

Meier, Friedhelm und Land, Helga

Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 5, S. 181-186

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29833

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

Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.</i> : Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager)	224
<i>Buddeberg, B.</i> : Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273
<i>Büttner, M.</i> : Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.</i> : Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases)	93
<i>Dellisch, H.</i> : Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305
<i>Diepold, B.</i> : Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298
<i>Fries, A.</i> : Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132
<i>Gehring, Th. M.</i> : Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry)	218
<i>Geuss, H.</i> : Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37
<i>Glanzer, O.</i> : Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery)	95
<i>Kind, J.</i> : Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.</i> : Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257
<i>Klosinski, G.</i> : Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation)	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H. G.</i> : Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities)	293
<i>Lempp, R.</i> : Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems)	161
<i>Meier, F., Land, H.</i> : Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis)	181
<i>Merkens, L.</i> : Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation)	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.</i> : Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy)	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.</i> : Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom)	206
<i>Pauls, H.</i> : Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12-jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation)	252
<i>Paulsen, S.</i> : Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy)	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.</i> : Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome)	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.</i> : Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families)	89
<i>Saloga, H. W.</i> : Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.</i> : Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors)	166
<i>Schönke, M.</i> : Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<i>Steber, M., Corboz, R.</i> : Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Relations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior)	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders)	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic)	286
<i>Sturzbecher, K.</i> : Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.</i> : Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children)	193
<i>Wiesse, J.</i> : Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.</i> : Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<i>Ertle, Ch.</i> : Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children)	150
<i>Hagleitner, L.</i> : Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism)	261
<i>Hobrücker, B.</i> : Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation)	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . .	142
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71

Berichte aus dem Ausland

<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein „Mental Health Institute“ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute) . .	26

Tagungsberichte

<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg	310
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich	186

Kurzberichte

<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-	
---	--

lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“	82
<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315

Literaturberichte: Buchbesprechungen

<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland	233
<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick	157
<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik	157
<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition	269
<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen	317
<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . .	234
<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses	268
<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung	316

Mitteilungen: 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318

Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna

Von Friedhelm Meier und Helga Land

Zusammenfassung

Der Einsatz von Selbstkontrolltechniken auch schon bei Kindern wird am Fallbeispiel eines siebenjährigen Kindes mit Enuresis diurna dargestellt. Die Effekte der psychologischen Intervention werden mittels Verlaufsbeobachtungen über 182 Behandlungstage kontrolliert und zeitreihenanalytisch gesichert.

Das Einnässen ist eine der auffälligsten Verhaltensstörungen im Verlaufe der kindlichen Entwicklung, das Eltern und Kind gleichermaßen erheblich belastet. In rund 80% der Fälle wird nachts eingenäßt (Enuresis nocturna), in nur 5% der Fälle tagsüber (Enuresis diurna) und ca. 15% der Enuretiker nassen tags und nachts ein. Bei Jungen ist dies Problem viel häufiger (ca. 80%) anzutreffen als bei Mädchen. Bei Einschulung nassen nur noch 5–7% der Kinder ein. Das Symptom verschwindet meist spontan mit der Pubertät und tritt dann nur noch sehr selten auf (vgl. *Spock*, 1975; *Harbauer*, 1976). Trotzdem ist eine Behandlung dieser Verhaltensstörung angebracht, da aufgrund des Leidensdrucks bei dem betroffenen Kind und den abwehrenden und strafenden Reaktionen der Eltern häufig deviante Verhaltensweisen erlernt werden, die sich bei Nichtbehandlung verselbständigen und noch nach der Remission der Enuresis wirksam bleiben können.

Es werden sehr unterschiedliche therapeutische Konzepte bei der Behandlung der Enuresis verwendet. Es lassen sich zunächst mehrere Behandlungsformen nennen, die einen nur singulären, symptomorientierten Zugang suchen:

- a) Der Einsatz von Geräten, wie der Klingelmatraze oder Klingelhose, soll eine reflexartige Vermeidungsreaktion im Sinne des Konzeptes des Klassischen Konditionierens ausbilden. Zusätzlich wird durch Kontrolle der Häufigkeit, der Intensität oder der Größe des Urinfleckes eine positive Verstärkung dieser erwünschten Vermeidungsreaktion vorgenommen (vgl. *Stegat*, 1973).
- b) Das nächtliche Wecken soll dem Kind helfen, sich an den zusätzlichen Gang zur Toilette zu gewöhnen.
- c) Die spontane Pollakisurie (vgl. *Harbauer*, 1976) sieht vor, etwa 1 Stunde vor dem Zubettgehen alle 10 Minuten Wasser zu lassen, um einerseits die Füllung der Blase gering zu halten und dem Kind andererseits vorbeugendes Verhalten anzulernen.
- d) Die Vorsatzbildung mittels Autogenem Training soll das Selbstkontrollverhalten unterstützen (vgl. *Eberlein*, 1977).
- e) Die einfachste und verbreitetste Maßnahme ist es, die Flüssigkeitsaufnahme des Kindes am Abend zu beschränken und dadurch den Harndrang zu vermeiden.

- f) Letztlich werden auch medikamentöse Behandlungen z.B. mittels Tofranil oder Tryptizol vorgenommen.

Die Erkenntnis, daß massive Verhaltensstörungen wie die Enuresis sehr wahrscheinlich einen familiären Konflikt Hintergrund besitzen, führte zur Anwendung umfassender Therapieformen, wie z.B.:

- a) die Spieltherapie nach *Schmidtchen* (1976),
- b) Familientherapie, in der auch das Elternverhalten in bezug auf das Kind modifiziert wird (vgl. *Villiez*, 1979).
- c) Das Sauberkeitstraining nach *Azrin & Thienes* (1974) sieht vor, dem Kind durch Rollenspiel den Vorgang des nächtlichen Aufstehens und Zur-Toilette-Gehens als erwünschtes Verhalten nahe zu bringen und dieses mittels positiver und negativer Verstärker anschließend im Sinne des Operanten Konditionierens aufzubauen und zu stabilisieren. Gleichzeitig wird ein Elternt raining mit dem Ziel durchgeführt, einerseits deren Einstellung zum Einnässen zu verändern und andererseits die Funktion des Co-Therapeuten zu erlernen (vgl. *Besalal et al.*, 1980).

Auf einen wesentlichen Aspekt der Modifikation der Enuresis soll besonders eingegangen werden: die Verhaltensanalyse dieser Störung auf dem Hintergrund der psychosozialen Bedingungen in Familie und Schule. Insbesondere bei der Enuresis diurna kann angenommen werden, daß keine organischen Schädigungen vorliegen, da das Kind ja in der Nacht nicht einnäßt. *Haug* (1980) konnte in ihrer langfristigen Familienbeobachtung bei Enuretikern feststellen, daß ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Ausmaß der Belastung durch Tagesereignisse und des Einnässens am Tage oder in der Nacht besteht. *Haug* und auch *Spock* (1975) stimmen darin überein, daß Kinder, die am Tage einnässen, sehr sensibel, schüchtern, gehemmt und unentschlossen sind. Es werden zumindest zwei Gruppen der Enuresis diurna unterschieden:

- Jene Kinder, die sehr wohl wissen, daß sie die Toilette bei Harndrang aufsuchen müßten, die aber den Harndrang in unpassenden Spielsituationen verdrängen, um dann in entspannter Situation gegen die Ansprüche der Eltern einzunässen. In diesem Fall fordert ein stark behütendes Elternverhalten (overprotection) das Konfliktverhalten des Kindes als Machtkampf heraus.
- Jene Kinder, die aufgrund der familiären und auch schulischen Bedingungen, z.B. durch Überforderung, einer starken psychischen Belastung ausgesetzt sind, und für die die Harnkontrolle eine weitere schwer zu bewältigende, weil angstbesetzte Aufgabe darstellt.

Es gilt also im Falle der Enuresis diurna zu differenzieren zwischen der Verweigerung, geforderte Normen zu erfüllen,

und der Überforderung beim Erfüllen dieser sozialen Anforderung. Damit stellt sich die Frage, inwieweit der Einsatz moderner verhaltensmodifikatorischer Strategien der Selbststeuerung und Selbstkontrolle anwendbar und erfolgversprechend sind. In dieser Arbeit soll das Fallbeispiel einer 7jährigen Schülerin mit einer Enuresis diurna und schweren Kommunikationsstörungen gegeben werden, in dem die therapeutische Intervention als Förderung der Selbststeuerung und Selbstkontrolle erprobt wurde. Es soll zeigen, daß das Kind durchaus lernen kann, sein Verhalten so zu kontrollieren, daß es nicht mehr unter dem störenden Einnässen leidet und sogar Eigenverantwortlichkeit und Problemlösungsverhalten zur Vermeidung erlernt (vgl. D'Zurilla & Goldfried, 1971). Es wird dann gegebenenfalls auch in die Lage versetzt, ähnliche Probleme durch Generalisierung selbst zu lösen (vgl. Meichenbaum, 1975). Dieses Interventionskonzept intendiert somit, daß das Kind im Sinne *Kanfers* (1975) sein eigener Therapeut wird.

Das in dieser Arbeit eingesetzte Therapiekonzept ist das etwas abgewandelte Selbstmodifikationsprogramm für Kinder „Wie werden wir das nur los?“ von *Teegen, Pieper, Fiedler* (1977). Dies ist für Kinder im Alter von 10 bis 13 Jahren konzipiert, die Lesen und Schreiben können und zumindest durchschnittlich intelligent sind. Das Kind erlernt mithilfe dieses Programms, wie Lernen funktioniert, d. h. wie erwünschtes Verhalten aufgebaut und unerwünschtes Verhalten abgebaut werden kann und wie Verhalten aufrecht erhalten wird. Nachdem das Kind diese grundlegenden Kenntnisse verstanden hat, erfolgt der Aufbau des Problembewußtseins für unerwünschtes eigenes Verhalten und der Wunsch nach selbständiger Problembewältigung. Dazu werden Möglichkeiten der Beobachtung besprochen und ein Verstärkungs- und Modifikationsplan erstellt. Der Therapeut gibt in erster Linie nur Hilfe zur Selbsthilfe, so daß im Verlaufe der Therapie diese Hilfestellungen zunehmend reduziert werden können. Die Planung, Durchführung und Bewertung der Verhaltensmodifikation werden somit immer mehr in die Eigenverantwortung des Kindes gestellt.

Verhaltensanalyse

Die zur Therapieplanung erforderlichen Daten konnten einerseits durch freie Explorationsgespräche mit den Eltern des Kindes und seinen Lehrern und andererseits durch eine vierwöchige unsystematische Beobachtung erhoben werden. Die Exploration des Kindes erfolgte erst während der Behandlung im Rahmen des Selbstmodifikationsprogramms.

Ingrid ist 7 Jahre alt und besucht die 1. Klasse einer Grundschule in Nordrhein-Westfalen. Als Einzelkind lebt sie mit ihren berufstätigen Eltern in gesicherten Verhältnissen. Anhand der Exploration konnten zwei wesentliche Problembereiche im Verhalten des Kindes indiziert werden:

Enuresis diurna, sowie schwere *Kontakt- und Kommunikationsstörungen*, die durch fehlenden Blickkontakt, undeutliches und leises Sprechen, kein spontanes Melden im Unterricht, kein Kontaktverhalten mit Kindern und Erwachsenen deutlich werden.

1. Enuresis diurna

Die Reaktion des Einnässens tritt am Tage ein- bis zweimal auf. Sie ereignet sich nur tagsüber, nur während der Schultage, und zwar in Spielsituationen, sowohl zu Hause, bei Freunden als auch auf der Straße. Die Reaktion des Einnässens zeigt sich auch, wenn das Kind wütend auf Vater und Mutter ist. Das Einnässen geschieht nicht in der Nacht, während des Unterrichts in der Schule und in den Zeiten, in denen das Kind schulfrei hat, wie am Wochenende, an Feiertagen, in den Ferien oder wenn es krank ist.

Die Enuresis diurna muß als motorische Reaktion aufgefaßt werden, da organische Störungen vom Urologen ausgeschlossen werden konnten und die Reinlichkeitserziehung bereits innerhalb der ersten drei Lebensjahre erfolgreich durchgeführt worden war. Die Genese dieses Verhaltens zeigt, daß Ingrid nach einem längeren Krankenhausaufenthalt mit dem Einnässen wieder begonnen hatte. Es kann daher von der Annahme ausgegangen werden, daß es sich bei dem Einnässen aufgrund der traumatisierenden Erlebnisse im Krankenhaus um respondentes Verhalten handelt. Es zeigte sich, daß beschützende Verhaltensweisen der Eltern und der nahen Anverwandten dies Verhalten operant aufrechterhalten.

2. Kontakt- und Kommunikationsstörungen

Die eingeschränkten Sozialverhaltensweisen müssen zunächst als symptomatische Reaktionen analysiert werden, da sie situativ verknüpft sind. Bei der Annäherung an unbekannte bzw. nicht vertraute Personen weist Ingrid motorische Reaktionen auf, wie davonlaufen wollen, zu Boden blicken und motorische Unruhe. Als physiologische Reaktionen zeigen sich Erröten, Schwitzen und Herzklopfen. Es konnte abgeklärt werden, daß keine organischen Störungen gegeben sind. Dagegen berichten Mutter und Lehrerin, daß Ingrid im Umgang mit vertrauten Personen ein eher lustiges, lautes, manchmal sogar vorlautes Kind sein kann.

Die Lerngeschichte des Kindes zeigt, daß Ingrid von klein auf von der Mutter stark behütet wurde und kein eigenverantwortliches Handeln und Eigeninitiative gefordert wurden. Die anamnestischen Informationen legen die Hypothese nahe, daß die Kontakt- und Kommunikationsstörungen respondentes Verhalten darstellen und weitgehend operant aufrechterhalten werden.

Die verhaltensfördernde Bedingung ‚beschützendes Verhalten durch die Mutter‘ wird zudem noch durch entsprechende Verhaltensweisen und Einstellungen bei den nahen Bezugspersonen Vater und Großmutter bestärkt. Darüber hinaus konzentriert sich die Mutter im Übermaß auf ihr Kind, da sie ihren Beruf einer Lehrerin nicht ausübt und sich nicht ausgelastet bzw. unterfordert fühlt. Als Ergänzung zu diesen operanten Bedingungen müssen aber aufgrund der deutlichen physiologischen und motorischen Verhaltenskorrelate in den kritischen Situationen auch Mechanismen des klassischen Konditionierens angenommen werden.

Therapieplan

Es ist das Therapieziel, mithilfe des Selbstmodifikationsprogramms für Kinder, dem Kind und seiner Mutter den

Erwerb einer selbstgesteuerten Verhaltensänderung zu ermöglichen. Dazu gehört die Entwicklung eines Problembewußtseins, problembezogene Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und -verstärkung sowie die Bereitschaft, Verhaltensverträge einzugehen und einzuhalten.

Da Ingrid mit 7 Jahren zu Beginn der Behandlung noch wenig Interesse an einer Veränderung ihres eigenen Verhaltens zeigt, wird die Mutter als Modell in den 1. Behandlungsabschnitt einbezogen. Sie soll genau wie die Tochter ein eigenes Problemverhalten analysieren und modifizieren. Als Zielverhalten sollen Ingrid zum Verständnis der Selbststeuerungsmöglichkeiten zunächst die Verhaltensweisen ‚Blickkontakt und Lautstärke‘ dienen. Die Bearbeitung des Einnässens ist erst in der letzten Interventionsphase nach den Kontakt- und Kommunikationsstörungen vorgesehen.

Therapiekontrolle

Das Kind lernt, für alle Problemverhaltensweisen Beobachtungen durchzuführen, indem es deren Auftretenshäufigkeit pro Tag notiert. Ebenso beobachten und protokollieren die Mutter und auch die beiden mitarbeitenden Lehrerinnen das Verhalten des Kindes. Durch diese Verlaufsbeobachtung wird es möglich nach einer ‚baseline‘ von 21 Tagen, die einzelnen Interventionschritte auch quantitativ zu verfolgen. Die Anwendung der Zeitreihenanalyse nach *Box & Jenkins* (1976) (vgl. *Meier*, 1981) ermöglicht dabei eine deskriptive und konfirmative Therapiekontrolle.

Therapieverlauf

Die psychologische Behandlung umfaßte 18 Sitzungen von 1–2 Stunden Dauer. Die Sitzungen wurden jeweils in einen Arbeits- und Spielteil gegliedert. Die Mutter erarbeitete zu Beginn mit dem Kind das Selbstmodifikationsprogramm. Sie beschäftigten sich mit grundlegenden Kenntnissen des Lernens und erstellen eine Verstärkerliste.

In der 4. und 5. Sitzung wurde mittels Rollenspiel Ingrids Problem der Angst und Scham, Schwächen einzugestehen, aufgearbeitet, so daß es ihr möglich wurde, eigene Angstempfindungen zu benennen und über Bewältigungsmöglichkeiten nachzudenken. Da Ingrid trotzdem in der 6. Sitzung erst nach einem längeren Gespräch sich überwinden konnte, das Einnässen einzugestehen, wurde die Bearbeitung dieses Problemverhaltens zunächst zurückgestellt. Ingrid sollte an den beiden Verhaltensweisen ‚Blickkontakt‘ und ‚Lautstärke‘ des Problembereichs ‚Kontakt- und Kommunikationsstörungen‘ lernen, wie sie ihr Verhalten ändern bzw. selbst steuern kann.

Gleichzeitig war es Aufgabe der Mutter, das eigene Kontroll- und Fürsorgeverhalten zu reduzieren. Sie sollte lernen, nicht mehr in Ingrids Unterrichtsnachbereitung einzugreifen. Es zeigte sich dann auch, daß die Mutter lernte, ihrer Tochter eher zuzuhören und sie nicht mehr zu bevormunden. Dazu wurde ein Verhaltenskontrakt unterschrieben und ein Modifikations- und Verstärkerplan erarbeitet.

Wir wir in einem gesonderten Bericht darstellen werden, gelang es Ingrid in einer ersten Behandlungsphase, die Sozialverhaltensweisen recht gut zu modifizieren. Das Problem

der Enuresis diurna wurde deshalb in der 16. Therapiesitzung erneut aufgenommen und nun intensiv bearbeitet. Das Kind war jetzt daran interessiert, das Einnässen selbst zu beobachten und zu protokollieren. Es erstellte seinen eigenen Verhaltensplan und wählte selbst die Sachverstärker aus. In der 18. Sitzung konnte das Modifikationsergebnis besprochen werden. Ingrid hatte ihre Eigenbeobachtungen der Fremdbeobachtung durch die Mutter annähern können und offensichtlich ihr Problem des Einnässens zu akzeptieren gelernt.

Insgesamt umfaßt der Therapieverlauf die folgenden Behandlungsphasen:

- Phase A: Baseline über 3 Wochen (1.–21. Behandlungstag),
- Phase B: Bearbeitung der Kontakt- und Kommunikationsschwierigkeiten im schulischen Bereich über 12 Wochen (22.–105. Behandlungstag), darin Phase k mit mehreren Krankheitstagen (33.–43. Behandlungstag) und Phase o mit Osterferien (50.–70. Behandlungstag).
- Phase M: Modifikationsphase der Enuresis diurna über 4 Wochen (106.–133. Behandlungstag).
- Phase N1: 1. Nachuntersuchung über 4 Wochen nach den Sommerferien mit 7 Wochen Dauer (134.–161. Behandlungstag).
- Phase N2: 2. Nachuntersuchung über 3 Wochen (162.–182. Behandlungstag).

Zur Illustration des Therapieverlaufs wird in Abbildung 1 die Enuresis-Rate dargestellt, wie sie von der Mutter beobachtet worden war. Als Ergänzung dazu ist in Abbildung 2 der Verlauf der Gefühlsreaktion ‚Schämen‘ wiedergegeben, deren Intensität von der Mutter auf einer 10stufigen Skala mit den Ausprägungen ‚schämt sich fast gar nicht (1)‘ bis ‚schämt sich sehr stark (10)‘ beurteilt und protokolliert wurde. Die zeitreihenanalytisch für die verschiedenen Behandlungsphasen geschätzten Prozeßparameter der abgebildeten Verläufe sind in Tabelle 1 gegenübergestellt. Dabei mußten die Gefühlsskalierungen korrigiert, d.h. auf die Auftretenswahrscheinlichkeit der Enuresis bezogen werden, da sie in Abhängigkeit von diesem Ereignis beurteilt worden waren.

Die Ergebnisse weisen aus, daß Ingrid während der Baseline durchschnittlich einmal pro Tag einnäßte. Die entsprechende Schamreaktion war mit 1,41 von 10 Skaleneinheiten (SE) recht gering ausgeprägt. In der darauffolgenden Behandlungsphase, in der vornehmlich die sozialen Verhaltensweisen thematisiert und mittels Selbstbeobachtungs- und Selbstkontrolltechniken bearbeitet wurden, näßte Ingrid etwas unregelmäßiger ein, und zwar an ca. 4 von 5 Tagen entsprechend einer Enuresis-Rate von 0,83. Ihre Schamreaktion verstärkte sich auf 2,89 SE. Sie war allerdings in dieser Zeit nicht bereit, das Problem der Enuresis zu akzeptieren. In diese 1. Behandlungsphase von 63 Tagen fielen Krankheits- und Ostertage, an denen Ingrid nicht die Schule besuchte. Zu dieser Zeit reduzierte sich die Enuresis-Rate deutlich auf 0,26, d.h. 2 bis 3 mal in 10 Tagen. Die entsprechende Schamreaktion blieb mit mittleren 2,96 SE aber stabil. Durch diese auch statistisch bedeutsame Verringerung wird

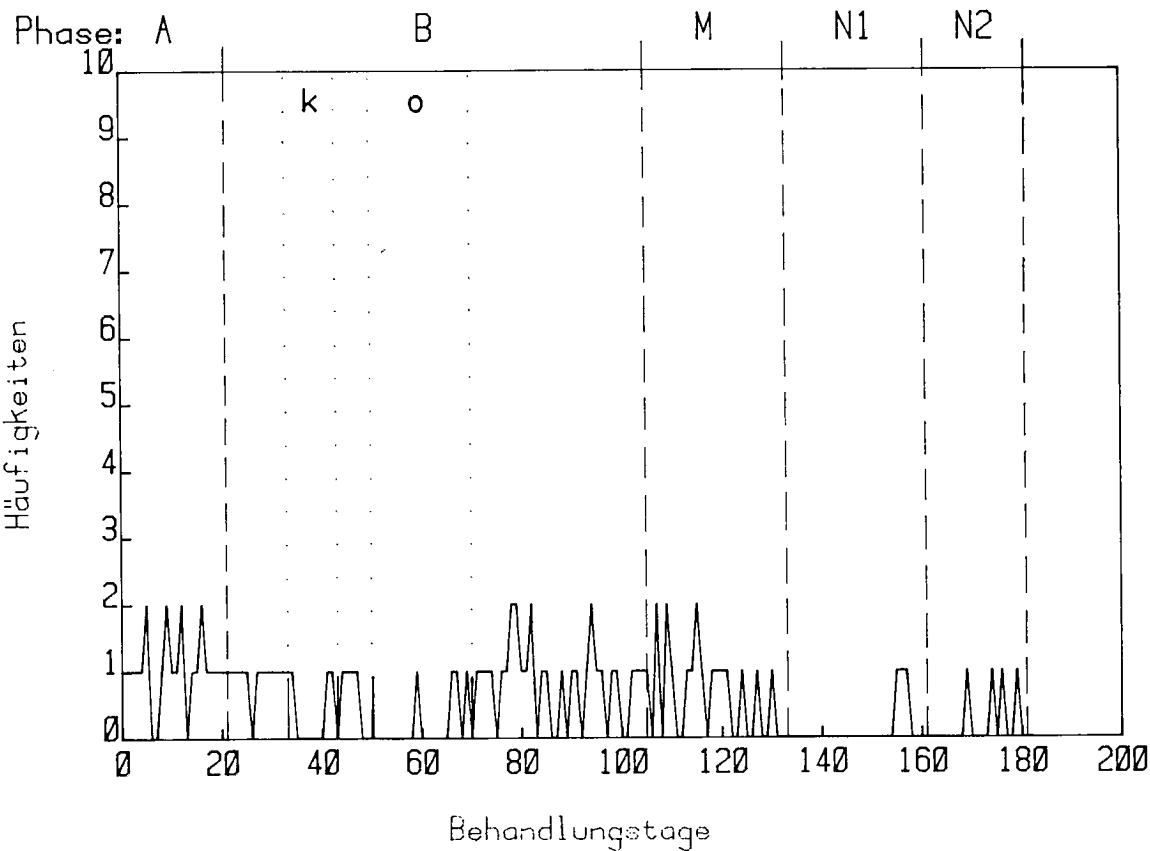


Abbildung 1: Einnässen von der Mutter beobachtet

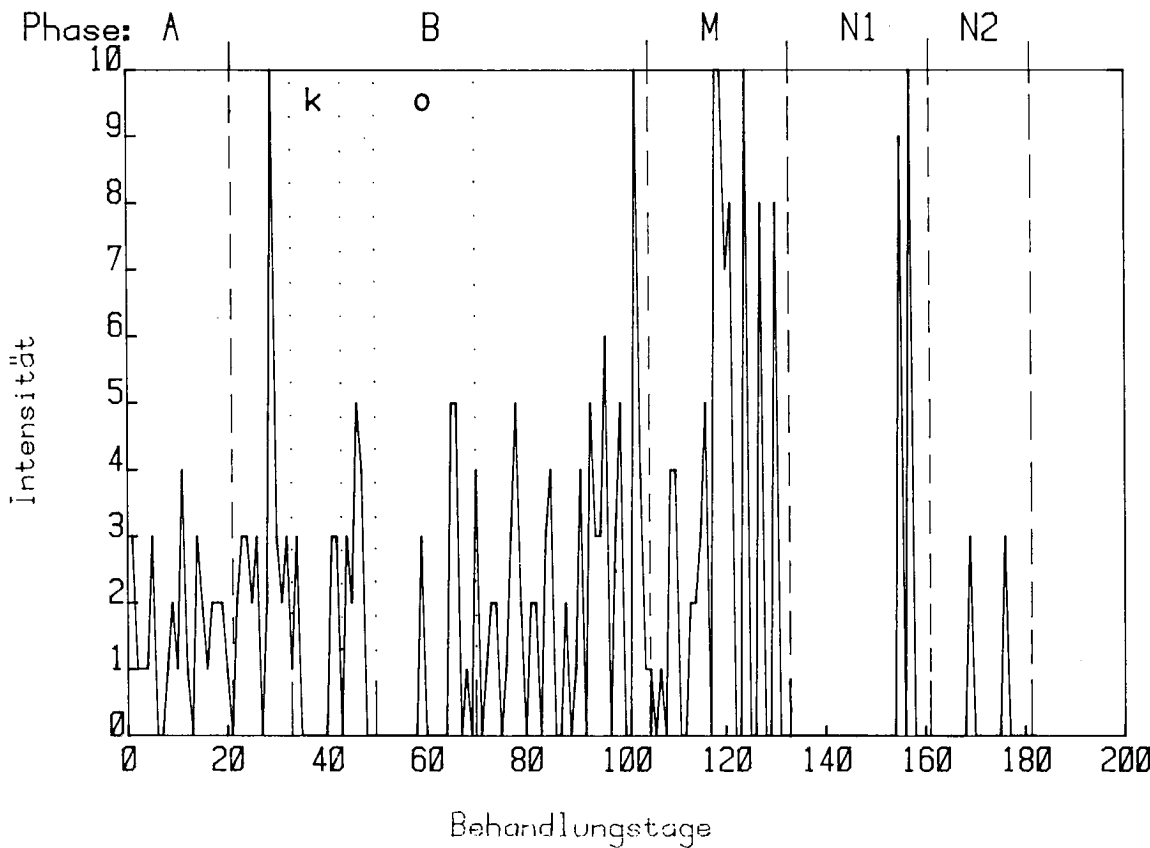


Abbildung 2: Gefühlsreaktion 'Schämen' von der Mutter beurteilt
Vandenhoeck&Ruprecht (1983)

Tabelle 1: Prozeßparameter der Enuresis-Rate und der Gefühlsreaktion ‚Schämen‘ von der Mutter beobachtet

Prozeßparameter	Einnässen	Schämen	korr.
Niveau der Baseline (21 Tage)	1,00*	1,41*	1,41
Niveau der Behandlungsphase ‚Soziale Verhaltensweisen‘ (63 Tage)	0,83*	2,40*	2,89
Niveau in den Zwischenphasen ‚Krankheit und Osterferien‘ (32 Tage)	0,26	0,77	2,69
Niveau zu Beginn der Modifikationsphase ‚Enuresis diurna‘ (21 Tage)	1,05*	1,98*	1,88
Zuwachsrate (Drift) in der Modifikationsphase ‚Enuresis diurna‘	– 3%*	9%*	
Niveau gegen Ende der Modifikationsphase ‚Enuresis diurna‘	0,42	3,87	9,21
Niveau der 1. Nachuntersuchungs- phase (28 Tage)	0,11	0,68	6,81
Niveau der 2. Nachuntersuchungs- phase (21 Tage)	0,19	0,28	1,40

* p (Schätzwert = 0) < .01

das Gewicht der sozialen ‚Kontakt- und Kommunikations-schwierigkeiten‘ in der Schule für das Einnässen recht deutlich.

Mit Beginn der Modifikationsphase zur ‚Enuresis diurna‘ (106. Tag) werden zwei gegenläufige Verhaltensreaktionen sichtbar: einerseits erhöht sich durch die Problemfokussierung die Enuresis-Rate auf mittlere 1,05, andererseits verringert sich die Stärke der Schamreaktion auf 1,88 SE. Offensichtlich reagiert das Kind mit einer Symptomverstärkung und entsprechender emotionaler Verleugnung. Die einsetzende Selbstkontrolle bewirkt aber eine systematische Verringerung der Enuresis-Rate mit einem negativen Zuwachs (Drift) von 3% auf 0,42, so daß nach 21 Tagen Ingrid nur noch jeden 2. oder 3. Tag einnäst. Die damit verbundene emotionale Auseinandersetzung wird durch die sehr deutliche Intensivierung der Schamreaktion mit einem systematischen Zuwachs von 9% auf 9,21 SE indiziert.

Aufgrund der Sommerferien wurde die Behandlung nach der Modifikationsphase zur ‚Enuresis diurna‘ (133. Tag) für 7 Wochen unterbrochen. Danach wurde während 28 Tagen eine 1. Nachuntersuchung zur Überprüfung der Therapieeffekte durchgeführt. In dieser Zeit betrug die Wahrscheinlichkeit des Einnässens nur 0,11. Die mittlere Stärke der Schamreaktion von 6,18 SE zeigt, daß dies Ingrid sichtlich unangenehm war. Erst im Anschluß an eine weitere Behandlungspause von 3 Wochen zeigte sich in einer 2. Nachuntersuchungsphase von 21 Tagen bei einer restlichen Enuresis-Rate von 0,19 eine Verringerung der Schamreaktion auf 1,4 SE.

Diskussion

Der dargestellte Fall eines Kindes mit ‚Enuresis diurna‘ zeigt zweierlei: einerseits tritt das Problem des Einnässens nicht als singuläres Ereignis bzw. Symptom auf, sondern ist

in einen komplexen Zusammenhang mit sozial unangemessenen Verhaltensweisen eingebettet, deren Einordnung in den familiären Hintergrund hier nicht näher analysiert wurde, andererseits konnte aber erst nach Bearbeitung der sozialen Verhaltensschwierigkeiten das Problem des Einnässens aufgegriffen werden.

Eine erwartete Verknüpfung des im Zusammenhang mit den sozialen Schwierigkeiten erworbenen Problembewußtseins mit dem Einnässen konnte das Kind nicht leisten. So gab es trotz der 1. Behandlungsphase zu den sozialen Verhaltensweisen keine Generalisierung auf die Enuresis-Rate oder deren spontane Remission (vgl. Fichter, 1979) aufgrund der durch den behandelnden Psychologen gewählten Selbstkontrolltechniken. Im Gegenteil bewirkte die emotionale Ablehnung des Enuresis-Problems zu Beginn der Behandlung durch das Kind einen zweistufigen Therapieverlauf. Wenngleich bei der Erhebung der Schamreaktion durch die Mutter Beurteilungsfehler angenommen werden müssen, so erlaubt die Analyse dieses Merkmalsprozesses aber doch eine eindrucksvolle Indikation der Therapieeffekte: emotionale Widerstände werden abgebaut und die nun zugelassenen unangenehmen Gefühle verstärken die Bereitschaft zur Selbstkontrolle.

Die weitgehende Stabilität der Modifikationsergebnisse bis zur 1. und 2. Nachuntersuchung bestätigt den Einsatz von Selbstkontrollprogrammen auch schon bei Kindern im Alter von 7 Jahren. Es läßt sich annehmen, daß der Einsatz von Selbstkontrollprogrammen nicht nur Rückfälle unwahrscheinlicher macht und Präventivcharakter haben kann, sondern darüber hinaus zur selbstgesteuerten Weiterentwicklung erwünschter und angemessener Verhaltensweisen führt (vgl. Meichenbaum, 1975, Hartig, 1975, Reinecker, 1978).

Summary

Use and process evaluation of a self-control-program in case of enuresis diurna

The application of self-control techniques even for children is exemplified by the case of enuresis diurna of a seven year old child. The effects of the psychological intervention are controlled by process observations during 182 days of therapy and are confirmed by means of time series analysis.

Literatur

- Azrin, N. H. & Fox, R. M. (1974): Toilet training in less than a day. New York: Simon Schuster. – Besalal, V. A., Azrin, N. H., Thienes-Hontos, P. & McMorro, M. (1980): Evaluation of a parent's manual for training enuretic children. In: Behavior Research and Therapy 18, 358–360. – Box, G. E. P. & Jenkins, G. M. (1976): Time series analysis, forecasting, and control. San Francisco: Holden-Day. – D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971): Problem solving and behavior modification. In: Journal of Abnormal Psychology 78, 107–126. – Eberlein, G. (1977): Autogenes Training mit Jugendlichen. Düsseldorf: Econ. – Fichter, M. M. (1979): Versuchsanplanung experimenteller Einzelfalluntersuchungen in der Psychotherapieforschung. In: Petermann, F. & Hehl, F. J. (Hrsg.): Einzelfallanalyse. München: Urban Schwarzenberg. – Harbauer, H. (1976):

Störungen mit vorwiegend körperlichen Symptomen. In: *v. Har-nack, G.A.* (Hrsg.): Therapie der Krankheiten des Kindesalters. Berlin: Springer. – *Hartig, M.* (Hrsg.) (1975): Selbstkontrolle. Fortschritte der Klinischen Psychologie. München: Urban Schwarzenberg. – *Haug, G.* (1980): Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung. Praxis der Kinderpsychologie 29, 90–94. – *Kanfer, F.H.* (1975): Die Aufrechterhaltung des Verhaltens durch selbsterzeugte Stimuli und Verstärkung. In: *Hartig, M.* (Hrsg.): Selbstkontrolle. Fortschritte der Klinischen Psychologie. München: Urban Schwarzenberg. – *Meichenbaum, D.* (1975): Self-instructional methods. In: *Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P.* (eds.): Helping people change. A textbook of methods. New York: Pergamon. – *Meier, F.* (1981): Studentisches Arbeiten als Prozeß. Eine Anwendung der Zeitreihenanalyse in der Feldforschung. Psychologia Universalis, Bd.44. Königstein/Ts.: Hain. – *Reinecker, H.* (1978): Selbstkontrolle.

Salzburg: Müller. – *Schmidtchen, S.* (1976): Klientenzentrierte Spieltherapie. Weinheim: Beltz, 2. Aufl. – *Spock, B.* (1975): Säuglings- und Kinderpflege. Frankfurt: Ullstein. – *Stegat, H.* (1973): Die Verhaltenstherapie der Enuresis. Praxis der Kinderpsychologie 22, 199–208. – *Teegen, F., Pieper, A. & Fiedler, I.* (1977): Begleitheft für Mediatoren zum Anleitungsprogramm zur Selbstmodifikation für Kinder „Wie werden wir das nur los?“. Tübingen: DGVT-Materialien 1, Teil B. – *Villiez, T. V.* (1979): Eröffnungsschritte für eine familiendynamisch orientierte Enuresis-Therapie. Praxis der Kinderpsychologie 28, 43–46.

Anschr. d. Verf.: Priv.-Doz. Dr. Friedhelm Meier, Medizinische Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, D-4630 Bochum

Dipl.-Psych. et Päd. Helga Land, Grunerstraße 13, D-4000 Düsseldorf