

Haug , Gabriele

Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 3, S. 90-94

urn:nbn:de:bsz-psydok-27848

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

- F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour) 124
- G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics)..... 163
- G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms) 79
- G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program) 95
- A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ) 47
- R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children) 203
- W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ... 51
- H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants) 213
- W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers) 55
- R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment) 182
- G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families) 90
- F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy) 37
- B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide) 218
- F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History) 292
- K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”) 42
- K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention) 117
- F. Mattejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasic Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics) 83
- W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path) 298
- J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses)..... 115
- T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling) 286
- H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa) 243
- H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare) 8
- U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities) 271
- A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania) 169
- A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child) 1
- H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children) 63
- V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders) 252
- G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa) 247
- L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crisis in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications) 278
- B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter) 175

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

- S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress) 70
- P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children) 264
- R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schilhaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schilhauptschule") 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinder- heimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppen- arbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungs- stelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht er- krankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Er- zieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechen- land — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familien- dynamik 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ich- bildung 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, 269, 317

Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung

Von Gabriele Haug

Zusammenfassung

Mit Hilfe kommentierter Kalenderführung und langfristig angestellter Situationsanalyse (176–335 Tage) wurden Enuretiker im Alter von 7–12 Jahren in ihren Familien beobachtet.

Wie aus Tabelle I hervorgeht, ergab sich ein signifikanter statistischer Zusammenhang zwischen dem Belastungsgrad durch Ereignisse des Tages und der Wahrscheinlichkeit des Einnässens in der folgenden Nacht. Für einzelne Kinder ließen sich sogar individuelle Anlässe erkennen, nach deren Eintreffen am Tage das Einnässen in der folgenden Nacht fast mit Sicherheit zu prognostizieren war. (Hierbei wurde die Methode hinterlegter Prognosezettel angewandt.)

An 7 Kindern wurde der Vorgang des Einnässens am Tage mehrmals direkt beobachtet. Es ergaben sich 2 unterscheidbare typische Abläufe:

1. Das Kind scheint sich in entspannter Spielsituation ‚fallen zu lassen‘. Es näßt (nur!) während entspannten Spielens ein, ohne daß sich am Verhaltensablauf – abgesehen von der Harnabgabe selbst – eine Veränderung beobachten läßt.

Hypothese: Blockierende und belastende Emotionen sind entfallen und machen einer so weitgehenden körperlichen und psychischen *Entspannung* Platz, daß selbst angelegte, mit der Blasenentleerung gekoppelte Vorkehrungen mit davon ergriffen werden und beim Harnlassen nicht mehr einsetzen.

2. Das Kind hält unvermittelt während beliebiger Handlungen inne, ist für 10–25 sec bewegungslos, scheint verkrampft und seiner Umwelt entrückt und näßt dann ein. Wenn *diese* Form des diurnalen Einnässens beobachtet wurde, handelte es sich stets um ausgesprochen belastete bzw. verhaltensgestörte Kinder.

Hypothese: Bei dem belasteten Kind kommt es – auch ohne äußeren Anlaß – zu einem Zusammenspiel von Harn-drang, Angstgefühl und Harnverhaltung. Diese 3 Komponenten steigern einander auf *physiologischer* Ebene bis zu einer Intensität, die alle anderen Verhaltenstendenzen vorübergehend unter Hemmung setzt und die Harnabgabe in Form einer ‚Entladung‘ veranlaßt bzw. erzwingt.

Beide Formen scheinen also in psychophysischer Sicht geradezu gegensätzlichen Charakter zu haben.

Bei der Durchsicht in- und ausländischer Publikationen zum Thema Enuresis wird deutlich, daß psychogene Faktoren in der Debatte über ihre Genese immer mehr im Vordergrund stehen. Die Literatur der letzten Jahre weist auf den möglichen Einfluß von emotionalen Belastungen, innerfamiliären Spannungen und individuell unterschiedlich

empfundener psychischer Mangelsituationen hin. Jedoch der zahlenmäßige Anteil der psychogenen Enuresis unter der Gesamtheit der betroffenen Patienten wird – je nach Fachrichtung – sehr unterschiedlich angegeben.

Der in Untersuchungen festgestellte Placeboeffekt bei Enuresis nocturna und die anerkannte Suggestivwirkung bei Einführung eines ‚Zu-Bett-Geh-Rituals‘ sprechen für eine psychische Beeinflussbarkeit des Symptoms. Eine Änderung des Milieus oder der Betreuungssituation hat häufig eine spontane Beseitigung des Symptoms zur Folge, ein Ergebnis, das verschiedenartigste Behandlungsmethoden nicht erreicht haben. Die in Publikationen angegebene hohe Rückfallquote bei medikamentöser Therapie zeigt die schwierige physiologische Erfassbarkeit dieser Funktionsstörung.

Medizinische und psychologische Veröffentlichungen sprechen die Unsicherheiten bezüglich der Genese sowie die auf dem Hintergrund mannigfaltiger Therapiemaßnahmen gesehen relativ schlechten Heilungsquoten an.

Vorgehen

Bei einer Befragung ehemaliger Enuretiker (im Alter von 8–41 Jahren) kamen die schweren, wenn auch individuell unterschiedlich ertragenen Belastungen durch diese Funktionsstörung zum Ausdruck. Die gesundheitlich geringe Gefährdung steht in keinem Vergleich zu den emotionalen Schwierigkeiten: Opfer eines weiten Spektrums von Erziehungs- und Therapiemaßnahmen, frustrierende Mißerfolge, soziale Diskriminierung, Ausgeschlossenheit von altersmäßigen Gemeinschaftsunternehmungen, Angst vor Bekanntwerden des Problems und dem darauf folgenden Spott sowie Isolierung innerhalb der Familie waren die meistgenannten Punkte, die teilweise bis heute noch nicht bewältigt wurden.

Dieser Untersuchung liegt als Arbeitsmethode die Verhaltensbeobachtung betroffener Kinder *in ihrer Familie* zugrunde. Diese Beobachtungsform hat eine Situationsanalyse zum Ziel. Die Methode der langfristigen Situationsbeobachtung scheint im Gegensatz zur weitaus häufigeren Experimentalanalyse eine Charakterisierung des Alltagsverlaufs der Enuresissymptomatik möglich zu machen.

Arbeitsweise mit Zwischenergebnissen

In verhaltensbiologischer Sicht sind milieubedingte Verhaltensstörungen gleichzusetzen mit Änderungen der Verhaltenssteuerung aufgrund äußerer Erfahrungen; sie sind definitionsgemäß Ergebnisse von Lernprozessen (*Hassenstein*).

Zu Beobachtungen an akuten Fällen wurden nur solche Kinder ausgewählt, die beim Kinderarzt und/oder Urologen untersucht worden waren und bei denen keinerlei organische Befunde vorlagen.

Alle Kinder haben wiederholt erfolglose medikamentöse Therapie, teils mehrfache Konditionierungsversuche mit der Klingelmatratze und Psychologengespräche hinter sich.

Drei Kinder sind während der Beobachtungszeit in medikamentöser Behandlung.

Die ausgewählten Kinder werden in Maximalabständen von 2 Wochen nach Vereinbarung zu Hause aufgesucht. Ständig beobachtet werden 13 Kinder, d.h. mindestens 14-tägiger Kontakt in Form von Kalendern, Besuchen, Kontrollanrufen, Protokollen und Gesprächen mit dem betroffenen Kind, seinen Eltern, Geschwistern oder sonstigen Bezugspersonen. Diese durch *kommentierte Kalender* genormte und schematisierte Verhaltensüberprüfung erleichtert Vergleiche.

In der 1. Phase erfolgt bei jedem Kind ein einführendes Gespräch in Anwesenheit von mindestens einem Elternteil (ca. 2 Std.), dem ein Fragebogen als Gerüst zugrunde liegt. Erfragt werden Punkte zur Familienstruktur, Einnäßbeginn und -häufigkeit, bisherige Behandlungsmethoden, mehrfaches Auftreten des Symptoms in der Verwandtschaft, Reaktionen des Betroffenen und der übrigen Familienmitglieder auf nächtliche Mißerfolge sowie die Motivationsgründe zur Mitarbeit bei diesem Projekt.

Schon beim einführenden Gespräch wurde von den Eltern erwähnt, daß besonders schlechte Phasen mit Abschnitten der Besserung abwechseln und daß es Tagesabläufe gäbe, nach denen man mit Sicherheit mit dem Einnässen rechnen könne.

Mit Hilfe eines in 31 kleine Abschnitte eingeteilten Papierbogens wird im ersten Monat der Kalenderführung für jeden Tag vermerkt, ob in der vorangegangenen Nacht eingenäßt wurde oder nicht. Auf diese Weise kann die Häufigkeit des Einnässens geklärt werden.

Zusätzlich werden aber schon am Abend die positiven oder negativen Schwerpunkte des Tages stichwortartig in die dafür vorgesehene Spalte eingetragen. Dieser Punkt soll einerseits die Aufmerksamkeit auf einen etwaigen Zusammenhang zum Vortag lenken und andererseits ein eventuelles Vorkommen von wiederholtem Einnässen zu bestimmten Anlässen protokollieren.

In der 2. Phase, die nach 1–3 Monaten beginnt, wird die Kalenderführung durch *Prognoseprotokolle* erweitert.

Nun erfolgt:

- a) weiterhin Aufzeichnung am Morgen, ob die Nacht trocken oder naß war,
- b) zusätzlich am Abend vorher Eintrag, ob erstens die Eltern und zweitens das Kind mit dem Einnässen in dieser Nacht rechnen und
- c) Beschreibung der Gründe in Stichworten, warum pro oder contra Einnässen angekreuzt wird.

Anfangs geplant war, daß Punkt b) und c) nach Möglichkeit von Eltern und Kind getrennt geführt werden, um Unterschiede bei der Einschätzung von Tagesproblemen feststellen zu können.

Der Eintrag durch die *Kinder* erwies sich recht schnell als nicht durchführbar, da die Genauigkeit des Protokolls zu wünschen übrig ließ und auch der Eindruck aufkam, daß die Prognose ‚naß‘ sich als Einschlafhindernis auswirkte. Die Beobachtungskinder befinden sich im Alter von 7–12 Jahren.

Die bisher gewonnenen Ergebnisse aus der monatelangen, kommentierten Kalenderführung lassen mit großer Sicherheit auf einen Wirkungszusammenhang zwischen dem Belastungsgrad der Ereignisse am Tag und dem darauf folgenden nächtlichen Einnässen schließen.

Mit Hilfe der Prognosezettel kann inzwischen für jedes beobachtete Kind seine *persönliche Liste* an emotionalen Schwierigkeiten und Belastungen abgelesen werden. Bei Kindern ohne momentane Therapie und genauso unterschiedslos bei Enuretikern, die sich seit langem in erfolgloser medikamentöser Behandlung befinden, lassen sich individuelle Einnäßanlässe prognostizieren. Bei Entspannung der Gesamtsituation, bei positiven Ereignissen und an von dem jeweiligen Kind als problemlos empfundenen Tagen kommt es zu einer ablesbaren Verminderung der Einnäßhäufigkeit.

Das Aufzeigen von Zusammenhängen wird möglich. Hier einige Beispiele:

- Bei Krankheit des Kindes und daraus folgendem Zuhausebleiben der ansonsten berufstätigen, alleinstehenden Mutter sowie bei Urlaub Beendigung des Einnässens und Anhalten der positiven Situation ungefähr 2–3 Wochen über die Urlaubszeit hinweg.
- Bei einem Kind lassen sich die Schulferien mit meist 1–2 Tagen ‚Verspätung‘ und einem verfrühten Neueinsetzen des Symptoms um den zweitletzten Ferientag im Kalender nachweisen.
- Teilweise hebt sich nicht die gesamte Zeit der Kindergarten- oder Schulferien vom Normalverlauf ab, sondern nur die Periode, die außer Haus (ohne Eltern und Geschwister etc.) bei Verwandten oder Freunden verbracht wird.
- Bei einem Kind aus einer Landwirtfamilie spiegelt sich der Ernteeinsatz der Mutter und die damit verbundene Unterbringung des Kindes bei einer Bekannten im Haus wider.
- Körperliche Anstrengungen sowie Unwohlsein und Erkrankungen führen bei einigen Kindern zu verstärktem nächtlichen Einnässen sowie zu ansonsten nicht vorkommendem Hosennässen tagsüber.
- In einem Fall ist der Einnäßkalender gleichfalls ein Protokoll über Aufregungen, Streitereien und Auseinandersetzungen der übrigen Familienmitglieder.
- Besonders auffallend sind die Reaktionen eines 7-jährigen Jungen. Er näßt und kotet zu Hause sowohl tagsüber, als auch nachts ein; jedoch beim schon zweimal erfolgten Kuraufenthalt ist das Kind nach Aussagen der Ärzte und des Betreuungspersonals ohne Medikamente von Anfang an trocken und sauber, und diese Situation hält noch fast einen Monat nach Beendigung der Kur an.

Der Schwerpunkt der Symptomenentstehung scheint im psychosozialen Bereich zu liegen, doch können auch physische Beeinträchtigungen ihren Teil dazu beitragen. Die Einsicht in diese Beobachtungszusammenhänge macht nach einiger Zeit eine abendliche Prognoseaussage der Eltern relativ einfach und sicher.

Bei Beobachtungszeiten zwischen 335 und 176 Tagen ergeben sich bei der Vierfelder-Chi-Quadrat-Überprüfung der Korrelation zwischen Stress- und Normaltagen sowie

den Ereignissen naß und trocken χ^2 -Werte zwischen 36.0 und 134.8. Anhand der Stichprobe wird somit die Nullhypothese auf dem 1 Promille-Niveau abgelehnt ($\alpha = 0,001$).

Beispiele der Kalenderauswertung bei 9 Enuresis-nocturna-Fällen

Kind	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Beobachtungstage	297	306	335	327	176	183	324	321	214
nasse Tage	94	117	309	7	75	80	105	277	82
Stresstage	59	63	281	7	52	70	72	300	51
Normaltage	238	243	54	320	124	113	252	21	163
nasse Streßtage	50	62	270	7	46	52	64	269	42
Phi-Koeffizient*	0.568	0.630	0.327	1	0.600	0.485	0.645	0.370	0.506
χ^2	95.94	121.6	36.03		63.44	43.05	134.8	44.12	54.93

* = Vierfelderkorrelationskoeffizient nach *Pearson*

Als Normaltag wird in diesem Zusammenhang der Tagesablauf bezeichnet, der im Kalender nicht durch negative Schwerpunkte gekennzeichnet ist. Es handelt sich also um eine subjektive Einteilung als Abgrenzung gegen den deutlich empfundenen Streßtag.

Diese Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß Enuresis als ein Symptom für Streß umschrieben werden kann. Verschiedene Faktoren und Situationen können je nach ihrem individuellen und subjektiven Bedeutungsgehalt als Stressoren zu unterschiedlichen psychischen Belastungen führen (Schlüssel-Schloß-Reaktion). Streßsymptome haben eine leicht faßbare Lerngeschichte, die an viele Streßfaktoren anknüpfen kann. Doch diese Symptome treten nicht bei all den Menschen auf, die unter Streß stehen. Man muß sich vorstellen, daß die ‚Streßverarbeitungsstruktur‘ von den emotionalen Grundstrukturen des betreffenden Individuums abhängig ist. Es muß unter bestimmten Bedingungen eine Art erlernter Initialzündung geben, damit ein bestimmtes Symptom gezeigt wird.

Wichtig ist hierbei die Feststellung, daß es sich bei der Reinlichkeitserziehung um einen sehr störanfälligen, vom emotionalen Klima stark abhängigen Vorgang handelt. Eine Assoziation zwischen Leistungsanforderung und Ausscheidungsfunktion wird geknüpft. Eine Leistungsanforderung verspricht aber nur dann Erfolg, wenn sich das Kind in einer ausreichend befriedigten Gefühlslage befindet. (*Dührssen* 1976). Das höchst komplexe Ereignis der willkürlichen Blasenkontrolle kommt zu einem Zeitpunkt zum Tragen, zu dem die Auseinandersetzung mit den Umweltgegebenheiten und den Bezugspersonen den ersten Höhepunkt erreicht. Es muß sich noch nicht einmal um einen tradierten Erziehungsstil auf dem Gebiet der Reinlichkeitsgewöhnung handeln, um einen Enuretiker heranzuzüchten; eine bestimmte Konstellation der psychosozialen Gegebenheiten als auch der individuellen Reaktionslage kann anscheinend hierfür ausreichen.

Unter individueller Reaktionslage soll hier eine Bereitschaft oder Disposition verstanden werden, die, zusammen mit einer daran anschließenden Lerngeschichte, das Auftreten einer spezifischen Symptomatik möglich macht.

Bekannt sind in diesem Zusammenhang Arbeiten über die sog. Enuretikerpersönlichkeit, über die Besonderheiten in der Erlebnisverarbeitung und des Problemlöseverhaltens. In der Literatur häufig erwähnt wird die hohe Empfindsamkeit und Sensibilität, die gegen eine geringe Frustrationstoleranz kaum abzugrenzen ist. Bezüglich der psychischen Verfassung der Enuretikerkinder weist *Dührssen* auf Zusammenhänge mit dem Organgeschehen hin. Es handelt sich „um einen vermehrten Spannungszustand des Blasentonus einerseits und um eine verminderte Fähigkeit, im Schlaf den auftauchenden Harndrang zu registrieren und zu beantworten ... Enuretikerkinder sind außerordentlich oft dadurch gekennzeichnet, daß sie sich in einem Dauerzustand gespannter und leicht beunruhigter Leistungsbereitschaft befinden und daß sie dieser Leistungsbereitschaft dauernde Abwehripulse entgegenzusetzen.“ (1976).

Bei einer näheren Betrachtung des Enuresis-nocturna-Symptoms müssen folgende physiologische Voraussetzungen beachtet werden:

- Der Blasentonus, der Spannungszustand der Blasenwandmuskulatur, wird über die momentane, von der jeweiligen Situation abhängige psychophysische Belastungslage geregelt. Er hängt vom nervösen Reizzustand ab.
- Aufregungen im weitesten Sinne signalisieren ein plötzliches Harndranggefühl. Besonders einleuchtend und geeignet zur Information der Eltern ist der von *Dührssen* gefundene Vergleich zwischen Blase und Herz, bei dem die unwillkürliche Muskelarbeit und gleichzeitig die starke Abhängigkeit von nervösen Einflüssen zum Ausdruck kommt. (1974).
- Nicht die in der Blase enthaltene Flüssigkeitsmenge, sondern der Spannungszustand der Blasenwand ist für das Harndranggefühl verantwortlich. Bei einer angespannten psychophysischen Belastungslage kommt es schon bei einer geringfügigen Urinmenge zu einer Erhöhung des Blasentonus und somit zum Harndranggefühl.
- Die Harnausscheidung bedeutet eine Entlastung für den Organismus; sie ist aber erst in einer einigermaßen entspannten, oder besser gesagt, in einer nicht mehr voll angespannten Situation möglich.

Enuresis-nocturna-Diskussion

Durch ihre besondere Form der Erlebnisverarbeitung, durch die als seelische und körperliche Belastungen empfundenen Vorkommnisse des Tages steht das Kind unter dauerndem Druck und ständiger Anspannung und Angst. Tagsüber funktioniert die angelernte Blasenkontrolle in den meisten Fällen (schwere Krankheiten können zu Störungen führen). Nach einem solchen Tag, dessen Abend häufig noch mit Ermahnungen und Vorkehrungen bezüglich des Problems schließt, wird die Angst und Bedrücktheit mit in den Schlaf genommen. Erst im Schlaf kommt es – bei nicht erschlafte Tonus der Blasenwandung – zu einer gewissen Allgemeinentspannung des Körpers, die mit unwillkürlicher Blasenentleerung gekoppelt ist. Der Weckreiz wird ‚ignoriert‘. Die oftmals beschriebene erhöhte Weckschwelle bei Enuretikerkindern wird von seiten der Psychologie als ‚unbewußtes Nichtherauskommenwollen‘ aus diesem Zustand gedeutet.

Gelernt wird zusätzlich sicher, daß das Einnässen einen Betreuungsgewinn bringt, der für diese sich oft vernachlässigt und schlecht behandelt fühlenden Kinder, die häufig durch Überforderung mutlos geworden sind, eine nicht zu unterschätzende Bedeutung hat, für die sich manche Unannehmlichkeit lohnt. Einleuchtende Beispiele hierfür sind die auffallend hohe sekundäre Enuresishäufigkeit bei der Geburt eines Geschwisterchens und das Nachlassen bzw. Aufhören des Einnässens bei Verbesserung der Betreuungssituation. Das einnässende Kind zwingt die Betreuungsperson, sich ganz automatisch zumindest zeitlich mehr mit ihm zu beschäftigen. Das Einnässen wird mit mehr Zuwendung belohnt. Hier liegt es nahe, den verursachenden Lernprozeß als *bedingte Aktion* zu definieren.

Enuresis-diurna-Diskussion

Auffallend scheinen Beobachtungen an tagnässenden Kindern, die zu Hause, im Kindergarten oder auf Spielplätzen protokolliert wurden. Besonderes Augenmerk wurde hierbei auf die Sekunden vor dem Einnässen sowie auf das Verhalten während des Harnlassens gerichtet.

Bezüglich der Enuresis diurna lassen die Daten auf zwei verschiedene Abläufe schließen:

1. Das so häufig genannte ‚Sich-Vergessen-im-Spiel‘ stellt die erste Variante dar. Unruhiges Trippeln und Tänzeln deuten oft schon lange Zeit vor dem Einnässen die Notwendigkeit eines Toilettenganges an. Doch das Kind reagiert – trotz Zureden – nicht auf diese physiologischen Signale. Vorausgesetzt, daß alle sonstigen Funktionen normal sind, spürt das Kind den Harndrang mit Sicherheit, doch es reagiert auf ihn mit Unsicherheit, Angst und Anspannung, da er als ein durch Erfahrung mit negativen Emotionen belegtes Körpersignal empfunden wird. Der Harn wird also möglichst lange zurückgehalten, und zur Entleerung kommt es dann erst beim ‚Sich-Vergessen‘. Dieses Vergessen geschieht nicht etwa beim Essen oder im Gespräch, sondern beim Spiel, einer Verhaltensweise, die nur dann ablaufen kann, wenn eine gewisse innere Ruhe sich eingestellt hat, nämlich im sog. entspannten Feld. Während der Harnabgabe ist keinerlei Verhaltensänderung oder Umstellung in der Spiel-

aktivität zu beobachten. Das Kind vergißt also nicht, auf die Toilette zu gehen, sondern es vergißt die daran hindernden Sorgen.

2. Die zweite Form des Tagnässens wurde bisher nur bei Kindern beobachtet, bei denen das Einnässen von weiteren Verhaltensauffälligkeiten begleitet ist. Bei diesen verhaltensgestörten Kindern zeigt sich folgender typischer Ablauf der letzten Sekunden vor dem Einnässen. Bei sehr unterschiedlichen Tätigkeiten hält das Kind – für Außenstehende unvermittelt – mitten im Handlungsablauf inne, läßt eventuell Gegenstände aus der Hand fallen, wirkt abwesend, zieht sich aus der Gruppe zurück und blickt starr auf irgendeine Stelle. Seine Körperhaltung wirkt verkrampft, und das Kind ist unansprechbar. Der Vorgang erscheint wie eine kleine Absence. Nach etwa 10–25 sec kommt wieder Leben in das Kind, und anscheinend gleichzeitig näßt es ein. Die genaue zeitliche Abfolge und der Moment des Einnässens sind sehr schwer festzustellen. Die von mir zugrunde gelegten Kriterien, wie z. B. nasser Fleck an Kleidung oder Stuhl, oder aber hektisches Betasten des Kleidungsstückes erscheinen erst mit einer gewissen Verzögerung. Während der kleinen Absence wurde nie das Auftreten eines feuchten Flecks beobachtet.

Eine Interpretation dieses Vorgangs ist schwierig, zumal von psychologischer Seite diese Absence als Höhepunkt eines Lustgefühls gedeutet wird. Verständlicher wäre die Vorstellung, daß für ein stark belastetes Kind die innere Unruhe, Angst und Beklommenheit auch ohne direkten äußeren Anlaß wellenförmig so groß werden kann, daß die momentane Umwelt vergessen wird. Diese Aufregung signalisiert ein plötzliches Harndranggefühl, die erste Reaktion ist ein Erstarren und Zurückhalten des Harns, was einen weiteren Anstieg der Unsicherheit und Angst mit sich bringt. Harndrang und Angst eskalieren so weit, bis die Anspannung ins physiologisch Unerträgliche steigt. Es kommt zur Entladung, die mit einer Harnausscheidung einhergeht.

Allergische Diathese-Enuresis-Diskussion

Bei den beobachteten Enuretikern ergab sich bei der Befragung bezüglich der bisher aufgetretenen Erkrankungen ein gehäuftes Erscheinen von Krankheiten aus der allergischen Diathese-Gruppe (Pseudokrupp, Krupphusten, spastische Bronchitis, asthmoide Bronchitis, Asthma bronchiale, Neurodermitis und Urticaria). Aus diesem Grund wurde in zwei Freiburger Kinderarztpraxen eine Stichprobe von jeweils ca. 1000 Kindern anhand ihrer Behandlungskarten durchgeführt. Die Auswertung brachte folgende Ergebnisse:

1. Stichprobe 1016 Kinder, davon Enuretiker 68
Bei 948 Nicht-Enuretikern waren 91 mit allergischer Diathese = 9,59%.
- Bei 68 Enuretikern waren 35 mit allergischer Diathese = 51,47%.
2. Stichprobe 1006 Kinder, davon Enuretiker 76
Bei 930 Nicht-Enuretikern waren 94 mit allergischer Diathese = 10,10%.
- Bei 76 Enuretikern waren 48 mit allergischer Diathese = 63,15%.

Die Daten machen eine weitere Beobachtung dieses interessanten Phänomens notwendig. In diesem Zusammenhang möchte ich auf die Aussagen von *Schwidder* bezüglich der Klimaempfindlichkeit asthmatischer Kinder hinweisen. „Der Empfindlichkeit gegen Kälte und Nebel oder gegen bestimmte ‚Allergene‘ liegt oft die projektive Verarbeitung von spezifischen Ängsten und damit eine psychische Sensibilisierung erlebnismäßig zugrunde.“ (1970). Es werden Fragen nach Disposition, Lerngeschichte und Reaktionslage bei einem so signifikant gekoppelten Auftreten von psychosomatischen Krankheiten gestellt werden müssen.

Herrn Dr. G. Seseke und Herrn Dr. H. Vahlenkamp sowie der DFG möchte ich für ihre Unterstützung herzlich danken.

Summary

Enuretics in Long-Term Observation in Their Families

Enuretics aged 7 to 12 years were observed in their families. Their situation was analysed with the help of long-term (176–335 days) annotated calendar-keeping.

As shown in table I a significant statistical correlation has been found between the degree of psychological distress precipitated by events during the day and the occurrence of bed-wetting during the night. In some children specific events could be identified which with near certainty led to bed wetting during the night (using the method of deposited prognosis sheets).

In seven children the process of wetting during the day was directly observed several times. Two types of the procedure were distinguished.

1. The child seems to “let go” while playing in a relaxed situation. No change in behaviour – except the wetting – could be observed.

Hypothesis: Blocking and annoying emotions disappear and permit extensive physical and psychic relaxation so that even normal sphincter control is lost.

2. The child immediately stops all action, is motionless for 10–25 seconds, seems to be cramped and psychically removed from the environment, and then starts wetting. This form of enuresis diurna was always observed in pronouncedly burdened or disturbed children.

Hypothesis: A reverberating process of uretic pressure, fear, and urinary restriction occurs. These three components

enhance one another at the physiological level up to an intensity which initially inhibits all other behaviour and then induces the urinary delivery in form of a “discharge”.

Seen psychosomatically the two forms appear to be of opposite origin.

Literatur

- Dimitrion, E.:* Relationship between parental attitude towards the emotionally disturbed child and nocturnal enuresis. *Behav. Neuro-psychiatry* 8, 76–77 (1977). – *Doleys, D. M.:* Behavioral treatments for nocturnal enuresis in children. *Psychological Bulletin* 84, 30–54 (1977). – *Dührssen, A.:* Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1974. – *Dies.:* Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1976 – *Fraser, M. S.:* Nocturnal enuresis. *Practitioner* 208, 203–211 (1972). – *Freeman, E. D.:* The treatment of enuresis. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 6, 403–412 (1975). – *Harbauer, H.:* Diagnose und Behandlung des Bettnässens. *Deutsches Ärzteblatt* 68, 2592–2596 (1971). – *Hassenstein, B.:* Verhaltensbiologie des Kindes. München, Piper, 1973. – *Hellbrügge, Th.:* Häufigkeit, Art und soziale Bedingtheit von Verhaltensstörungen im Vorschulalter. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 122, 532–534 (1974). – *Henning, H.:* Einige Ergebnisse psychologischer Untersuchungen bei Enuretikern und Enkopretikern im Kindesalter. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 71, 431–434 (1977). – *Huttunen, M.:* Encopresis and enuresis as symptoms of depression. In: *Annell, A.-L.,* Depressive states in childhood and adolescence. 212–217, Stockholm 1972. – *Kemper, W.:* Bettnässer-Leiden ‚Enuresis‘. München, Ernst Reinhardt, 1978. – *Kolvin, J.:* Enuresis in childhood. *Practitioner* 214, 33–45 (1975). – *Kos, M. u. Lankers-Dunhofer, M.:* Therapeutische Möglichkeiten und ihre Grenzen beim kindlichen Einnässen. *Praxis* 1, 19–21 (1967) und 2, 51–56 (1967). – *Lempp, R.:* Die kinderpsychiatrische Therapie bei der Enuresis. *Therapiewoche* 26, 4403–4409 (1976). – *Lenz, R.:* Katamnestic Erhebungen über Enuresis nocturna. *Med. Diss. U 65.8942.* Magdeburg 1965. – *Rosenberger, P. W.:* Enuresis – Entstehung, Verlauf, Therapie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1976. – *Schwidder, W.:* Zur Symptomatik und Ätiologie der Enuresis und Enkopresis. *Analytische Psychotherapie und Erziehungshilfe, Arbeitstagung Berlin*, 119–125 (1951). – *Ders.:* Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1970. – *Stegat, H.:* Die Verhaltenstherapie der Enuresis. *Praxis* 22, 199–208 (1973). – *Villiez, T. von:* Eröffnungsschritte für eine familiendynamisch orientierte Enuresis-Therapie. *Praxis* 28, 43–46 (1979).

Ansch. d. Verf.: Gabriele Haug, Albert-Ludwigs-Universität, Biologisches Institut I, Albertstraße 21 a, 7800 Freiburg.