

Zimmermann, Wolfram

**Integrative Einzelpsychotherapie jugendlicher und
jungerwachsener Enuretiker - psychodiagnostische und
psychosomatische Aspekte**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41 (1992) 5, S. 156-167

urn:nbn:de:bsz-psydok-35545

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- GERHARDT, U.: Beratungsarbeit mit ausländischen Familien (Counseling Help for Immigrant Families) 76
- KASSEBROCK, F.: Bewältigung der Ablösungsprobleme anfallskranker Jugendlicher und junger Erwachsener mit Hilfe eines multidisziplinären Beratungsteams (Coping with Conflicts in Families of Adolescents and Young Adults with Epilepsy. Strategies of Epileptological and Psychosocial Counseling) 258

Familientherapie

- BAUERS, B.: Familientherapie bei Scheidung (Family Therapy with Divorce Families) 253
- HEEKERENS, H. P.: Humor in der Familientherapie – Zum Stand der Diskussion (Humour in Family Therapy – The State of the Discussion) 25
- MÜSSIG, R.: Familienmuster im Dienst der Selbstorganisation aus psychoanalytisch-systemischer Sicht (Family Patterns with the Task of Selforganisation in a Psychoanalytic-Systemic View) 219
- SCHMIDT, H. R.: Familienkonstellationen in Theorie und Praxis: Über Symmetrie und Komplementarität (Family Constellations in Theory and Practice: Upon Summerty and Complementary) 331

Forschungsergebnisse

- CIERPKA, A./FREVERT, G./CIERPKA, M.: „Männer schmutzen nur!“ – eine Untersuchung über alleinerziehende Mütter in einem Mutter-Kind-Programm („Men Make But Dirt“) – A Study on Single Educating Mothers in a Mother-Child-Programme) 168
- DEIMANN, P./KASTNER-KOLLER, U.: Was machen Klienten mit Ratschlägen? Eine Studie zur Compliance in der Erziehungsberatung (How do Clients comply with Advice?) 46
- HÄRING, H. G./HÜSING, A.: Sind Eltern mit der Schulpsychologischen Beratung zufrieden? – Erprobung eines Elternfragebogens (Are Parents satisfied with School Psychologist's Consultation? – The Testing of a Questionnaire for Parents) 52
- HOLLÄNDER, A./HEBBORN-BRASS, U.: Familiäre Entwicklungsbedingungen von autistischen Kindern vor der Heimaufnahme: Ein Vergleich mit Familien von hyperkinetisch, emotional und dissozial gestörten Kindern (Family-Environment of Autistic Children Before Referral to a Residential Care Institution: A Comparison with Families of Hyperactive, Emotionally Disturbed and Conduct Disorders Children) 40
- HOPF, H. H.: Geschlechtsunterschiede in Träumen. Inhaltsanalytische Erfassung von oknophilen und philobatischen Traumbildern in den Träumen von Kindern und Jugendlichen (Differences of Sex in the Dreams – Content Analytical Record of Oknophile and Philobatic Visions in the Dreams of Children and Young People) 176

- LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H./IHLE, W./LÖFFLER, W./STÖHR, R. M./WEINDRICH, D./WEINEL, H.: „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren (Children at Risk: The Role of Early Biological and Psychological Factors in the Development of Infants and Toddlers) 274
- MACKENBERG, H.: Gefühlserkennen bei Kindern mit MCD-Diagnose (Recognition of Other's Emotions in Children with Minimal Brain Dysfunction) 9
- WEBER, P.: Die Motorik hörbehinderter Kinder (The Motoricity of Hearing Impaired Children) 2
- WEINDRICH, D./LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H.: Disharmonische Partnerbeziehung der Eltern und kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter (Marital Discord and Early Child Development) 114
- ZIMMERMANN, W.: Integrative Einzelpsychotherapie jugendlicher und junger Erwachsener Enuretiker – psychodiagnostische und psychosomatische Aspekte (Integrative Psychodynamic-oriented Psychotherapy of Youth and Young Adult Enuretics – Psychodiagnostic and Psychosomatic Aspects) 156

Kinder- und Jugendpsychiatrie nach der deutschen Einigung

- FEGERT, J. M./GEIKEN, G./LENZ, K.: Einige Eindrücke zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Berlin nach dem Fall der Mauer (Psycho-social Situation of Families and Child Psychiatric Problems in Berlin after the Fall of the Berlin Wall) 361
- HÖFLER, C.: Psychosoziale Belastungsfaktoren im historischen Umbruch (Psycho-Social stress Factors Caused by Historical Change) 350
- HUMMEL, P.: Transkulturelle Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Folgen einer inversen Migration? – Zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen DDR in der ‚alten‘ Bundesrepublik (Cross-cultural Problems in Child and Adolescent Psychiatry or Consequences of an Inverse Migration? – The Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents from the Former GDR in the ‚Ancient‘ FRG) 356
- SCHIER, E.: Ethnomedizinische und transkulturell-psychiatrische Aspekte der Migration (Ethnomedical and Transcultural-Psychiatric Aspects of Migration) 345
- SPECHT, F./ANTON, S.: Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991 (In-Patient and Partially In-Patient Psychiatric Institutions for Children and Adolescents in United Germany 1991) 367
- WINKELMANN, B.: Manifestation psychischer Störungen durch Belastungsfaktoren des historischen Umbruchs in der ehemaligen DDR (Manifestation of Psychic Disorders Through Stress Factors Caused by the Historical Upheavals in the Former GDR) 354

Praxisberichte

- BISCHOFF, D.: Bemerkungen über das Problem der Spaltung bei anorektischen Patientinnen (Considerations About the Problem of Inter- and Intra-psyhic Splitting in Anorectic Patients) 95
- BODE, M./MEYBERG, W.: Musiktherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung (Music Therapy in a Children's and Adolescents' Psychiatric Department) 293
- GUGGENBUHL, A.: Das Mythodrama – ein gruppenpsychotherapeutisches Modell für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Tales and Fiction in Group Psychotherapy for Children and Juveniles) 297

Übersichten

- BUCHHOLZ, M. B.: Streit und Wider-Streit – Unbewußtheiten im kulturellen Kontext (Quarrels and Counterquarrels – Unconsciousness in Cultural Context) 17
- DETTMERING, P.: Das Märchen vom ‚Marienkind‘ – Adoleszenz im Märchen (The Fairy-tale of ‚St. Mary's Child‘) 90
- DIEPOLD, B.: Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter (Problems in Diagnosing Borderline Disorders in Children) 207
- FURTADO, E. F.: Die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz im Säuglingsalter (The Infant Communicative Competence Development) 139
- GUTTORMSEN, G.: Unfreiwillige Kinderlosigkeit: ein Familienproblem (Infertility: a Family Problem) 247
- HAMMON, C. P.: Gefährliche Comics – nur ein Märchen? (The Dangers of Comics – Nothing but a Fairy Tale?) 184
- HANTSCHKE, B./HENZE, K. H./PIECHOTTA, G.: Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes – eine Bestandsaufnahme (Psychosocial Aspects of Premature Birth. A Survey) 129
- HELBING-TIETZE, B.: Die Funktion und Bedeutung von Idealbildungen für das Selbst in der Adoleszenz – illustriert an Anton Reiser (The Function and Meaning of Idealizing for the Self in Adolescence – illustrated with Anton Reiser) 57
- KOLBENSTVEDT-MICHEL, G./EGGERS, C.: Die Bedeutung des Übergangsobjektes für die psychische Entwicklung des Kindes (The Significance of Transitional Objects for the Child's Mental Development) 215
- KUSCH, M./BODE, U.: Der Psycho-Soziale Fragebogen für die Pädiatrische Onkologie (PSFPO) (The Psycho-Social Questionnaire of the Paediatric Oncology [PSFQPO]) 240
- MÜLLER-KÜPPERS, M.: Aus den Anfängen der Kinderanalyse (Upon the Beginnings of Child Analysis) 200
- OTTO, B.: Grenzen der Milieuthérapie Bruno Bettelheims (Limits of the Milieu-Therapy of Bruno Bettelheim) .. 316
- SCHACKE, M.: Ichstörungen bei Geistigbehinderten – Ansätze zu einem Verständnis (Egodisturbances by Mental Retardates) 119
- SCHMÖLZER, C.: Angst und Adoleszenz (Anxiety and Adolescence) 320
- SPECHT, F.: Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? – Fragen der Versorgungsforschung (Child and Adolescent Psychiatry – How, Where, For Whom? – Questions of Medical Care and of Research Concerning Medical Care) 83
- STREHLOW, U./LEHMKUHL, U./HAFFNER, J.: Erfahrungen mit den Neufassungen der Klassifikationssysteme für

- psychische Störungen (ICD-10 und 5. Achse MAS) (Experiences with the New Installed ICD-10 and the New Version of MAS) 328
- VOGT-HILLMANN, M./BURR, W./EBERLING, W.: Ein kurztherapeutisch synergetischer Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Synergetic Approach of Brief Therapy in the Psychiatric Treatment of Children and Adolescents) 286

Tagungsberichte

- Bericht über die Jahrestagung des Arbeitskreises DGPT-VAKJP vom 28.–30. Mai 1992 in Tiefenbrunn bei Göttingen 263

Buchbesprechungen

- AFFLECK, G. et al.: Infants in Crisis. How Parents cope with Newborn Intensive Care and its Aftermath 230
- BAERISWYL-ROUILLER, I.: Die Situation autistischer Menschen 33
- BÄUERLE, D.: Im Kampf gegen die Drogensucht. Hilfen für Eltern und ihre Kinder 189
- BARCHMANN, H. et al.: Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter 230
- BREMER-HÜBLER, U.: Streß und Streßverarbeitung im täglichen Zusammenleben mit geistig behinderten Kindern 101
- BRÜCKNER, J. et al.: Musiktherapie für Kinder 100
- BULLOCK, M. (Ed.): The Development of Intentional Action. Cognitive, Motivational, and Interactive Processes 337
- DIECKMANN, H.: Gelebte Märchen – Lieblingsmärchen der Kindheit 101
- DIETHELM, K.: Mutter-Kind-Interaktion. Entwicklung von ersten Kontrollüberzeugungen 232
- EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 27 ... 148
- ELLIOT, M.: So schütze ich mein Kind vor sexuellem Mißbrauch, Gewalt und Drogen 103
- ESSER, G.: Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? 339
- FAST, I.: Von der Einheit zur Differenz 379
- FISHER, S.: Heimweh. Das Syndrom und seine Bewältigung 340
- FRÖSCHER, W. (Hrsg.): Lehrbuch der Neurologie mit Repetitorium 103
- GADDES, W. H.: Lernstörungen und Hirnfunktion. Eine neuropsychologische Betrachtung 189
- GÖRRES, S./HANSEN, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung 269
- GREIFFENHAGEN, S.: Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung 104
- GRISSEMAN, H.: Förderdiagnostik von Lernstörungen .. 308
- GRISSEMAN, H.: Hyperaktive Kinder 310
- GRÖSCHKE, D.: Psychologische Grundlagen der Heilpädagogik 306
- HEBBORN-BRASS, U.: Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg 268
- HEIDENREICH, W./OTTO, G.: Sterilisation bei geistiger Behinderung 309
- HEIMLICH, H./ROTHER, D.: Wenn's zu Hause nicht mehr geht. Eltern lösen sich von ihrem behinderten Kind .. 190
- HERKNER, W.: Lehrbuch Sozialpsychologie 234

HINZE, D.: Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich	267	SCHOPPE, A.: Kinderzeichnung und Lebenswelt. Neue Wege zum Verständnis des kindlichen Gestaltens	229
HOFMANN, V.: Die Entwicklung depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugend	311	SCHULZE, H.: Stottern und Interaktion	99
IMBER-BLACK, E.: Familien und größere Systeme. Im Gerüst der Institutionen	151	SESTERHENN, H.: Chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie	192
JANUS, L.: Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt	149	SOLNIT, A.J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 45	69
KEGEL, G./TRAMITZ, C.: Olaf, Kind ohne Sprache. Die Geschichte einer erfolgreichen Therapie	270	SOMMER-STUMPENHORST, N.: Lese- und Rechtschreibungsschwierigkeiten: Vorbeugen und Überwinden	100
KLOSINSKI, G. (Hrsg.): Pubertätsriten. Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft	235	SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung. Erziehungsschwierigkeiten unter moralischem Aspekt	70
KÖNIG, K./LINDNER, W.V.: Psychoanalytische Gruppentherapie	269	SPIESS, W. (Hrsg.): Gruppen- und Team-Supervision in der Heilpädagogik	190
LEBOVICI, S.: Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker – Die frühen Formen der Kommunikation	308	STORK, J. (Hrsg.): Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters	69
LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	231	SZCZESNY-FRIEDMANN, C.: Die kühle Gesellschaft. Von der Unmöglichkeit der Nähe	67
LEONHARD, K.: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeit	336	TEXTOR, M.R.: Scheidungszyklus und Scheidungsberatung	267
LEYER, E.M.: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie	378	TEXTOR, M.R.: Familien: Soziologie, Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe	268
LOHAUS, A.: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern	149	THEUNISSEN, G.: Heilpädagogik im Umbruch	270
MARTINIUS, J. (Hrsg.): Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle	34	TIETZE-FRITZ, P.: Handbuch der heilpädagogischen Diagnostik	377
MASSING, A. (Hrsg.): Psychoanalytische Wege in der Familientherapie	68	TÖLLE, R.: Psychiatrie	231
MATAKAS, F.: Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch	307	TREPPER, T.S./BARRETT, M.J.: Inzest und Therapie: Ein (system)therapeutisches Handbuch	191
MÖLLER, W./NIX, C. (Hrsg.): Kurzkomentar zum Kinder- und Jugendhilfegesetz	102	TRESCHER, H./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 3	339
MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels	338	TYSON, P./TYSON, R.: Psychoanalytic Theories of Development. An Integration	66
MÜSSIG, R.: Familien-Selbst-Bilder. Gestaltende Verfahren in der Paar- und Familientherapie	233	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Familienorientierte Frühförderung	378
NISSEN, G. (Hrsg.): Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	230	VIEBROCK, H./HOLSTE, U. (Hrsg.): Therapie – Anspruch und Widerspruch	338
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse IX, 1989	31	WESTHOFF, K./KLUCK, M.L.: Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen	149
ORBACH, I.: Kinder, die nicht leben wollen	150	WIESSE, J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz	98
PERREZ, M./BAUMANN, U. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2: Intervention	32	WILMERT, H.: Autistische Störungen. Aspekte der kognitiven Entwicklung autistischer Kinder	234
QUEKELBERGHE, R.v.: Klinische Ethnopsychologie: Einführung in die Transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie	67	ZIEGLER, F.: Kinder als Opfer von Gewalt. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten	271
RANDOLPH, R.: Psychotherapie – Heilung oder Bildung? Pädagogische Aspekte psychoanalytischer Praxis	309	ZINKE-WOLTER, P.: Spüren – Bewegen – Lernen. Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen	232
RAUCHFLEISCH, U.: Kinderpsychologische Tests. Ein Kompendium für Kinderärzte	235		
REHN, E.: Geschwister zerebralparetischer Kinder. Persönlichkeitsstruktur, Lebenssituation und seelische Gesundheit	99	Editorial 344	
REITTER, H. (Hrsg.): Kinderspiel und Kindheit in Ost und West	98	Mitteilungen der Herausgeber 265	
ROGERS, C.R./SCHMID, P.F.: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis	376	Autoren der Hefte 30, 64, 97, 146, 184, 219, 265, 303, 331, 374	
ROTHENBERGER, A.: Wenn Kinder Tics entwickeln. Beginn einer komplexen kinderpsychiatrischen Störung	33	Diskussion/Leserbriefe 266	
ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher	337	Zeitschriftenübersicht 64, 146, 226, 304, 374	
SALISCH, M.v.: Kinderfreundschaften	312	Tagungskalender 35, 72, 105, 152, 193, 237, 272, 313, 342, 382	
		Mitteilungen 36, 73, 106, 154, 194, 238, 272, 342, 382	

Integrative Einzelpsychotherapie jugendlicher und jungerwachsener Enuretiker – psychodiagnostische und psychosomatische Aspekte

Von Wolfram Zimmermann

Zusammenfassung

Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind ausgewählte theoretische medizinpsychologische Positionen und 15jährige Untersuchungsergebnisse zur psychodynamischen Einzelpsychotherapie jugendlicher und jungerwachsener Bettnässer. Die Basis bildet ein biopsychosoziales Krankheitsmodell. Aus einer Gesamtstichprobe von 250 Patienten werden Ergebnisse von 55 speziell mit dynamischer Einzelpsychotherapie behandelte Patienten im Alter von 15–21 Jahren vorgestellt, bei denen andere Behandlungsmaßnahmen (apparativ, konditionierend) keinen Erfolg gezeigt hatten und die Symptomatik im Jugendalter persistierte. Es wurden vor und nach der Behandlung sowie einer Katamnese nach 6 Monaten psychometrische Testverfahren eingesetzt (INR, POP, MAS, Gießen-Test) und auch *intragruppale* Prä-Post-Analysen durchgeführt. Diese Analysen bestätigten, daß *spezifische*, vor allem auf soziale und emotional-affektive Persönlichkeitsbereiche bezogene Veränderungen bei den erfolg- bzw. teilerfolgreich-behandelten Patienten störungsspezifisch wirksam werden, während dies bei nicht-erfolgreichen Patienten nicht vergleichbar der Fall ist. Die Veränderungen weisen einen engen Bezug zu verschiedenen partnerbezogenen und die psychosexuelle Identität tangierenden Reflexions- und Erlebnisbereichen auf und auf psychodynamisch-psychosomatische Interpretationen der Ätiopathogenese der persistierenden Enuresis nocturna bis ins junge Erwachsenenalter hin.

1 Einleitung und Problemstellung

Manche(r) Fachkollege/Fachkollegin mag sich beim Lesen der Überschrift fragen: Noch eine Arbeit über das Bettnässen? In der Tat sind zu dieser, in ihrer sehr komplexen biopsychosozialen Ätiopathogenese allerdings *therapeutisch oft nicht konsequent* verstandenen Störung im Kindes- und Jugendalter in den letzten Jahrzehnten eine kaum mehr übersehbare Anzahl von Arbeiten erschienen. In ihnen wurden und werden vielfach verhaltenstherapeutisch-konditionierende Empfehlungen gegeben und entsprechende Therapieprogramme vorgestellt (zusammenfassend u. a. ROSENBERGER, 1976; LOVIBOND, 1964; TURNER, 1970). Dieser Prozeß reicht praktisch zurück fast bis zum Beginn des vorigen Jahrhunderts durch die bekannte HUFELANDSche Arbeit (vgl. ZIMMERMANN, 1979). Die übergroße Mehrzahl der Arbeiten ist aber fast aus-

schließlich auf das *Kindesalter*, seltener auf das frühe und späte Jugendalter konzentriert. Sucht man dann noch nach *differenzierten altersspezifischen* Analysen und Therapiestrategien hinsichtlich des Störungsgeschehens der Enuresis nocturna (gleich ob primärer oder sekundärer Natur) und bezieht diese Suche auf das *Jugend- und frühe Erwachsenenalter* (wo eine ganz erhebliche Belastung für die gesamte Persönlichkeit und ihr Lebensumfeld durch das Persistieren der Störung evident wird!), so sind die Arbeiten an einer Hand abzuzählen: Wir meinen also die *Lebensetappe vom 15. bis zum 21. Lebensjahr*. Sie stellt zweifelsohne einen Entwicklungsschnitt im Leben des Heranwachsenden dar, der mit hohen psychosozialen Belastungen, einer besonderen Entwicklungsdynamik, mit hohen Anforderungen an neue zu prüfende Bewältigungsstrategien für erlebte psychosoziale Stressfaktoren u. a. m. verbunden ist. Und diesen *erlebten*, unterschiedlich bewerteten Belastungskomponenten begegnet der Heranwachsende, noch mehr aber der psychisch bereits alterierte Jugendliche und jungerwachsene Mensch mit unterschiedlich aktiven Copingtechniken, mitunter aber eben auch passiv, resignierend, mit psychischen Abwehrmechanismen und Verdrängung, vielfach auch mit Verleugnung assoziierter psychosexueller Identitätsprobleme. Dadurch sollen die konflikthaftern, ungelösten emotionalen Spannungen ferngehalten bzw. verleugnet werden (vgl. SCHIRÖDER, 1985). Bei der Mehrzahl enuretischer und anderer – psychosomatischer – Störungen, die bis ins Jugendalter andauern, findet sich in der Regel ein auf *mehreren* Erlebensebenen einzuordnender psychischer Konfliktbereich, der die Psychodynamik der Störung, einen *intrapsychischen* Motivationskonflikt eigener Art ausmacht (vgl. auch STRUNK, 1964; HARBAUER u. a., 1980; STEINHAUSEN, 1987; SEIFFGE-KRENKE, 1986).

Eben deshalb verfolgt die auf Überwindung bzw. Bewußtmachung solcher spannungserzeugender intrapersonaler Motivationskonflikte abzielende *psychodynamische* Therapie konsequent das (quasi „umgekehrte“) Ziel, „die latenten Zusammenhänge der (intrapsychischen) Konfliktlage dem Kranken bewußt zu machen, um damit die Voraussetzungen für eine „problemlösende Eigenaktivität“ zu schaffen, wobei dann sowohl psychodynamische als auch lerntheoretisch-begründete Konzepte das praktische Handeln in aufeinanderfolgenden Phasen bestimmen (vgl. KULAWIK, 1984, S. 11 ff.). Uns geht es hier v. a. um Jugendliche und Adoleszente, bei denen die Enuresis nocturna als ein *andauerndes* (oft über sehr viele Jahre bestehendes, erfolglos behandeltes) *psychosomatisches* Krank-

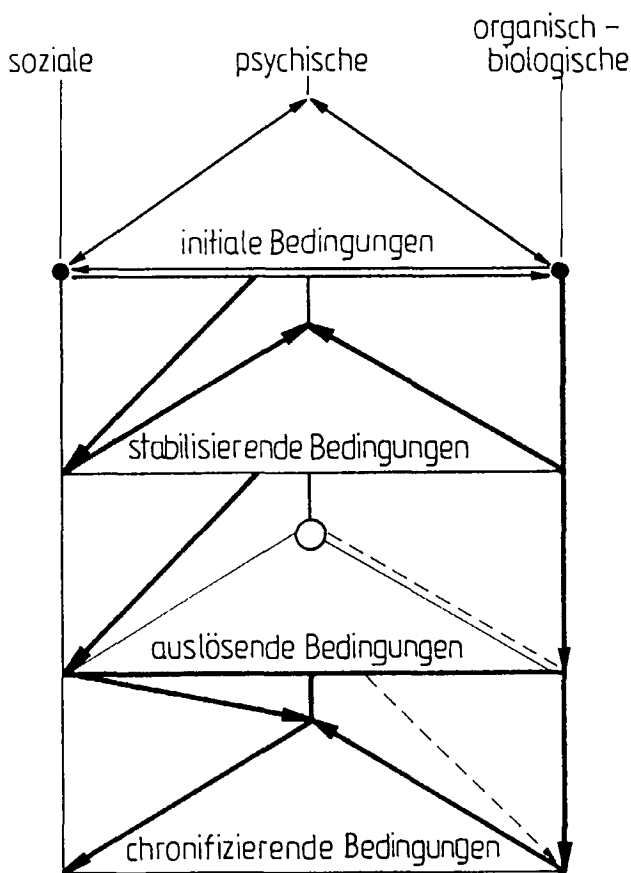


Abb. 1: Stark vereinfachtes Krankheitsmodell der Enuresis nocturna als psychosomatisches Geschehen (relevante Ebenen sind fett gezeichnet)

heitsgeschehen auf der Grundlage eines *biopsychosozialen Krankheitsmodells* einzuordnen ist. Dieses Modell bildete in langjähriger eigener Arbeit unsere Orientierung. Bei einer so verstandenen altersspezifischen Enuresis-Ätiopathogenese erfordert die *neue* Sichtweise bei weiterführenden psychotherapeutischen Interventionen vor allem die Berücksichtigung solcherart *intrapyschischer widersprüchlicher* Motivations- und Konfliktlagen in jeweils sehr *entwicklungs- und altersspezifischer* Ausprägung (u. a. dynamisches Wechselspiel zwischen Angst vor eigener Autonomie und Ablösungs- wie Ausgrenzungsbemühungen im Elternhaus, belastete psychosexuelle Identitätsfindung; vgl. WIESSE, 1986; SCHNEEWIND und BRAUN, 1988; SCHÜFFEL, 1988). Wir gehen bei unseren jetzigen theoretisch eingeordneten empirischen Betrachtungen von einem *Analysezeitraum* von ca. 14 Jahren (1976–1990) in der ambulanten Enuresisbehandlung eines Kreisgebietes aus. Insgesamt wurden ca. 250 Patienten *aller* Altersgruppen in dieser Zeit aufgenommen. Wir beziehen unsere Aussagen hier *nur* auf *diejenigen* Patienten, die während der Entscheidung zur weiterführenden Therapie im Alter zwischen 15 bis 21 Jahren waren und nicht nach den ersten drei Konsultationen, d. h. der Zeit der spezifischen Konflikt- und Problemanamnese, der inhaltlichen Fokussierung usw. abgebrochen haben und gut therapiemotiviert waren.

2 Zu einigen grundlegenden inhaltlich-theoretischen Orientierungen unserer eigenen klinischen Arbeit

Wir haben schon früher unterstrichen (ZIMMERMANN, 1979), daß beide Formen der Enuresis, primäre wie sekundäre, nur als ein *multikonditionales* Geschehen zu verstehen sind. Insbesondere die enge Verzahnung von sozialen, psychischen, aber auch organisch-biologischen Komponenten (vgl. die oft zitierten Angaben zur sog. „schwachen Blase“; LOVIBOND, 1964; TURNER, 1970), die in den einzelnen Alterstapen *unterschiedliche Akzentuierungen* dieser drei Hauptdeterminanten erkennen läßt, erfordert eine letztlich auch konsequent *psychosomatische* Betrachtungsweise, mindestens im Jugend- und Jungewachsenalter.

Im Vordergrund der Pathopsychologie der Enuresis nocturna sehen wir vor allem (natürlich nicht ausschließlich):

- grundlegende Streßbedingungen in der Eltern-Kind/Jugendlicher-Beziehung bzgl. der innerfamiliären sozialen bzw. affektiven Interaktions- und Orientierungsmuster (gegenseitige Erwartungen, Erziehungseinstellungen, Erziehungspraktiken u. v. ä. m., vgl. besonders SCHNEEWIND und BRAUN, 1988; SCHNEEWIND, 1987) und
- eine pathogen wirksame, sich vor allem im Sozialen niederschlagende Spannung zwischen extremem Leistungs-ergeiz (induzierte Erwartungen) und dem Bedürfnis, sich einmal richtig „fallen zu lassen“, mal „ganz sich selbst überlassen“.

Wir können das mehrdimensionale, chronifizierend wirksame pathopsychologische Geschehen der Enuresis nocturna auf dem Hintergrund neuerer Vorstellungen zur biopsychosozialen Einheit (HÖRZ, 1985; THOM, 1985) auch als ein *psychosomatisches* Krankheitsgeschehen begreifen, welches einem *biopsychosozialen Krankheitsmodell* verpflichtet ist (vgl. RÜDIGER, 1985). Mit diesem Krankheitsmodell wird man nicht pauschal von „dem“ enuretischen Geschehen ausgehen, sondern weist ihm auf *verschiedenen* Altersstufen *sehr unterschiedliche* Anteile von sozialen, biologisch-organischen und psychischen Komponenten zu. Diese Komponenten selbst können auch *intraindividuell* innerhalb eines begrenzten Zeitraumes erheblich variieren. Wir haben ein solches Krankheitsmodell in Anlehnung an die Vorstellungen von HESS (1985, S. 5 ff.) für das Enuresis-Geschehen konkretisiert (vgl. ZIMMERMANN, 1989). Versuchen wir, die wesentlichen Determinanten auf der Basis dieses Modells vereinfachend zu präzisieren, so sind die Hauptakzente der *biologisch-somatischen* Bedingungen sowohl auf der 2. Ebene (Stabilisierung) als auch auf der 4. Ebene (Chronifizierung) in einer nur für *psychosomatische* Erkrankungen *typischen* Konstellation mit den pathogenen psychischen Komponenten (z. B. den Verarbeitungs-, Bewältigungs- und spezifischen Abwehrmechanismen des Patienten) verknüpft.

Wir haben diese Charakteristika vereinfacht noch einmal in Abbildung 1 dargestellt: Im Unterschied zu primären psychischen Fehlentwicklungen treten auf der initialen Ebene nur Streßfaktoren und Störungsmomente (z. B. so-

ziale Zuwendungsbeziehungen, Sauberkeitstraining usw.) in Erscheinung, die in erster Linie im sozialen Verhalten wirksam werden und symptomstabilisierend wirken, dann aber *nicht* als *auslösende* psychische Komponenten (3. Ebene), sondern erst als chronifizierende Bedingungen (Fehlverarbeitungen, inadäquate Bewältigungstechniken usw.) zum Aufrechterhalten der Symptomatik beitragen. Die *unmittelbare*, durchgängige Mitbeteiligung und weiterführende Wirkung der biologisch funktionellen Labilität ist auf allen Ebenen evident. Es kann anfangs noch kein angemessener eigener Zugang zu einer emotionalen und kognitiven Bewältigungsstrategie durch den Betroffenen gefunden werden. In den meisten Fällen kommt es dann in den charakteristischen sozialen Schwellensituationen, wie sie im *Jugendalter* gehäuft auftreten, zu einer massiven Chronifizierung des (zwischenzeitlich u.U. reduzierten) Geschehens, zu jetzt auch sehr kritisch reflektierten sozialen, psychischen, also unmittelbar erlebnis- und verhaltenswirksamen Isolations-Phänomene (JANTZEN, 1979; SCHRÖDER, 1988). Diese sind nur durch erhebliche Kompensations- und Abwehrmechanismen noch zu bewältigen. Jetzt, in dieser durch hohe Anforderungen und Belastungen ohnehin schwierigeren Lebensetappe des Jugend- und Adoleszentenalters kommt es unter dem Druck erlebter Versagens- und Frustrationssituationen und Ausgrenzungen zu einer *Psychodynamik*, mit der der Patient *ohne* gezielte therapeutische Führung nicht mehr fertig wird (Versagen der bisherigen Fehlanpassungsmechanismen und Copingtechniken; vgl. auch PETERMANN und PETERMANN, 1987). Der Mangel an *erlebbarer* Selbstwirksamkeit (self-efficacy, BANDURA, 1982) steht dabei mit im Zentrum. Damit ist die *persönlichkeitsspezifische* Selbstverwirklichung grundlegend gefährdet, eine sich aufschaukelnde *Eigendynamik* entstanden, die psychischer Entwicklungslogik zuwiderläuft (vgl. auch ROTH, 1981, S.95 ff., sowie Abb. 1 unterer Teil). Je länger angstbesetzte rationalisierende Abwehr- bzw. Leugnungsmechanismen (Verdrängung der Konflikte) weiterbestehen bleiben, desto mehr chronifiziert sich in diesem Alter nun auf der *psychischen* Ebene das Geschehen. Die *gestörte Entwicklungsdialektik* betrifft nunmehr zahlreiche Erlebens- und Verhaltensbereiche (vgl. GÖLLNITZ, 1985, DAUTE und PATZER, 1986).

Den Patienten gelingt *keine angemessene Realitätskontrolle* in bezug auf die wirksamen pathogenen Isolationsbedingungen mehr, die im sozialen und emotionalen Erlebnis- und Verhaltensfeld reflektierten Widersprüche und Insuffizienzen können mit den *verfügbaren* Erfahrungen, Bewältigungstechniken und Attribuierungsmöglichkeiten

eindeutig *nicht mehr* kompensiert werden. Dies bedeutet auch, daß zu Beginn einer Einzelpsychotherapie stets *stützende* und *führende* Aktivitäten greifen müssen (vgl. auch BAUMGÄRTEL, 1976). Das zeigt sich vor allem in spezifischen Testresultaten, insbesondere in Dimensionen des angstbesetzten Erlebens (vgl. „MAS“-Skalen, vor allem aber die Problem-Erlebnis-Ebenen des „POP“), deren Inhalte *spezifisch* auf diese gestörten Erlebnis- und Reflexionsbereiche Bezug nehmen, also auch primär *inhaltlich-valide* sind.

Aus solcher Sichtweise des Geschehens ist eine mehrgleisige, psychodynamische Aspekte aufgreifende Therapie erfolgversprechend (vgl. auch WENDT, 1952; BERBALK und BAHR-CORME, 1980; MATTEJAT, 1983). In dieser Intervention kann versucht werden, den gestörten sozialen und emotional-affektiven Reflexionsprozeß zu *aktivieren*. neue *Bewältigungstechniken* mit *realitätsadäquaten* Orientierungen und Zielrichtungen aufzubauen und die Wirksamkeit der wesentlichsten Isolationsbedingungen zu mindern, wenn nicht zu beseitigen. Durch eine sukzessiv verbesserte individuelle Realitätskontrolle kann eine weitere Streßeskalation mit ausgeprägt negativen Emotionen vermieden werden. Käme es dazu, kann mit einer sehr ungünstigen Prognose gerechnet werden, die auch suizidale Tendenzen und eine ungünstige weitere soziale Verhaltensbewährung (Familie, Beruf usw.) einschließen würde (vgl. z.B. GEISSLER, 1984; ROTH, 1981, S.98 f.; HENNIG, 1977).

3 Zur eigenen klinischen Stichprobe

Unter den vorhin genannten Selektionsbedingungen (15–21 Jahre, inhaltliche Kriterien für Therapieentscheidung, Therapiemotivation usw., vgl. unter 1. oben) reduzierte sich die Gesamtstichprobe (N = 250) von behandelten Enuretikern im Analysezeitraum insgesamt auf N = 80 (15–21 Jahre). Ein Teil von ihnen war in früheren Analysen einbezogen (ZIMMERMANN, 1979). Alle 80 Patienten hatten mit wenigen Ausnahmen die dort dargestellten Behandlungsschritte (Verhaltensanalyse, medikamentöse und apparative Mitbetreuung usw.) realisiert. Bei der Mehrzahl von ihnen erwies sich dann später die Symptomatik als „zählebig“ und primär verhaltenstherapeutisch nicht beherrschbar, erfuhr mit Eintritt ins Jugendalter eine erneute Zuspitzung mit sich nun deutlicher akzentuierenden psychodynamischen Zusammenhängen, aber auch mit zunehmender psychischer Resignation der Patienten (sekundär Isolationserscheinungen) und gestörten emotiona-

Tab. 1: Zusammensetzung der schrittweise selektierten homogenen Patientenstichprobe (n = 55)

Altersgruppe	männliche Patienten		weibliche Patienten		(n)	(%)
	(n)	(%)	(n)	(%)		
1. Gruppe: (15–18;0)	27	(57,45)	5	(62,5)	32	(58,18)
2. Gruppe: (18;1–21)	20	(42,55)	3	(37,5)	23	(41,82)

len Bewältigungstechniken. Diese desolate Gesamtsituation der Mehrzahl der Patienten setzte nun „mehrgleisige“ Vorbemühungen zur Wiederaufnahme einer therapeutischen Intervention und zur „Reaktivierung“ der Jugendlichen bzw. Jungerwachsenen in Gang. Diese Maßnahmen zielen letztlich darauf ab, daß der Jugendliche auch seelische Aspekte, mindestens die psychogenetischen Anteile am gesamten ätiopathogenetisch-psychosomatischen Geschehen allmählich *akzeptieren* und begreifen lernt und nicht mehr primär an „organorientierter“, apparativer, konditionierender Methodik fixiert ist (MATTEJAT und QUASCHNER, 1985). Unter diesen Selektionsbedingungen konnten wir schließlich im Verlauf des gesamten Beobachtungszeitraumes mit 55 Patienten eine entsprechende Therapievereinbarung treffen. Der Behandlungszeitraum belief sich maximal auf 6–8 Monate. Über diese Patientengruppe N = 55 soll hier auswählend mit Bezug zur *psychodynamisch-orientierten Einzeltherapie* berichtet werden. Zur Übersicht haben wir in der folgenden Tabelle 1 unsere Patientenstichprobe (n = 55), differenziert nach Alter und Geschlecht, dargestellt. Das bekannte Geschlechterverhältnis (vgl. ZIELINSKI, 1967; STEGAT, 1973; DÜHRSEN, 1974) von männlichen (3), weiblichen Patienten (1) ist hier *extrem* verschoben, offenbar *entwicklungs- und altersspezifisch*: Mehr als 4/5 der Patienten sind männlich!

4 Zu einigen methodischen Aspekten unserer eigenen therapeutischen Praxis in der Ambulanz

Nach der z.T. noch auslaufenden (früher begonnenen ineffektiven) apparativen Konditionierungstherapie kommt eine integrative psychodynamisch-orientierte Intervention jetzt als primäre Vorgehensweise in Betracht. Dies erfolgt jeweils in individuell unterschiedlichem Maße. Dabei bedeutet in „unterschiedlichem Maße“, daß die *Tragfähigkeit* der Therapeut-Patient-Beziehung vor allem aber die *Belastbarkeit* des jungen Patienten, die entscheidenden Kriterien für die Nutzung psychodynamisch-orientierter Interventionsaspekte (Widerstandsbearbeitung, schrittweise Konfrontation mit realitätsinadäquaten Coping- und Kompensationsmechanismen in gleichzeitiger Atmosphäre der Empathie, emotionalen Wärme und Akzeptanz gegenüber dem Patienten) sind. Sind Belastbarkeit und Tragfähigkeit zeitweilig nicht gegeben, wird entlastend über aktuelles Erleben und Befindlichkeiten gesprochen. Eine pauschale Übertragung der Prinzipien aus der Erwachsenenpsychotherapie ist entsprechend der Alters- und Entwicklungsspezifität nicht möglich. Eine Orientierungsgrundlage bilden ausgewählte Gesichtspunkte der dynamisch-orientierten Einzelpsychotherapie von WENDT und MAAZ (1981).

Jeder psychodynamischen Einzeltherapie der Patienten geht eine *psychodynamisch-orientierte Exploration* voraus, die auf früheren Erkenntnissen im Umgang mit dem Patienten meist gut aufbauen konnte. Diese Exploration mußte im *Einzelfall* konzentriert sein auf:

- a) Eruierung *spezifischer* psychodynamischer Zusammenhänge und chronifizierender Daten mit unmittelbarem Bezug zur Lebenssituation des Patienten, zu relevanten Schwellensituationen (etwa Lehrbeginn, Ablösungsbemühungen, Auflehnung z. B. gegenüber überfürsorglich-erdrückenden Erziehungspraktiken einer dominanten Mutter, Geschwisterkonflikte, Abhängigkeitsbeziehungen usw.) und dem verstärkten Wiederauftreten der Symptomatik;
- b) Ansprechen der vom Patienten akzeptierten bzw. ansatzweise akzeptierten Psychogeneseanteile der Enuresissymptomatik;
- c) Konzentration auf eine entscheidende Konflikt- und Chronifizierungskonstellation (Fokussierung);
- d) Treffen einer individuellen *Therapievereinbarung* bei überprüfter Therapiebereitschaft des Patienten.

Der Therapeut mußte sich stets bei einer abschließenden Entscheidung zur psychodynamischen Einzeltherapie in *diesem* Alter unbedingt Klarheit verschafft haben darüber

- daß eindeutig solche o.g. Zusammenhänge sowohl in *zeitlicher* als auch in *konfliktspezifischer* Hinsicht gegeben sind, d. h. z. B., daß *dieser* jugendliche oder jungerwachsene Enuretiker zu *dieser* Zeit mit *einer* Wiederverstärkung des Einnässens in *dieser* innerfamiliären, häuslichen, sozialen und emotionalen Situation reagiert und ebenso darüber,
- daß die Gestaltung der emotionalen und sozialen Beziehungen zu den Eltern, zu den Geschwistern und anderen Personen des Familienumfeldes jetzt als pathogenwirksame chronifizierende Komponente in Betracht kommen muß.

Die getroffene Therapievereinbarung konzentriert sich sowohl auf die gemeinsam mit dem Patienten reflektierten *störungsspezifischen* inhaltlichen Zielstellungen als auch auf formale Kriterien (Zeitdauer der Konsultationen, zeitliche Begrenzung der Behandlung, Formen der Nachbetreuung) und vor allem auch auf Aspekte der Patienten-Therapiemitarbeit (Erlebnisprotokolle, Selbstbeobachtungen, spezielle Verhaltensprotokolle usw.). Als maximale obere zeitliche Begrenzung der Therapie erachten wir 5–7 Monate. Die meist wöchentlichen Konsultationen betragen ca. 1 Stunde. Je nach Behandlungsvorgeschichte und Stabilität der Therapeut-Patient-Beziehung werden im allgemeinen zwischen 15 und 30 Einzelkonsultationen notwendig.

In der von uns klinisch bei diesen Patienten realisierten integrativen Einzeltherapie sind u. a. folgende handlungspraktische Aspekte wichtig:

- a) Der Therapeut hat kritisch die Tragfähigkeit seiner Beziehung zum Patienten, auch seinen möglichen *eigenen* Widerstand, Möglichkeiten eines eigenen neurotischen „Mitagierens“ mit dem Patienten aus unreflektierter Abwehr oder übermäßiger Identifikation usw. überprüft. Er ist in der Lage, ein *ausgewogenes* Verhältnis von emotionaler Empathie, Wärme, personaler Wertschätzung und Akzeptanz gegenüber dem Patienten einerseits und notwendiger realitätsorientierter

Tab. 2: Symptombezogener Behandlungserfolg bei 55 Patienten nach durchgeführter psychodynamischer Therapie (1/2 Jahr nach Therapieende und weiterbestehender Konsultationsmöglichkeit)

Altersgruppe	männliche Patienten			weibliche Patienten			(n)	(%)
	(E)	(TE)	(KE)	(E)	(TE)	(KE)		
1	18	4	5	2	1	2	32	(58,18)
2	9	7	4	1	1	1	23	(41,82)
(n)	27	11	9	3	2	3	55	(100)
(%)	(57,45)	(23,40)	(19,15)	(37,50)	(25)	(37,50)	-	

(E) = Erfolg, Enuresis nicht mehr beobachtet.

(TE) = Teilerfolg, Enuresis pro Monat seltener als fünfmal, beobachtet (1/2 Jahr nach Therapieende).

(KE) = keinen stabilen Erfolg, Symptomatik mehr als fünfmal pro Monat beobachtet.

- schrittweiser Konfrontation und Widerstandsbearbeitung bzw. -aufdeckung andererseits zu verwirklichen. Andernfalls ist kritische Entscheidungsüberprüfung angesagt bzw. sollte eine Vorstellung im Rahmen einer BALINT-Gruppe wahrgenommen werden.
- b) Der Patient ist darauf eingestellt, daß die Mehrzahl der bestehenden symptomchronifizierenden psychodynamischen Zusammenhänge bei ihrer Bewußtmachung psychische Belastungserlebnisse eigener (also *zusätzlicher*) Art, Enttäuschungen, aber auch Schamgefühle und „Peinlichkeitserlebnisse“ mit sich bringen können (Intimität, psychosexuelle Identität usw.). Die Mehrzahl der psychischen Kompensations- und Abwehrmechanismen (z.B. relativ häufig in diesem Alter gegenüber Onanieerlebnissen, Fragen der psychosexuellen Orientierung) ist unter- oder unbewußt und erst durch ihre Aktivierung in der Therapie auf der Basis einer funktionierenden, emotional-tragfähig gestalteten Therapeut-Patient-Beziehung wird eine Möglichkeit zur eigenen *bewältigenden* Auseinandersetzung für den Patienten geschaffen. Damit kann eine schrittweise, den schwer gestörten sozialen und emotionalen Auseinandersetzungsprozeß wieder normalisierende Beseitigung grundlegender Isolations- und Deprivationsbedingungen erfolgen, die wir auch praktisch belegen können.
- c) In diesem gesamten Prozeß werden erstmals auch Affekte, Enttäuschungen, Verärgerungen, also bisher nicht oder nur inadäquat zugängliche emotional-affektive Inhalte durch den Patienten *wieder wahrgenommen*, einer Realitätskontrolle zugänglich und *beziehungsförderlich*-erlebbar gestaltet. Solches Ansprechen und Aktivieren *bisher nicht* reflektierbarer unbewußter Wünsche, Hemmungen, Frustrationen und ineffektiver Bewältigungsmechanismen ist ein entscheidendes „Tor zu Therapie“, zur Ablösung von einer bisher gewohnten organbezogenen „apparativen“ Attribuierung der Symptome durch den Patienten (analog dem „automatisch-mechanistischen Denken“, wie es vor allem von FREYBERGER, 1976, beschrieben wurde).
- d) Die Verbesserung der „Genußfähigkeit“ und Erlebnisfähigkeit unserer Patienten (Bejahung z.B. auch nichtleistungsthematischer Bedürfnisse und Wünsche wie Partnerschaft, Freizeit) ist gemeinsam mit der Verbesserung ihrer emotionalen und sozialen Selbstverwirklichung ein weiteres wichtiges Anliegen unserer Einzelpsychotherapie in der Ambulanz.
- e) Die Aktivierung des emotionalen und sozialen Ablösungsprozesses gegenüber den Eltern kann nur innerhalb einer recht verstandenen *Dialektik* von angestrebter Autonomie bei gleichzeitigem eigenständigen Streben nach begrenzter elterlicher Geborgenheit (nicht aufgezwungener Akzeptanz elterlicher Fürsorge) *realitätsgerecht neu* strukturiert und erlebbar gemacht werden (vgl. zu entsprechenden Erfahrungen auch WIESSE, 1986).
- f) Ein letzter Aspekt tangiert die Aktivierung des Bedürfnisses nach eigenverantwortlicher Gestaltung partnerschaftlicher intimer Beziehungen, die vor allem zur Stabilisierung der psychosexuellen Identität und sexuellen Erlebnisfähigkeit beitragen und diese bewußter wahrzunehmen gestatten. Sie tragen zugleich auch zur Akzeptierung bisher möglicherweise versagter Bedürfnisse, sexueller Partnerwünsche und -erwartungen (auch mit entsprechender Tabuierung) bei.
- ## 5 Einige ausgewählte empirische Ergebnisse unserer eigenen klinischen Praxisanalysen
- ### 5.1 Beurteilung der Symptomreduktion (genereller Therapieerfolg)
- Ein Aspekt der Analyse – der allgemeinste – konzentriert sich auf die Frage nach der im Behandlungsverlauf eingetretenen und nach ca. 1/2 Jahr (Nachkontrolle nach der letzten Konsultation) noch bestehenden Symptomreduktion bzw. -beseitigung.
- Wir haben dazu die Ergebnisse in Tabelle 2 dargestellt. Sie verdeutlichen bei einer Differenzierung in die Kategorien: Erfolg (E), d.h. Verschwinden der Symptomatik,

Tab. 3: Psychometrische Testdaten (Mittelwerte, M. und Standardabweichungen (s) der Patienten vor Therapiebeginn

Patienten-Gruppen		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Testdaten		(alles in %-Summenwerten)					
POP-Skalen:							
- (FR) - M:		41,1	39,1	37,7	40,7	43,9	36,5
- s:		8,5	7,2	8,1	7,6	7,6	7,9
-(GE) - M:		64,7	52,1	60,1	57,6	55,0	54,1
- s:		10,2	9,5	9,9	10,1	8,7	8,7
- (WE) - M:		22,9	17,6	25,5	20,4	26,2	20,1
- s:		5,3	4,5	4,7	4,7	5,7	4,2
- (EL) - M:		60,9	68,7	62,7	65,1	54,9	56,4
- s:		8,4	11,8	10,2	10,2	7,7	9,6
- (IA) - M:		51,6	61,2	41,1	55,9	60,8	44,9
- s:		10,5	10,6	8,6	10,4	9,7	6,0
- (AS) - M:		40,4	30,9	45,2	36,2	42,1	37,2
- s:		8,1	6,1	7,0	7,0	8,7	5,5
- (MF) - M:		45,8	59,7	50,5	54,6	60,1	49,1
- s:		8,9	6,5	7,1	7,9	6,9	6,4
INR-Skalen: (Rohsummenwerte)							
- (I) - M:		18,0	20,9	18,7	19,8	20,0	19,7
- s:		6,8	7,7	6,1	7,2	6,8	7,0
- (N) - M:		18,5	19,8	21,2	19,0	20,1	19,6
- s:		6,2	6,5	7,9	6,4	7,2	6,6
- (R) - M:		18,9	18,4	19,1	18,8	18,6	17,7
- s:		7,5	5,1	7,6	6,3	6,2	5,2
MAS-Skalen: (St - Standardwerte)							
- (A) - M:		6,2	6,8	5,1	6,1	8,1	6,8
- s:		1,9	1,5	1,6	1,4	2,3	1,8
- (K) - M:		6,3	6,8	6,9	6,6	7,2	7,0
- s:		1,8	1,6	1,6	1,7	2,3	2,1
Gießen-Test (GT): (Rohsummenwerte) (18-21 Jahre)							
- (1) - M:		-	-	-	-	30,11	27,8
- s:		-	-	-	-	7,14	6,11
- (2) - M:		-	-	-	-	38,94	32,17
- s:		-	-	-	-	6,91	5,90
- (3) - M:		-	-	-	-	39,20	29,92
- s:		-	-	-	-	6,40	6,24
- (4) - M:		-	-	-	-	18,55	21,17
- s:		-	-	-	-	6,77	5,98
- (5) - M:		-	-	-	-	31,43	27,26
- s:		-	-	-	-	5,92	6,18
- (6) - M:		-	-	-	-	35,66	31,71
- s:		-	-	-	-	6,12	6,47

(a) Patientengruppen:

- (1): alle männlichen Patienten, die nach Therapieende erfolgreich oder teilerfolgreich einzuschätzen sind (n = 38)
- (2): alle weiblichen Patienten (mit Erfolg, Teilerfolg und ohne Erfolg; n = 8)
- (3): alle männlichen Patienten ohne Erfolg (n = 9)
- (4): alle erfolgreichen und teilerfolgreichen männlichen und weiblichen Patienten (n = 43)
- (5): alle männlichen und weiblichen Patienten mit Erfolg oder Teilerfolg im Alter von 18-21 Jahren (n = 18)
- (6): alle männlichen und weiblichen Patienten von 18-21 Jahren ohne Erfolg (n = 5)

(b) Skalen im Gießen-Test:

- (1): Soziale Resonanz (wenig resonant vs. gut resonant)
 - (2): Soziale Selbstkontrolle (niedrig ausgeprägt vs. hoch)
 - (3): emotionale Grundstimmung (hypomanisch vs. depressiv)
 - (4): Partnerbeziehung (ohne Zuwendungsbedürfnis, partnerabhängig vs. niedriges Bedürfnis nach solcher Zuwendung, partnerunabhängig)
 - (5): soziale Aufgeschlossenheit (Durchlässigkeit) (gute Aufgeschlossenheit, Kontaktbereitschaft vs. geringe Aufgeschlossenheit, mißtrauisch usw.)
 - (6): soziale Dominanz (dominant, eigensinnig, starr vs. sozial-gefügig, anpassungsfähig, integriert, gutmütig)
- Alle GT-Skalen sind auf Mittelwerte und Standardabweichungen (Normwerte, Ostdeutschland, vgl. BARTH u. a., 1977) bezogen.

auch nach einem halben Jahr andauernd, teilweise Erfolg (TE), d. h. nur noch teilweises Auftreten (nicht mehr als 5 mal pro Monat) und keinen Erfolg (KE), d. h. noch häufiges Auftreten, keine Kontinuität. In der Abbildung 2 haben wir diese Altersgruppen (15-21 Jahre) veranschaulicht.

Rund 3/5 aller Patienten ist erfolgreich; etwa 1/5 mit fraglichem und 1/5 ohne Erfolg behandelt worden. Hinsichtlich der Altersgruppen sind wesentliche Unterschiede bezüglich der Anzahl erfolgreicher und teilerfolgreich-behandelter Patienten (bei den nicht-erfolgreich behandelten Patienten bestehen solche nicht) zwischen den 15-18jährigen und 18-21jährigen statistisch sehr signifikant gesichert (χ^2 -Test bei zweiseitiger Fragestellung, vgl. DIEHL und KOHR, 1979, S. 102 ff.) (vgl. Abb. 2). Das heißt: Je jünger die behandelten Patienten sind, desto günstiger scheint die Behandlungsprognose.

5.2 Ergebnisse der Prä-Post-Analysen im Therapieverlauf

5.2.1 Verwendete psychometrische Instrumente (Prä-Post-Analysen)

Wir haben - gegenstandsspezifisch - folgende diagnostische Verfahren eingesetzt:

- (1) Der Problem-Erlebnis-Fragebogen für Jugendliche und Jungerwachsene (POP) nach HENNIG (1973, S. 67 ff., auch 1978). Er konzentriert sich auf wichtige Bereiche des reflektierten emotionalen Problemerk-

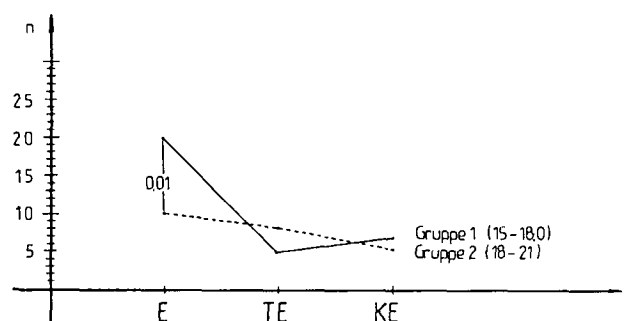


Abb. 2: Symptombezogener Behandlungserfolg bei 55 Patienten nach psychodynamischer Einzeltherapie (1/2 Jahr nach Behandlungsabschluß, differenziert nach Altersgruppen)

Tab. 4: Psychometrische Testdaten (Mittelwerte, *m.* und Standardabweichungen, *s*) der Patienten nach der Therapie (Darstellungen und Skaleninhalte analog zu Tabelle 3)

Testdaten	Patienten-Gruppierungen					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
POP-Skalen:						
- (FR) - M:	50,2	46,6	39,1	48,7	40,1	39,9
- s:	6,8	7,5	7,6	7,2	6,2	7,6
- (GE) - M:	49,1	40,0	58,2	44,5	42,6	50,4
- S:	9,8	8,1	9,4	8,8	7,1	7,9
- (WE) - M:	23,7	19,2	23,1	22,5	24,1	22,6
- s:	6,1	4,9	4,2	5,4	5,3	4,2
- (EL) - M:	46,2	55,7	55,4	51,4	48,2	51,3
- s:	7,7	10,9	9,5	8,7	6,3	8,1
- (IA) - M:	58,8	50,7	43,3	55,1	50,2	49,4
- s:	9,1	8,2	7,9	8,3	7,3	6,9
- (AS) - M:	44,1	34,3	40,6	39,2	44,5	41,5
- s:	7,9	5,6	6,8	6,4	8,0	6,2
- (MF) - M:	60,7	65,3	53,4	53,2	48,2	42,5
- s:	8,2	6,9	6,6	7,3	5,5	5,8
INR-Skalen:						
- (I) - M:	19,8	19,1	19,4	19,2	19,7	18,7
- s:	6,3	7,2	6,6	6,8	6,8	6,6
- (N) - M:	14,2	15,0	20,5	14,9	13,8	18,2
- s:	5,9	5,6	7,1	5,8	6,0	5,8
- (R) - M:	13,5	12,2	20,2	12,9	12,4	15,3
- s:	7,0	4,9	7,0	6,1	5,2	5,1
MAS-Skalen:						
- (A) - M:	4,8	5,1	5,4	4,9	5,3	6,1
- s:	1,2	1,5	1,3	1,4	2,2	1,3
- (K) - M:	5,4	6,1	6,7	5,7	4,9	6,3
- s:	1,1	1,2	1,5	1,2	2,1	1,9
Gießen-Test (GT):						
- (1) - M:	-	-	-	-	34,09	31,4
- s:	-	-	-	-	7,29	6,91
- (2) - M:	-	-	-	-	30,02	29,11
- s:	-	-	-	-	7,58	6,26
- (3) - M:	-	-	-	-	28,14	19,9
- s:	-	-	-	-	7,63	7,11
- (4) - M:	-	-	-	-	21,07	22,18
- s:	-	-	-	-	7,15	6,55
- (5) - M:	-	-	-	-	22,74	22,16
- s:	-	-	-	-	7,15	6,54
- (6) - M:	-	-	-	-	33,84	30,22
- s:	-	-	-	-	7,25	5,74

bens. Es sind insgesamt 7 emotionale Problemerk-lebnis-Bereiche-Skalen mit jeweils 10–15 situativen Verhaltens- bzw. Erlebensfeststellungen vertreten. Zu diesen Statements ist ein konstantes Antwortmodell vorgegeben mit den Alternativen: „Macht mir Sorgen in sehr starkem Maße“, „in starkem Maße...“, „in schwachem Maße“, „in sehr schwachem Maße bzw. betrifft mich eigentlich kaum“. Die Alternativen werden pro Erlebnisbereich zu einem Summenwert verrechnet und dieser – bezogen auf den maximal möglichen Summenpunktwert – als %-Standardwert

(STW) ausgedrückt: Skala (1): Freizeitbereich (FR); (2): Gesundheit (GE); (3): Weltanschauung (WE); (4): Eltern (EL); (5): Ich und die anderen (IA); (6): Die künftige Arbeitsstelle (AS) und (7): Beziehungen zwischen Mann und Frau (MF).

- (2) Der INR-Fragebogen von BÖTTCHER (1975) mit den Skalen Introversion (aus zwei Teilskalen I₁ und I₂ bestehend, die zu einem I_{gesamt} verrechnet werden), Neurotizismus (N) und Rigidität (R). Als Norm-Werte sind (M) und (s) definiert.
- (3) Der Fragebogen zur „Erfassung der Manifesten Angst“ (MAS) in der Testadaption von THOMAS und MEHL (1974), der auch bei Jugendlichen schon mit Erfolg angewendet werden kann. Der „MAS“ enthält die Skala Angst (A) und psychische (Konflikt-)Abwehr (K) sowie eine Lügenskala (L).
- (4) Schließlich beziehen wir für die 18–21jährigen Patienten den Gießen-Test (GT) in der Jenaer Testadaption (BARTH u. a., 1977) mit den dort definierten Mittelwert- und Standardabweichungs-Normen für 18–35jährige Personen ein.

Als wesentliche statistische Prüfmethode für die *Prä-Post-Vergleiche innerhalb* der (in Tabelle 3 und 4) dargestellten Patientengruppen wählten wir den „A-Test“ als parametrisches Prüfverfahren für Meßwertvergleiche bei abhängigen Stichproben (DIEHL und KOHR, 1979, S.37 ff.). Andere Verfahrensvarianten (etwa die Bildung nicht behandelter Kontrollgruppen) können aus ethischen Gründen, aber auch retrospektiv abgesehen von damit keinesfalls ausgeschlossenen Fehlerkomponenten, von Regressions- und Remissionseffekten usw. – nicht in Betracht gezogen werden (vgl. ZIMMERMANN, 1987).

In den *Tabellen 3 und 4* sind für die einzelnen Patientstichproben die gesamten relevanten Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (s), die Grundlage für die späteren Analysen bilden, vor bzw. nach der Therapie aufgeführt. Die Patientengruppen (Teilstichproben) werden in der vorangestellten „Erläuterung zu Tabelle 3“ angegeben und auch die Testskalen zum „GT“ erläutert.

5.2.2 Prä-Post-Analysen bei 15–21jährigen Patienten mit erfolg- und teilerfolgreicher Behandlung

Betrachten wir zunächst die männlichen Patienten (Stichprobe 1): In der Tabelle 5 sind alle Resultate der (a)-Tests für die Prä-Post-Vergleiche bei allen Variablen dargestellt. Generell gilt: H_0 wird abgelehnt, wenn $A_{emp.} < A_{crit.(\alpha;Fg)}$. In diesem Fall ist $A_{crit.(0,05;37)} = 0,263$ bzw. $A_{crit.(0,01;37)} = 0,158$.

In der *Tabelle 6* sind die entsprechenden Ergebnisse für die sehr kleine Stichprobe der weiblichen Patienten dargestellt (wegen des geringen Umfanges alle $n = 8$ Patienten).

Welches sind die wesentlichen Trends der Vergleiche zwischen den beiden Hauptzeitpunkten vor und nach der Therapie?

- (1) Bei den Problemerk-lebnis-Skalen wird deutlich, daß insbesondere die Problembelastetheit bezüglich der Beziehungen zu den Eltern und der eigenen Gesund-

Tab. 5: Prä-Post-Vergleich (A-Tests) aller erfolgreich und teilerfolgreich behandelten männlichen Patienten bezüglich der POP-Skalen, des INR, der MAS-Testwerte

POP-Skalen	(FR)	(GE)	(WE)	(EL)	(IA)	(AS)	(MF)	INR (I)	(N)	(R)	MAS (A)	(K)
(A)-Test	0,202	0,087	0,682	0,095	0,307	0,477	0,098	0,70	0,28	0,19	0,21	0,36
Signifik. Niveau (p):	n. s.	0,1%	n. s.	0,1%	n. s.	n. s.	0,1%	n. s.	n. s.	5%	5%	n. s.

$n = 38$; $Fg = n-1$; $A_{crit.(0,05;37)} = 0,263$, $A_{crit.(0,01;37)} = 0,158$

Tab. 6: Prä-Post-Vergleiche (A-Tests) aller weiblichen behandelten Patienten, analog zu Tab. 5

POP-Skalen	(FR)	(GE)	(WE)	(EL)	(IA)	(AS)	(MF)	INR (I)	(N)	(R)	MAS (A)	(?)
A-Test:	0,28	0,11	0,58	0,11	0,42	0,42	0,29	0,68	0,29	0,18	0,22	0,??
Signifik. Niveau (p):	n. s.	1%	n. s.	1%	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	1%	5%	n. s.

$n = 8$; $Fg = 7$; $A_{crit.(0,05;7)} = 0,281$; $A_{crit.(0,01;7)} = 0,196$

Tab. 7: Prä-Post-Vergleiche (A-Tests) aller nicht-erfolgreich behandelten männlichen Patienten, analog zu Tab. 5 (15–21 Jahre)

POP-Skalen	(FR)	(GE)	(WE)	(EL)	(IA)	(AS)	(MF)	INR (I)	(N)	(R)	MAS (A)
A-Test:	0,33	0,30	0,66	0,27	0,49	0,30	0,39	0,52	0,38	0,39	0,34
Signifik. Niveau (p)	n. s.	n. s.	n. s.	= 5 % (?)	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.

$n = 9$; $Fg = 8$; $A_{crit.(0,05;8)} = 0,276$; $A_{crit.(0,01;8)} = 0,185$

heit (bei oft sehr langer organischorientierter Vorbehandlung) in beiden Stichproben sehr signifikanten Verminderungen unterliegen und die wesentlichen „Beziehungen zwischen Mann und Frau“ lebensperspektivisch nach der Therapie ein sehr viel bedeutsamerer – sehr signifikant häufiger im Problemerleben widerspiegelter – Sachverhalt darstellen, sowohl bei männlichen Patienten als auch weiblichen Patienten (alle Differenzen mit $p < 0,05$ bzw. $0,01$ oder $0,001$ gesichert). Das verstärkte partnerbezogene Problemerleben betrifft unter anderem die psychosexuelle Identität, die im Gefolge der Therapie eine Stabilisierung erfahren hat.

- (2) Relativ persönlichkeitsstabile Traits (z. B. Introversion und Neurotizismus) unterliegen keinen relevanten Veränderungen, wohl aber vermindern sich nach der Therapie sehr signifikant die psychische Rigidität (R) und die Angstbesetztheit des Erlebens (A) im „INR“ bzw. dem „MAS“ bei beiden Stichproben.

5.2.3 Prä-Post-Analysen bei männlichen Patienten (15–21 Jahre) ohne Erfolg

Wir können uns hier auch wieder auf die männlichen Patienten konzentrieren und haben die drei weiblichen Patienten ohne Erfolg hier mit einbezogen. In Tabelle 7 sind alle Vergleiche unserer Arbeit dargestellt.

- (1) Es zeigt sich, daß mit Ausnahme der erlebten und bewußt-reflektierten Beziehungen zu den Eltern (EL), die sich offensichtlich „entspannt“ haben und weniger als sorgenvoll erlebt werden ($p < 0,05$), keine anderen POP-Erlebnisbereiche bedeutsamen, statistisch gesicherten Differenzierungen vor und nach der erfolglosen Einzeltherapie unterliegen. Auch die psychische Rigidität im „INR“ kann – im Unterschied zu allen anderen Patientengruppen – statistisch nicht gesichert werden hinsichtlich ohnehin nur geringfügiger zufälliger Veränderungen vor und nach der Therapie ($p \leq 0,10$).
- (2) Wesentlich ist, daß zwar viele Testparameter innerhalb der definierten Normgrenzen (vor wie nach der Therapie) einzuordnen sind und keinen interpretierbaren Veränderungen unterliegen, wohl aber die Neurotizismuswerte als auch die psychischen Rigiditätswerte und die psychische Abwehr im „MAS“ z. T. außerhalb des I-Sigma-Bereiches bzw. oberhalb der Standardnormgrenzen liegen. Die erhöhte emotionale Störanfälligkeit des Erlebens dieser Patienten und die Reflexion von Unzufriedenheit nach der Therapie (?) bleiben offene Fragen, die die Aspekte der Therapieresistenz, der mangelnden emotionalen Resonanzfähigkeit des Patienten und des Störungsbezuges zu alexithymen Symptomen unmittelbar betreffen.

5.2.4 Prä-Post-Analysen bei erfolg- oder teilerfolgreich behandelten Patienten im Alter von 15–21 Jahren

Grundlage dieser Analysen bildet die in Tabelle 3 erläuterte Stichprobe 5. Wegen der geringen Stichprobengröße bei den weiblichen Patienten sind diese auch hier *nicht* mit einbezogen. (Die Stichprobe 5 umfaßt also nur $n = 18$). In der *Tabelle 8* sind die Ergebnisse aller Vergleiche, nun auch unter Einbezug der Gießen-Test-Skalen (GT), dargestellt. Es zeigen sich folgende inhaltliche Ergebnis-Trends:

- (1) Hinsichtlich der POP-Skalen finden sich – etwa entsprechend den Trends bei den 15–18jährigen erfolgreich behandelten Patienten beiderlei Geschlechts – signifikante Verminderungen der sorgenbelasteten (und reflektierten) Zuwendung zu Gesundheitsproblemen einerseits und zu Eltern-Beziehungen andererseits (alle Differenzierungen sind mit $p < 0,05$ signifikant). D.h. die Gedanken über die eigene Gesundheit und die *Beziehungen* zu den Eltern sind entspannter, realitätsorientierter. Demgegenüber finden sich – vollkommen anders als bei den 15–18jährigen – sehr signifikante Verminderungen des sorgenvollen Problemlbens bei der Reflexion heterosexueller Partnerbeziehungen ($p < 0,01$). Hier sehen die Jungerwachsenen die Partnerbeziehungen *nach* der Therapie offenbar entspannter, realitätsorientierter und weniger sorgenbelastet mit Bezug auf die eigene Symptomatik und ihre sozialen Auswirkungen.
- (2) Neurotizismustendenzen und psychische Regidität (INR) erfahren bei diesen Patienten eine signifikante Verminderung ($p < 0,05$). Dieser Befund entspricht obigen Ergebnissen i.S. einer besseren, realitätsangemesseneren selbst- und fremdkritischen Reflexion der verschiedenen lebenspraktischen Problembereiche. Damit aber sind sie – wie in der obigen Diskussion schon angedeutet – auch viel eher und effektiver zu einer Aufarbeitung und ansatzweisen Bewältigung früher verdrängter, z.T. unbewußter Affekte, insbesondere im Kontext mit der eigenen psychosexuellen Identitätsfindung und der Bejahung von Emotionen (!) in der Lage.
- (3) Hinsichtlich der interaktionell bedeutsamen z.T. traitorientierten Skalen des Gießen-Tests (GT) finden sich ausgeprägte (statistisch mit $p < 0,05$ gesicherte) Differenzen hinsichtlich einer verbesserten Grundstimmung in Richtung abnehmender depressiver Stimmungslage (Skala 3), während die soziale Selbstkontrolle und Verhaltensbestätigung nur tendenziell ($p < 0,10$) statistisch gesicherte Veränderungen zeigen in Richtung weniger „verkrampfter“ Selbstkontrolle und mehr sozialer Autonomie in der Bewertung von Ereignissen. Insgesamt weisen diese Ergebnisse einen spezifischen Einfluß der Therapie im Sinne einer verbesserten Streßbewältigung, adäquater sozialer Selbstbehauptung und Kompetenz der Patienten und eines ausreichenden Realitätsbezuges aus (vgl. ZIMMERMANN, 1991). Die Skala 3 verweist u.a. auch auf die verbesserte *emotionale* Reflexionsfähigkeit der Patienten.

Tab. 8: Prä-Post-Vergleiche der erfolg- bzw. teilerfolgreich behandelten männlichen und weiblichen Patienten von 18–21 Jahre

Testwerte	(A)-Tests	Signifikanz-Niveau (p)
POP-Skalen:		
(FR)	0,298	n. s.
(GE)	0,197	< 5%
(WE)	0,514	n. s.
(EL)	0,291	n. s.
(IA)	0,259	< 5%
(AS)	0,378	n. s.
(MF)	0,141	< 1%
INR-Test:		
(I)	0,696	n. s.
(N)	0,214	< 5%
(R)	0,183	< 5%
MAS-Test:		
(A)	0,107	
(K)	0,192	> 5%
Gießen-Test-Skalen:		
(1)	0,296	n. s.
(2)	0,287	tendenziell (10%)?
(3)	0,191	< 5%
(4)	0,402	n. s.
(5)	0,272	tendenziell (10%)?
(6)	0,616	n. s.

$N = 18$; $Fg = 17$; $A_{crit.(0,05;17)} = 0,258$
 $(0,01;17) = 0,168$

5.3 Zu ausgewählten Vergleichen der Therapieergebnisse zwischen den Patientengruppen (intergruppale Postvergleiche)

Alle nachfolgenden Vergleiche wurden mit dem t-Test für unabhängige Stichproben (DIEHL und KOHR, 1979, S.2 ff.) nach vorheriger Überprüfung der (durchgängig gegebenen) Varianzhomogenität (F-Test, vgl. DIEHL und KOHR, 1979, S.30 ff.) und der Verteilung durchgeführt. In den wenigen Fällen, in denen uns auf Grund der Datenverteilung und der geringen Stichprobenumfänge der parameterfreie „Randomisations-Test“ (DIEHL und KOHR, 1979, S.8 ff.) angemessen erschien, haben wir diesen berechnet. Wir konnten dann beim nachträglichen Vergleich der Ergebnisse feststellen, daß es keinen Fall gab, bei dem sich die Signifikanzverhältnisse real geändert hätten. Deshalb werden wir uns hier ausschließlich auf den t-Test konzentrieren.

5.3.1 Vergleich zwischen erfolg- bzw. teilerfolgreichen und nicht-erfolgreichen Patienten (nach der Therapie)

Grundlage der Analysen bilden jetzt die Vergleiche zwischen den Stichproben 1 und 3. Die wenigen weiblichen Patienten (die Gruppengrößen liegen alle unter 5) sind den Stichproben 1 bis 3 zugeordnet. In der folgenden Tabelle 9 sind die inhaltlich entsprechenden t-Test-Ergebnisse aller Vergleiche und der signifikanten Parameterver-

Tab. 9: Vergleich (t-Test) der Testergebnisse aller erfolg- bzw. teilerfolgreich behandelten und aller nicht-erfolgreich behandelten männlichen Patienten nach der Therapie

Testskalenwerte	t-Test	Signifikanzniveau (p)
POP-Skalen:		
(FR)	4,319	0,1%
(GE)	2,533	< 5%
(WE)	0,488	n. s.
(EL)	3,008	< 1%
(IA)	4,702	< 0,1%
(AS)	1,226	n. s.
(MF)	2,485	< 5%
INR-Test:		
(I)	0,377	n. s.
(N)	2,775	< 5%
(R)	2,587	< 5%
MAS-Test:		
(A)	1,332	n. s.
(K)	2,972	< 1%
Gießen-Test-Skalen:		
(1)		
(2)		
(3)	(siehe für die	
(4)	18-21jährigen Pat.	
(5)	in Tabelle 11)	
(6)		

F-Test (Varianzhomogenität) bei allen Vergleichen nicht signifikant

$t_{(0,05;45)} = 2,014$

$t_{(0,01;45)} = 2,690$

änderungen dargestellt. Es werden – ohne hier auf alle Einzelheiten der Tabelle 9 eingehen zu können – folgende generelle Trends deutlich:

- (1) Hinsichtlich der POP-Skalen finden sich hochsignifikante Differenzen ($p < 0,001$ bzw. $< 0,01$) zwischen den erfolg- bzw. teilerfolgreich-behandelten und den nicht-erfolgreich-behandelten Patienten bezüglich des Problemerlebens und -reflektierens zu emotional-relevanten Aktivitäten (FR), die die Gruppe der erfolgreichen und teilerfolgreichen Patienten nun nach der Therapie wesentlich mehr tangieren als die nicht-erfolgreichen Patienten. In gleicher Interpretationsrichtung treten solche Differenzen zutage hinsichtlich der Verhältnisse zu sozialen Interaktionspartnern („Ich und die Anderen“) und vor allem der emotionalen und sexuellen Partnerprobleme (MF-Bereich, $p < 0,01$). Bei der Reflexion und Problemsicht der Elternbeziehungen (EL) und der eigenen Gesundheit (GE) sind die therapieerfolgreichen bzw. die teilerfolgreichen Patienten wesentlich optimistischer, entlasteter als die nichterfolgreichen Patienten ($p < 0,05$). Alle anderen POP-Skalen weisen hier keine signifikanten Differenzierungen auf, sind störungsspezifisch auch irrelevant.

- (2) Die Neurotizismustendenzen und psychische Rigidität sind bei gerade den nicht-erfolgreichen Patienten sehr signifikant höher ausgeprägt als bei den anderen Patienten (alle Unterschiede mit $p < 0,01$ bzw. $< 0,05$), was auf ein „Verharren“ auf der Ebene unbewältigter Motivations- und Identitätskonflikte mit hinweist.
- (3) Interessant ist die nach der Therapie vorhandene auffallend hohe (im pathologischen Grenzbereich liegende) Abwehrneigung gegenüber psychischen Konflikten, die ja genau unsere obige psychodynamische „Verharrungs“-Interpretation mit zunehmender Rigidität unterstreichen im Hinblick auf diese Verleugnung (K-Tendenz) der nicht-erfolgreichen Patienten (MAS-Test). Dies kann auf einen weitgehend unverändert bestehenden ausgeprägten psychischen Widerstand, möglicherweise auch als verbleibende „Bewältigungstechnik“ gegenüber dem andauernden Einnässen, hinweisen. Dieser Widerstand war auch in zwischenzeitlichen explorativen Gesprächen zur Nachkontrolle vielfach sehr direkt spürbar.

5.3.2 Vergleich der Ergebnisse zwischen erfolgreich bzw. teil-erfolgreich und nicht-erfolgreich behandelten 18-21jährigen Patienten

Es geht uns jetzt um die – vor allem auch altersspezifisch-relevante Analyse der diagnostischen Testergebnisse zur Therapieeffektivität bei den Jungerwachsenen mittels der „GT“-Skalen.

Es wird deutlich, daß zwischen den beiden Hauptgruppen im Vergleich zu den jüngeren Patienten (15-18 Jahre) insgesamt doch weit weniger Differenzierungen nachweisbar sind, während diese bei den therapierelevanten Prä-Post-Analysen besonders charakteristisch waren (vgl. oben 5.2.4).

Würde man auch den Zeitpunkt vor der Therapie zum Vergleich zwischen beiden Patientengruppen heranziehen, so würden auch hier wesentliche Differenzen sichtbar. Hinsichtlich der POP-Skalen fällt ein signifikant häufiger sorgenbelastetes Reflektieren über die eigene Gesundheit (sprich: hier vor allem das Weiterbestehen der Enuresis) bei den nicht-erfolgreich-behandelten Patienten im Vergleich zu den erfolgreich-behandelten auf ($p < 0,05$). Es finden sich aber umgekehrt auch deutlich mehr Problemreflexionen hinsichtlich partnerschaftlicher, intimer Beziehungen (MF) bei den erfolgreich- bzw. teilerfolgreich-behandelten Patienten (gegenüber den nicht-erfolgreich behandelten 18-21jährigen Patienten; $t = 2,03$ und $0,10 > p > 0,05$ tendenziell signifikant). Die anderen Daten (MAS und INR) sind erwartungsgemäß bezüglich der Tatsache, daß Enuretiker eben per se nicht primäre neurotische Fehlentwicklungen aufweisen müssen (vgl. besonders auch WENDT, 1952; ROSENBERGER, 1976, und unsere obige Abbildung 1 dazu), nicht wesentlich inhaltlich differenzierend.

Die GT-Skalen zeigen demgegenüber aber eine interessante Differenzierung: Die therapie-erfolgreichen bzw. -teilerfolgreichen Patienten sind gegenüber den nicht-erfolgreichen Patienten (übrigens in gleicher Weise auch vor

der Therapie) mehr zum depressiven Stimmungspol hin tendierend, während die nicht-therapieerfolgreichen Patienten mehr zum hypomanischen („unbefangeneren“) Stimmungspol tendieren ($p < 0,05$). Dieser diagnostische Befund ist vermutlich i.S. einer besser funktionierenden, stabileren „psychischen Abwehr“ (d.h. also emotionaler Widerstand als Copingtechnik) bei den nicht-erfolgreich behandelten Patienten zu interpretieren. Er sollte jedoch inhaltlich noch vorsichtig bewertet werden.

6 Schlußfolgerungen

Wenn man eine Zusammenschau der verschiedenen umfangreichen Datenebenen vornimmt und sich nur auf die wesentlichen Prä-Post-Vergleiche und ausgewählte Post-Vergleiche zwischen den Patienten mit unterschiedlicher Therapieeffektivität beschränkt, so wird deutlich, daß eine psychodynamisch-orientierte Einzelpsychotherapie vor allem je *altersspezifische Veränderungen* im Erleben, in der selbst- und fremdkritischen Reflexion von Problemen und störungsspezifischen Belastungen sowie von Formen der sozialen wie partnerschaftlich-intimen Interaktionen mit sich bringt. Es zeigen sich vor allem bei den *15-18jährigen* Patienten markante Veränderungen (Zunahmen) im Prozeß der psychischen und psychosexuellen Identitätsfindung, der Reflexion und kritischen Bewältigung der Beziehungen zu den Eltern und von Fragen der eigenen Gesundheit mit sehr störungsspezifischen Bezügen.

Diese Tendenzen sind besonders ausgeprägt bei den Patienten, die die Therapie erfolgreich oder mit Teil-Erfolg abgeschlossen haben. Bei den nicht-erfolgreichen Patienten sind ein relatives Persistieren des problem- und sorgenbelasteten Reflektierens vor allem zu Gesundheitsfragen und andererseits auch ein geringeres reflexives Problembewußtsein besonders hinsichtlich erotisch-intimer Partnerschaftsbeziehungen sowie eine verstärkte psychische Abwehr gegenüber diesem Reflexionsbereich zu beobachten. Bei den älteren *18-21jährigen* Patienten konzentrieren sich die Veränderungen im Therapieprozeß besonders auf die *altersspezifisch* bedeutsameren *intimen partnerschaftlichen* Problem- und Reflexionsbereiche sowie die sozialen Interaktions- und Kommunikationsfelder („Ich und die anderen“) der Patienten.

Insgesamt wird deutlich: *Je früher* im Jugendalter (aber auch nicht eher!) eine solche Behandlung einsetzt, desto günstiger ist die auch persönlichkeitszentrierte, doch auf wesentliche Reflexionsbereiche ausgerichtete Prognose im Hinblick auf ermöglichte Einstellungs- und Erlebnisveränderungen und damit auch auf verbesserte Bewältigungskompetenz sowie angemessenerer Lebensorientierungen. Diese erfahren vor allem im späten Jugend- und frühen Erwachsenenalter dann ihre Differenzierungen. Ob und inwieweit erfolglose „Vorbehandlungen“ eine entsprechende „Bahnung“ für notwendige emotional-affektive wie soziale Reflexionsprozesse bei den Patienten aktiviert haben, wäre eine interessante Fragestellung künftiger Untersuchungen. Diese müßten auch inhaltliche Positionen weiter differenzieren und validieren.

Summary

Integrative Psychodynamic-oriented Psychotherapy of Youth and Young Adult Enuretics – Psychodiagnostic and Psychosomatic Aspects

The subject of this paper are fundamental positions, concerning the contents, and empirical results of 15 years time, concerning the dynamic-orientated single psychotherapy for youth and young adult enuretics. It is supported by analyses of 15 years time in the medical-psychological practice. From a sample of, all in all, 250 patients, the results of a group of 55 patients at the age of 15–21 years are shown, who were treated with dynamic-orientated single-psychotherapy, and are discussed with an emphasis on the integrative, biopsychosocial character of this illness. Enuresis nocturna is being regarded consequently as a special psychosomatic complex phenomenon, and the empiric results are being interpreted with orientation to theory. There have been applied several test-methods for the purpose of inter-groupal pre-post-analyses, before and after the treatment with a duration of katamnese of 6 months. Statements concerning the efficiency, as well as essential changes of parameters in the course of the psychotherapy are special subject of result-related discussions. The results certify, that contential-specific, age-differentiated emotional and social aspects of personality and reflexion are getting very significantly changed in the course of the successful or partly successful therapy, while in the cases of the non-successfully treated patients no changes in such manner could be obtained.

Literatur

- BANDURA, A. (1982): Self-efficacy in human agency. *American Psychology* (37) 2, 122–147. – BARTH, W. u. a. (1978): Überprüfung des Gießen-Tests (Manual). Jena: Friedrich-Schiller-Universität. – BECKMANN, D./RICHTER, H. E. (1972): Der Gießen-Test (GT). Manual. Bern: Huber. – BAUMGÄRTEL, F. (1976): Theorie und Praxis der Kindertherapie. München: Pfeiffer. – BERBALK, H./BAHR-CROME, U. (1980): Enuresis – Erscheinungsbild, Ätiologie und Therapie. In: SCHLOTTKE, P. F./WETZEL, H. (Hrsg.): Psychologische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. München: Urban und Schwarzenberg, 271–291. – BÖTTCHER, H. R. (1975): Der Introversions-Neurotizismus-Rigiditäts-Fragebogen (INR). Testmanual. Jena: Friedrich-Schiller-Universität. – DAUTE, K. H./PATZER, H. (1986): Erkrankungen des Nervensystems. In: DAUTE, K. H./PATZER, E. (Hrsg.): Pädiatrie. Berlin: Volk und Gesundheit, 284–317. – DIEHL, H. M./KOH, H. U. (1979): Durchführungsanleitung für statistische Tests. Weinheim: Beltz. – DÜHRSEN, A. (1974): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – FRIEBERGER, H. (1978): „Symptom“, „Konflikt“ und „Persönlichkeit“ in der Behandlung psychosomatischer Patienten. *Prax. Psychother.* 21, 121–131. – GEISLER, W. (1984): Prognostische Hinweise auf die Sozialbewährung kindlicher Enkopretiker im Jungerwachsenalter. *Dtsch. Ges. wesen* 39, 31, 1217–1218. – GÖLLNITZ, G. (1985): Kinderneuropsychiatrie. In: SEIDEL, K./SCHULZE, H. A. F./GÖLLNITZ, G. (Hrsg.): Neurologie und Psychiatrie, einschließlich Kinderneuropsychiatrie und gerichtliche Psychiatrie. Berlin: Volk und Gesundheit. – HARBAUER, H. u. a. (1980): Lehrbuch der spe-

- ziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: Springer. – HENNIG, H. (1977): Einige Ergebnisse psychologischer Untersuchungen bei Enuretikern und Enkopretikern im Kindesalter. *Z. Ärztl. Fortb.* 71, 9, 431–434. – HENNIG, W. (1973): Ein Verfahren zur Ermittlung des Problemerlebens Jugendlicher. In: HIEBSCH, H./SPRUNG, L. (Hrsg.): Aufgaben, Perspektiven und methodologische Grundlagen der marxistischen Psychologie. Berlin: Verlag der Wissenschaften, 67–72. – HENNIG, W. (1978): Der Problem-Erlebnis-Fragebogen (POP). Manual. Leipzig: Zentralinstitut f. Jugendforschung. – HESS, H. (1985): Untersuchungen zur Abbildung des Prozeßgeschehens und der Effektivität in der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie. *Habilitationschrift* (unveröffentl.). Berlin: Humboldt-Universität. – HÖRZ, H. E. (1985): Stellungnahme zur Umfrage „Der Mensch als biopsychosoziale Einheit“. *Dtsch. Z. Phil.* 33, 2, 140–143. – JANTZEN, W. (1979): Grundriß einer allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie. Köln: Pahl-Rugenstein. – KULAWIK, H. (1984): Psychodynamische Kurzpsychotherapie. Leipzig: Thieme-Verlag. – LOVIBOND, S. H. (1964): *Conditioning and enuresis*. London: Oxford Press. – MATTEJAT, F. (1983): Symptomfixierung und Widerstand. Zur fokalen Familientherapie bei psychosomatischen Symptomen im Kontext fusionierter Familiensysteme. *Z. Kinder- u. Jugendpsychiat.* 11, 3, 208–223. – MATTEJAT, F./QUASCHNER, K. (1985): Zur ambulanten Behandlung von Enuretikern. *Z. Kinder- u. Jugendpsychiat.* 13, 3, 212–229. – PETERMANN, F./PETERMANN, U. (1987): *Training mit Jugendlichen*. München: Psychologie-Verlags-Union. – ROSENBERGER, P. W. (1978): *Enuresis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – ROTH, U. (1981): Psychosomatische Störung des Lernprozesses – aufgezeigt an Ätiologie, Diagnose und Therapie der Enuresis. In: FEUSER, G./JANTZEN, W. (Hrsg.): *Jahrbuch der Pathopsychologie und Psychotherapie*. Bd. 1, Köln: Pahl-Rugenstein, 84–105. – RÜDIGER, W. (1985): Stellungnahme zur Umfrage „Der Mensch als biopsychosoziale Einheit“. *Dtsch. Z. Phil.* 33, 2, 148–150. – SCHNEEWIND, K. A. (1987): Die Familienklima-Skalen (FKS). In: CIERPKA, M. (Hrsg.): *Familiendiagnostik*. Berlin: Springer, 320–347. – SCHNEEWIND, K. A./BRAUN, M. (1988): Jugendliche Ablösungsaktivitäten und Familienklima. *System Familie* 1, 1, 10–25. – SCHNÜFEL, W. (1988): *Sich gesund fühlen im Jahre 2000*. Berlin: Springer. – SCHRÖDER, H. (1985): Einige persönlichkeitspsychologische Aspekte der Entwicklung von Psychotherapie und Medizinische Psychologie. In: SCHRÖDER, H./RESCHKE, K. (Hrsg.): *Beiträge zur Theorie und Praxis der Medizinischen Psychologie*, Bd. 2. Leipzig: KMU, 8–16. – SCHRÖDER, H. (1988): Persönlichkeitspsychologie, Pathopsychologie u. klinische Psychodiagnostik. In: SCHRÖDER, H./GUTHKE, J.: *Fortschritte der klinischen Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik*. Leipzig: Barth, S. 29–37. – SEIFFGE-KRENKE, J. (1986): Problembewältigung im Jugendalter. *Z. Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie*, 18, 2, 122–152. – STEGAT, H. (1973): *Enuresis-Behandlung des Bettnässens*. Heidelberg: Springer. – STEINHAUSEN, H.-CHR. (1987): Das Jugendalter – eine normative Krise! *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 36 (1), 39–49. – STRUNK, P. (1964): Jugendliche Enuretiker. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 13, 1, 87–92. – THOM, A. (1985): Stellungnahme zur Umfrage „Der Mensch als biopsychosoziale Einheit“. *Dtsch. Z. Phil.* 33, 3, 240–243. – THOMAS, CHR./MEHL, J. (1974): Normierung und Validierung eines Ängstlichkeitsfragebogens für die Neurosendiagnostik. In: HELM, J./KASIELKE, E./MEHL, J. (Hrsg.): *Neurosendiagnostik*. Berlin: Verlag der Wissenschaften, 153–178. – TURNER, H. u. a. (1970): Treatment of nocturnal enuresis by conditioning. *Beh. Research and Ther.* 8, 4, 367–370. – WENDT, H. (1952): Beiträge zur Pathogenese und Therapie der Enuresis nocturna. *Psychiat., Neurol., med. Psychol.* 4, 1, 48–58. – WENDT, H./MAAZ, J. J. (1981): *Lehrgangs-Konzeption und Material „Dynamisch orientierte Einzelpsychotherapie“ der Sektion Dynamische Einzelpsychotherapie der Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik u. Med. Psychologie*. Halle. – WIESSE, J. (1986): Über die Angst von Jugendlichen in der Psychotherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 35, 2, 87–90. – ZIELINSKI, M. (1967): 50 stationär behandelte Bettnässer – eine sozial-psychologische Studie mit Katamnese. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 17, 3, 170–175. – ZIMMERMANN, W. (1979): Probleme und Ergebnisse ambulanter *Enuresis-nocturna-Therapie bei Kindern und Jugendlichen*. *Probl., Erg., Psychol.* 71, 69–83. – ZIMMERMANN, W. (1987): *Prozeßdiagnostik prosozial-kooperativer Lernfähigkeit. Ein neuer Ansatz*. Frankfurt/Main: Athenäum. – ZIMMERMANN, W. (1989): *Dynamische Einzelpsychotherapie jugendlicher und jungerwachsener Enuretiker – Herausforderung an die Medizinische Psychologie des Jugendlichen und Jungerwachsenen*. In: SCHRÖDER, H./RESCHKE, K. (Hrsg.): *Beitr. Theorie und Praxis der Medizinischen Psychologie*, Bd. 7, Leipzig, 37–79. – ZIMMERMANN, W. (1991): *Persönlichkeitstests für Kinder und Jugendliche in der Neurologie, Psychiatrie und Medizinische Psychologie – Grundlagen und Anwendungen in Klinik, Forschung und Praxis*. Leipzig: Barth-Verlag (in Vorbereitung).

Anschr.d.Verf.: Doz. Dr. habil. Wolfram Zimmermann, Sonntagstraße 6, O-1035 Berlin.