemerkungen zu dem von Ella Terry beschriebenen Fall. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 5, 40-43
- Schmideberg, M. (1933): Kindliche Neurosen. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 7, 206-219
- Schmideberg, M. (1934): Die Spielanalyse eines dreijährigen Mädchens. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 8, 196-215
- Schmied, M. (1936): Essstörung und Verstimmung vor dem dritten Lebensjahr. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 10, 241-250
- Schneider, E. (1926/27): Zur Sexualforschung des Kindes. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 1, 203-223
- Schneider, E. (1926/27): Ein Fall von Bettnässen. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 1, 343-350
- Schneider, E. (1927/28): Die Abwehr der Selbstbefriedigung. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 2, 143-149
- Schrader, S. (2007): Großes Wörterbuch Psychologie. Grundwissen von A-Z. Compact Verlag: München
- Schraml, W., Selg, H. (1966): Verhaltenstherapie und Psychoanalyse. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 20, 529-546
- Schuster, P., Wustinger, L. (1990): Analerotik und Objektbeziehung. In: Naske, R. (Hrsg.): Triebentwicklung und Konflikte in der analen Phase. Verlag Brüder Hollinek: Wien, 21-35
- Schwarz, L. (1927/28): Onanie: Beobachtungen und Gedanken eines Anstaltlehrers. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 2, 188-193
- Schwarz, H. (1933): Erziehung im Kindergarten. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 7, 349-352

- Sperling, M. (1967): Analyse eines Knaben mit transvestitischen Tendenzen. Ein Beitrag zur Genese und Dynamik des Tranvestitismus. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 21, 520-541
- Spielrein-Scheftel, S. (1927/28): Beobachtungen an Kindern. Einige kleine Mitteilungen aus dem Kinderleben. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 2, 95-99
- Steinhausen, H.-Ch. (1985): Enkopresis. In: Remschmidt, H., Schmidt, M.H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band III. Alterstypische, reaktive und neurotische Störungen.* Georg Thieme Verlag: Stuttgart u.a., 96-102
- Steinhausen, H.-Ch. (1996): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Urban & Schwarzenberg: München u.a., 3. Aufl.
- Steinhausen, H.-Ch. (2000): *Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und Verstehen.* Klett Cotta: Stuttgart
- Sterba, E. (1934): Aus der Analyse eines Zweijährigen. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 8, 37-72
- Sterba, E. (1936): Schule und Erziehungsberatung. In: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* 10, 141-201
- Stierlin, H. (1954/55): Probleme der Ätiologie psychosomatischer Erkrankungen im Lichte moderner Erkenntnisse der vergleichenden Physiologie des Verhaltens. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 8, 605-623
- Strunk, P. (1994): Emotionale Störungen mit vorwiegend somatischer Symptomatik. In: Eggers, C., Lempp, R., Nissen, G., u.a. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Springer-Verlag: Berlin u.a., 205-280
- Thies, G. (1950/51): Verwahrloste Jugend. Drei Krankengeschichten – Ein Beitrag zur Therapie. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 4, 120-137
- von Weizsäcker, V. (1947/48): Klinische Vorstellungen VII-X. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 1, 560-581
- WHO (Hrsg.) (2001): *Taschenführer zur ICD-10. Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10.* Verlag Hans Huber: Bern u.a., 2. Aufl.

- Wille, A. (1984): Die Enkopresis im Kindes- und Jugendalter. Springer-Verlag: Berlin u.a.
- Winnicott, D.W. (1960): Die emotionelle Entwicklung im ersten Lebensjahr. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 14, 25-37
- Zulliger, H. (1951/52): Über die Indikation zur Kinderpsychotherapie. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 5, 668-679
- Zulliger, H. (1956/57): Zur Psychoanalyse einer „Blitz“-Heilung. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 10, 236-256
- Zulliger, H. (1959/60): Eine ‚Deckerinnerung‘. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 13, 37-48
- Zulliger, H. (1961/62): Über ‚innere Sukzession‘ beim Zulliger-Tafeln-Test. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 15, 405-409

Anhang

Abstract

Lebenslauf

Kurzdarstellung

Die vorliegende Arbeit möchte den bestehenden psychoanalytischen Wissensstand zur Entstehung der Symptome Enuresis und Enkopresis aufarbeiten und im Folgenden mit pädagogischen Überlegungen in Zusammenhang bringen. Es wurde anhand von unterschiedlichen Publikationsorganen der Versuch unternommen, psychoanalytische Erklärungsmodelle zu den Symptomen der Enuresis und Enkopresis herauszuarbeiten, sowie zentrale Faktoren zu identifizieren, die aus Sicht verschiedener psychoanalytisch-pädagogisch orientierter Autoren als grundlegend für die Entstehung von Enuresis und Enkopresis beschrieben werden. Darüber hinaus wurde erörtert, welche pädagogischen Konsequenzen von den Erklärungsmodellen für das Gestalten pädagogischer Praxis abgeleitet werden können.

Abstract

The present thesis aims to review the existing psychoanalytic knowledge about the symptoms of enuresis and encopresis and additionally put in context with educational considerations. On the basis of different publications it was attempted to elaborate psychoanalytic explanations of the symptoms of enuresis and encopresis as well as to identify central factors which are described as fundamental to the development of enuresis and encopresis from a psychoanalytic perspective. Furthermore the consequences of those explanatory models to the educational practice are discussed.

Lebenslauf

24.05.1986

geboren in Linz

Ausbildung

2000-2004

Bundesoberstufenrealgymnasium, Perg

Seit WS 2004/05

Studium der Pädagogik mit der
Fächerkombination Psychoanalytische
Pädagogik und Sozialpädagogik

Seit 2010

Universitätslehrgang „Psychotherapeutisches
Propädeutikum“

Ausgewählte (berufliche) Tätigkeiten

2009-2010

Praktikum im Rahmen des
Psychotherapeutischen Propädeutikums in der
Justizanstalt Favoriten, Wien

Juli 2009

Betreuerin eines Familienurlaubes der Wijug-
Wiener Jugenderholung, Wien

August 2008

Betreuerin eines Familienurlaubes der Wijug-
Wiener Jugenderholung, Wien

März 2008-Juni 2009

Tutorin am Institut für Bildungswissenschaft der
Universität Wien

Juli 2008

Sozialpädagogische Betreuung in einer
Wohngemeinschaft, Verein „Oase“ – Verein zur
Unterbringung und Betreuung
entwicklungsgefährdeter Kinder

August 2007

Betreuerin eines Kinderurlaubes der Wijug-
Wiener Jugenderholung, Wien

August 2006

Praktikum in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
im Kinderkrankenhaus, Linz

August 2005

Betreuerin in einem Diätlager im Haus der
Jugend, Königswiesen