

## Psycho- und verhaltenstherapeutische Möglichkeiten bei Therapieversagen

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich vorwiegend mit verhaltenstherapeutischen Techniken bei der Behandlung der Enuresis nocturna und diurna, die unter diagnostischen und therapeutischen Aspekten diskutiert wird, mit Überlegungen zur Genese des Bettnässens die sich daraus ergeben. Grundsätzlich werden psychotherapeutische Interventionen meinerseits erst vorgenommen, nachdem in einer medizinischen Differentialdiagnose organische Beeinträchtigungen (besonders die seltenen Fälle organisch erklärbarer Inkontinenz) ausgeschlossen wurden. Eine Behandlung ist auf drei Ebenen möglich:

- a) der organischen Ebene, die Blase wird als eigenständige Einheit gesehen und durch einen medizinischen Eingriff repariert.
- b) Der individuellen Ebene, die Person des Betroffenen mit ihren Gefühlen, Gedanken und Handlungen wird in einem Zusammenhang mit der Blase gesehen und somit zum Gegenstand der Behandlung.
- c) Der systemischen Ebene, die Gefühle, Gedanken und Handlungen anderer die mit dem Symptomträger zu tun haben, werden als mit dem Problem verbunden gesehen.

Diese drei Ebenen stellen die Bereiche dar, in denen das Problem mit seinen implizierten Lösungen entworfen wird. Entscheidend ist dabei die Art, wie Verbindungen zwischen den Ebenen hergestellt oder vermieden werden. Daher stellt sich immer die Frage, soll die Blase allein, das Kind oder die ganze Familie behandelt werden. Da Bettnässen ein Ereignis mit einer ausgeprägten systemischen Komponente darstellt, ist unschwer zu erkennen, dass durch das nasse Bett sofort die Frage nach dessen Trockenlegung und der Reinigung der Bettwäsche auftaucht. Durch das eingenasste Bett ist das Symptom sehr direkt mit dem Leben anderer Bezugspersonen verbundene. Das Symptom erzeugt Leidensdruck nicht nur beim Symptomträger. Nicht selten kommen Eltern mit der

klaren Vorstellung zur Therapie, dass sie etwas mit diesem Problem zu tun haben. Sie sehen sich zum Teil als pathogenen Faktor und sind hin- und hergerissen zwischen Versuchen freigesprochen zu werden und sich selbst anzuklagen. Daher ist es wesentlich, persönliche Schuldzuschreibungen zu vermeiden. Einseitige Schuldzuschreibungen würden die Zusammenarbeit gefährden und zu einer Erhöhung des Stresses und der Belastung innerhalb der Familie führen. Es kann nicht um die individuelle Pathologisierung eines oder mehrerer Familienmitglieder gehen.

Der Vorteil des Therapieeinstieges mit einer interaktionellen Sichtweise liegt darin, dass es wesentlich einfacher ist von dieser Sichtweise später wieder zu einer individuumszentrierten Sicht zu wechseln, die das Bettmäßen als Lerndefizit des Symptomträgers sieht. Die Motivation der Eltern, sich zu beteiligen, ist in der Anfangsphase der Behandlung auf Grund des Leidensdrucks sehr groß und sollte deshalb genutzt werden. Je mehr Verantwortung für Veränderung sich die Therapeuten aufbürden, desto weniger tragen die Familienmitglieder, die sich gerne und schnell an diese Rollenverteilung gewöhnen. Nach lerntheoretischen Gesichtspunkten hat ein inadäquates Erziehungsverhalten fehlende oder unangemessene Lernprozesse zur Folge. Mangelhafte Lernprozesse führen nach dieser Annahme vor allem, wenn eine Psychologische Unreife vorliegt dazu, dass die Hemmfunktionen des Blasenentleerungsprozesses nicht funktionssicher ausgebildet und so Blasentonus und Aufwachen nicht ausreichend reguliert werden können. Die Feststellung, dass es sich bei der Enuresis meist um eine multifaktoriell bedingte Erkrankung handelt, ist sicherlich richtig, entbindet aber nicht davon in jedem einzelnen Fall zu versuchen, diejenigen Faktoren zu eruieren, die in einem spezifischen Zusammenwirken das Einnässen vermutlich verursachten und aufrecht erhielten. Nur so kann eine gezielte und erfolgversprechende Behandlung eingeleitet werden.

## Therapeutische Interventionen

Bei meinem therapeutischen Vorgehen handelt es sich vorwiegend um ein funktional orientiertes Behandlungskonzept, bei dem die Indikation der Maßnahmen und die Reihenfolge in der diese zum Einsatz kommen primär mitbestimmt werden von **persönlichen Merkmalen des Enuretikers, seiner Familie, sowie den Charakteristika des Einnässverhaltens**. Innerhalb der Behandlungsstrategie kommen neben **Familienzentrierten, spieltherapeutischen Maßnahmen sehr funktionsspezifische** Ansätze, wie z.B. **Einhaltetraining, systematisierte Weckpläne usw. zum Einsatz**. Apparative Behandlungen (Klingelhose) werden mit operanten Ansätzen kombiniert. Weiters kommen in meinem Therapiekonzept, das problemspezifisch und interaktional ausgerichtet ist, kombinierte Methoden zur Anwendung. Es wird nicht eine einzige, allgemein gültige Vorgehensweise, bzw. Technik als indiziert angesehen, die nahezu unterschiedslos auf alle Enuresisformen angewandt wird (Beispiele dafür wären etwa der undifferenzierte Einsatz des Weckgerätes oder aber der alleinige Zugang durch Spieltherapie). Mehrere Maßnahmen werden zeitlich entweder sequentiell oder simultan eingesetzt. In Form einer stufenweisen Abfolge von zunächst weniger invasiven und weniger aufwendigen Techniken bis hin zu aufwendigeren Methoden, wie z.B. das Trockenbetttraining von Azrin (1974). Der Einsatz einer speziellen Technik kann nicht nur von der Art der Symptomatik abhängig gemacht werden, sondern die Auswahl einer Behandlungsmethode ist auch von der Kooperationshaltung des Patienten bzw. der Familie abhängig zu machen. Bettnässen bedeutet in einem verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzept, in erster Linie eine Neudefinition des Problems als individuelles Lerndefizit unter lerntheoretischer Perspektive. Vor der spezifischen Therapie wird eine **allgemein diagnostische Phase** der Behandlung vorgeschaltet. Diese besteht aus einer **allgemeinen diagnostischen Abklärung** und beinhaltet:

1. Elternfragebögen zum Einnässen,
2. Erhebung zur Einstellung der Eltern zum Einnässen.

3. Anamneseerhebung, Entwicklungs- und lebensgeschichtliche Exploration mit den Eltern und dem Klienten.

Danach erfolgt **die erste Therapiephase**, diese beinhaltet: eine **spezielle Enuresisdiagnostik**:

- Erheben der Ausgangsdaten/aktuelle Symptomatik/Baselineerhebung  
Abhängigkeit der Symptomatik von spez. Situationen.
- Entwicklung der Symptomatik, Schwankungen in der Häufigkeit des Auftretens.
- Vorbehandlungen, bisherige Bewältigungsversuche von Patient und Familie, Exploration des Umfeldes des Patienten.

Neben dem Erscheinungsbild der aktuellen Symptomatik werden situative und lebensgeschichtliche Bedingungen erfragt (aktuelle Schulsituation, Sozialkontakte, Trennung, Scheidung, Geschwisterrivalitäten). Die Erfassung des Umfeldes des Klienten beinhaltet sowohl symptom-spezifische Situationen, wie z.B. die Wohn- und Schlafsituation, (Lage des WC in der Wohnung) wie auch Angaben über die allgemeine Lebenssituation. Die Anfangsdiagnostik wird durch eine Verlaufsdiagnostik ergänzt- Die Registrierung beschränkt sich im einfachsten Fall auf die Dokumentation der Häufigkeit der Symptomatik, kann aber auch differenziertere Beobachtungsleistungen miteinschließen. Bei entsprechend komplexerer Gestaltung können damit auch Angaben über mögliche Auslöser und Konsequenzen geliefert werden (z.B. die Handhabung des bekannten Sonnen-Wolkenkalenders).

Die Aufgabe der Familie bzw. des Klienten selbst besteht darin, einen **Kalender** zu führen, in dem die wichtigsten Ereignisse wie trockene und nasse Nächte mit den begleitenden Maßnahmen der Eltern, die in direkter Absicht einer Einflussnahme auf das Bettnässen stehen und sonstiger wichtiger Ereignisse im Leben der Eltern und des Klienten systematisch aufgeführt werden. Der Kalender wird nach einem Zeitraum von etwa 4 Wochen gemeinsam ausgewertet

und es wird nach typischen Mustern gefahndet. Weitere Vorteile liegen hier darin, dass durch die mit der Beobachtung verbundene Rückmeldung über die Symptomatik auch eine Sensibilisierung auf Seiten von Klient und Familie hervorruft, die sich günstig auf die Therapiemotivation auswirkt.

Zu den ersten Maßnahmen gehört, dass zur **Baselineerhebung** alles abzustellen und zu erlassen ist, was das Symptom verändern und beeinflussen könnte, d. h. keine Flüssigkeitsreduktion, kein nächtliches Wecken mehr, keine abwertenden Äußerungen und Kommentare im Umgang mit der Symptomatik. Als erlaubte Maßnahme gilt der Einsatz einer Gummiunterlage im Bett. Als Folge der Beobachtung treten bereits oft Veränderungen des Symptoms in seiner Qualität oder Häufigkeit auf. Die **Instruktion der Selbstbeobachtung** kann auch im Sinne einer **Symptomverschreibung** verstanden werden. Die Tatsache, dass der Patient in dieser Phase einnässen soll, wirkt ausgesprochen entlastend und hat oft den paradoxen Effekt einer **Symptombesserung**.

In der darauf folgenden, **eigentlichen Therapiephase kommen spezifische therapeutische Techniken zum Einsatz, die im Rahmen einer differentiellen Indikationsstellung erhoben wurden. Dies wiederum basiert auf den Informationen, die in der allgemeinen Diagnostikphase gewonnen wurden.** Die Behandlungsmethoden stehen also nicht von vornherein fest, es besteht **kein standardisiertes Therapieprogramm**. Die Behandlungsvorschläge und Interventionen werden so spezifisch wie möglich auf Familie und Klient abgestimmt.

Die dabei eingesetzten Techniken sind aus der Verhaltenstherapie bekannte Methoden wie:

Selbstbeobachtungsverfahren  
Operante Verstärkungstechniken  
Chaining (Verhaltensverkettung)  
Shaping (Verhaltensformung)  
Shadowing (vorgegebene Lernschritte applizieren)  
Apparative Konditionierungstechniken im Zusammenhang mit dem Weckgerät (Klingelhose)

Dem Klienten und seiner Familie wird der Behandlungsvorschlag präsentiert, die therapeutische Vorgangsweise wird begründet, die Hypothese, genese und Aufrechterhaltung der Störung, sowie relevante Indikationskriterien werden angeführt. Änderungswünsche und Einwände der Betroffenen finden in dem Behandlungskonzept Berücksichtigung. **Diagnostische Überlegungen gehen fließend in beeinflussende therapeutische Strategien über.**

## Zum Einsatz von symptom-spezifischen Maßnahmen

Der Einsatz von **operanten Techniken** geschieht meist in Form von **Verstärker und Belohnungsplänen (Tokenpläne):**

Belohnungsplan:

Nachts freiwillig entleert	1 Punkt
Nachts freiwillig entleert und trocken geblieben	2 Punkte
Nachts nicht entleert und trocken geblieben	3 Punkte

Die erreichten Punkte können gegen nicht materielle Belohner getauscht werden, wie z.B. die täglich fix vereinbarte Spielzeit, Schwimmbadbesuch usw. Im Verlauf der Therapie wird der Belohnungsplan dahingehend als neues Zielverhalten abgeändert, dass nur mehr belohnt wird, wenn nachts freiwillig entleert wurde und das Kind morgens trocken war.

**Psychotherapeutisches Vorgehen zielt in der Einzelbehandlung nicht nur darauf ab, dass das Kind sein Symptom aufgeben kann, sondern dass es das Symptom als ein von ihm aktiv gestaltetes Geschehen mit individuell spezifischer Bedeutung wahrnimmt und so nach anderen Problemlösungen suchen kann. Bei den operanten Methoden werden mit Hilfe positiver und negativer Verstärkung und Extinktion eine Veränderung derjenigen Faktoren angestrebt, die für das Weiterbestehen der Störung verantwortlich erscheinen. Sie umfassen z.B. das Belohnen des Kindes bei Aufsuchen der Toilette, bei länger andauernder Symptommfreiheit, usw. Die erwähnten Maßnahmen werden von den Eltern selbst unter meiner Supervision zu Hause weitergeführt. Wesentlich ist noch die**

Festlegung eines **Zielverhaltens**, das nicht nur **in trockenen Nächten** gesehen werden kann. Es erscheint sinnvoll, **andere zeitliche Einheiten zu wählen, beispielsweise halbe Nächte oder halbe Tage, um dem Klienten überhaupt zu einem Erfolgserlebnis zu verhelfen und den Einsatz von Verstärkern zu ermöglichen.** Ich verwende dazu für kleinere Kinder einen **Streifenanmalzettel**, der nach bestimmten Anmalregeln **bunt angemalt** werden kann, daraus ist ersichtlich, wenn ein Teil der Nacht trocken war, der nasse Teil der Nacht wird **schwarz angemalt**. Weiters kann daraus ersehen werden, ob das Kind **selbständig vom Harndrang aufgewacht ist und die Toilette aufgesucht hat**. Lösungsmöglichkeiten werden individuell in Zusammenarbeit mit den Eltern und dem Kind, den Wünschen und Möglichkeiten der Familie entsprechend, ausgearbeitet. Es geht vor allem auch darum, die nicht selten über Jahre **eingeschliffenen Verhaltensmuster aller Beteiligten zu unterbrechen** und so eine **Entkrampfung der Gesamtsituation** herbeizuführen.

## Apparative Konditionierungstherapie

Ist eine Indikation für eine **apparative Verhaltenstherapie** gestellt, so erfordert diese Maßnahme eine **gute Motivation** von Eltern und Kind und eine **eingehende Behandlungsbetreuung**. Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz eines Weckgerätes ist, dass eine **entsprechend hohe Einnässfrequenz, regelmäßiges Einnässen** nahezu jede Nacht vorhanden ist. Dies trifft vor allem auf die **primäre Enuresis nocturna** zu, bei der es sich um ein weitgehend habitualisiertes Symptom handelt. Ist die Einnässfrequenz bei einer sekundären Enuresis nocturna ebenfalls entsprechend hoch, dann kann auch in einem solchen Fall der Einsatz zielführend sein. Bei geringerer Einnässfrequenz sowie bei sehr stark schwankender Symptomatik sind die Erfolgsaussichten deutlich reduziert. **Vor Behandlungsbeginn muss die Wirkungsweise des Gerätes eindeutig erläutert und demonstriert werden und die genaue Abfolge der Schritte beim Einsatz besprochen und festgelegt werden.** Die Familie sollte zwischen den Terminen die Möglichkeit zur telefonischen Rückversicherung haben

**können. Das Gerät sollte langsam ausgeblendet werden, indem es eine Zeit lang nur noch jede zweite oder jede dritte Nacht eingesetzt wird.** Wenn das Kind auf Grund seines Alters oder Entwicklungsstandes nicht in der Lage ist, mit dem Gerät selbständig umzugehen, müssen die Eltern bestimmte Aufgaben, wie z.B. das Gerät aufstellen, das Kind wecken und zur Toilette schicken, die nasse Hose wechseln und das Gerät erneut für den Einsatz fertig machen, übernehmen. Schwierigkeiten mit dem Einsatz können durch Probleme, die sich aus der Wohnsituation ergeben können, auftreten, bzw. das Schlafen mit Geschwistern in einem Zimmer.

Einen weiteren Behandlungsfaktor stellen **Blasentrainings (Retention Control)** dar. In meinem Therapiekonzept werden Blasentrainings in Kombination mit anderen Maßnahmen eingesetzt. Ihre Wirksamkeit bezüglich des Symptoms ist eher begrenzt, sie haben aber den Vorteil, dass der Klient das Gefühl hat, selbst etwas zu tun. Weiters lassen sich Blasentrainings gut mit einer gesteigerten Flüssigkeitszufuhr koppeln. Verspürt das Kind Harndrang, wird es aufgefordert, solange wie möglich einzuhalten, bzw. die Miktion mehrfach zu unterbrechen. Diese Schritte werden möglichst häufig wiederholt und auch protokolliert. Dazu gibt es intensive Trainingstage bzw. es erfolgt die Integration in die Abläufe des Lebensalltages.

## Interaktionsbezogene Maßnahmen

**Die therapeutische Haltung den selbständigen, eigenverantwortlichen Umgang des Klienten mit der Symptomatik zu fördern, zielt auf eine Erhöhung der Eigenverantwortlichkeit bzw. Selbstkontrollfähigkeit des Klienten ab, lässt ihm seinem Alter und Entwicklungsstand gemäß Verantwortung für sein Symptom übernehmen.** Das kann beispielsweise die Maßnahme beinhalten, das nasse Bett durch den Klienten selber abziehen und neu beziehen zu lassen. **Die Eltern-Klientbeziehung ist häufig durch Interaktionsmuster geprägt, die für einen erfolglosen Umgang mit der Symptomatik gekennzeichnet war, was häufig eine**

**gespannte und gereizte Atmosphäre im Familienleben nach sich zog.** Abgesehen davon, dass die Beschäftigung mit familiären Interaktionsmustern ein auf den jeweiligen Einzelfall abgestimmtes Vorgehen bedeutet, kann generell festgestellt werden, dass

das Unterlassen von abwertenden Äußerungen der Eltern gegenüber dem Klienten betreffend Ermahnungen, Ratschläge, häufiges zur Toilette schicken, weniger zu trinken geben, unterlassen werden sollen.

Allgemein führen alle Schritte, die dem Abbau von Schuldgefühl, Scham, Minderwertigkeitsgefühl und ähnlichem dienen, zum Erfolg.

Oft stellt sich im Rahmen der Therapie heraus, dass Maßnahmen, die sich nur auf den Umgang mit der Enuresissymptomatik bezogen, als zu kurz oder zu eng gefasst sind, weil andere Probleme letztendlich doch gravierender sind. Dann ist es erforderlich, symptomunspezifisch vorzugehen und mehr Aufmerksamkeit den mehr oder weniger in engem Zusammenhang mit der Enuresis stehenden Problemen zu widmen. Vor allem bei der sekundären Enuresis sowie der Enuresis diurna kann dies der Fall sein. Folgende Probleme können zum Ziel eigenständiger therapeutischer Bemühungen werden:

- Leistungsversagensängste
- Familiäre Konflikte
- Selbstwertproblematik
- Geschwisterrivalität
- Scheidungsproblematik
- Depressive Verstimmung

Dennoch zeigt die praktische Arbeit, dass sich dem Therapeuten von Veränderungen der Familieninteraktion bis hin zu spezifischen symptomorientierten Methoden ein breites Spektrum an Einflussmöglichkeiten bietet.

## Literatur

Grosse S.: Bettnässen, 2. Aufl. Psychologie Verlagsunion, München 1991

Stegat H.: Enuresis In: Pongratz, L.J. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, 2665, Hogrefe, Göttingen 1978

Mattejat, F.: Quaschner, K.: Zur ambulanten Behandlung von Enuretikern, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 17, 119-124, 1989.

Remschmidt, H.: Reaktive, alterstypische und neurotische Störungen. F.J.: Spranger, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde, 27. Aufl. 795. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1993

Haug-Schnabel, G: Enuresis, Diagnose, Beratung und Behandlung bei Bettnässen. Ernst Reinhardt Verlag, München 1994