

Enuresis und Enkopresis

Ulrike Petermann und Michael Borg-Laufs

Enuresis und Enkopresis bilden die Störungen der Ausscheidung. Sie können bei einem Kind getrennt oder kombiniert auftreten, wobei Kinder mit Enkopresis häufig auch unter Enuresis leiden (vgl. Mikkelsen et al., 1980; DSM-IV 1996; Schmidt & Blanz, 1996). Das zentrale Merkmal beider Störungen besteht darin, daß Urin oder Fäzes an nicht dafür vorgesehenen Örtlichkeiten entleert werden, bei Kot zum Beispiel in die Kleidung oder auf den Fußboden, bei Urin in die Kleidung oder ins Bett. Die Entleerung kann unwillkürlich oder absichtlich geschehen (Diagnostisches **Kriterium A** nach DSM-IV 1996).

Enkopresis gilt allgemein als die schwerere Störung und ist nach ICD-10 vorrangig zu kodieren (vgl. Dilling et al., 1991). Im Hinblick auf die Behandlung überwiegen die Literaturhinweise für Enuresis, was nicht verwundert, da sie deutlich häufiger als die Enkopresis auftritt. Die Prävalenz für Enkopresis liegt bei einem Prozent, für Enuresis je nach Alter zwischen zwei und sieben Prozent (vgl. DSM-IV, 1996; Petermann & Essau, 1996). Diese Ergebnisse stammen aus europäischen, neuseeländischen und nordamerikanischen Studien. Die Auftretenshäufigkeit sinkt mit zunehmendem Alter, so daß die Enuresis im Erwachsenenalter nur noch bei ca. einem Prozent der Betroffenen andauert und die Enkopresis sehr selten ins Erwachsenenalter hinein chronisch verläuft. Bei dieser kommt es im Verlauf des Jugendalters zu sehr häufigen Spontanremissionen. Beide Ausscheidungsstörungen betreffen mehr Jungen als Mädchen (vgl. Petermann & Essau, 1996; DSM-IV, 1996). Tabelle 1 zeigt die Prävalenz von Enuresis nach Alter und Geschlecht differenziert.

Tabelle 1:
Prävalenz der Enuresis

Geschlecht	Alter		
	5 Jahre	10 Jahre	18 Jahre
Jungen	7 %	3 %	1 %
Mädchen	3 %	2 %	<1 %

Für die Diagnose ist die Auftretenshäufigkeit ein weiteres diagnostisches Kriterium. Enkopresis muß mindestens einmal im Monat, Enuresis minimal zweimal pro Woche in drei aufeinanderfolgenden Monaten auftreten. Dieses Kri-

terium B wird im Falle der Enuresis um die Aspekte „klinisch bedeutsames Leiden“ oder „massive Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen bzw. beruflichen oder andern wichtigen Lebensbereichen“ ergänzt, welche alternativ zu einer geringeren Auftretenshäufigkeit die Diagnose rechtfertigen können (vgl. DSM-IV, 1996). Weiter wird ein biologisches bzw. ein Entwicklungsalter für die Diagnose vorausgesetzt, welches die funktionelle, kognitive und sozial-emotionale Blasen- bzw. Darmkontrolle ermöglicht. So wird Enkopresis frühestens ab dem vierten und Enuresis ab dem fünften Jahr diagnostiziert (**Kriterium C** nach dem DSM-IV, 1996). Differentialdiagnostisch ist auszuschließen, ob das Einnässen oder Einkoten auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. ein Medikament, ein Abführmittel) oder auf eine körperliche Erkrankung zurückführbar ist. Bei Enuresis kann es sich beispielsweise um Diabetes, Spina bifida oder ein Anfallsleiden handeln (**Kriterium D** nach DSM-IV, 1996).

Bei der Enkopresis ist Verstopfung als medizinischer Krankheitsfaktor kein Ausschlusskriterium für die Diagnose, vielmehr stellt sie ein differenzierendes Diagnosekriterium dar, indem Enkopresis einmal **mit Verstopfung** und **Überlaufinkontinenz** und einmal **ohne** diese Merkmale kodiert wird. Ist die Kotentleerung eher unwillkürlich als absichtlich, dann steht dies häufig mit Verstopfung, Einklemmung oder Zurückhalten des Stuhls und nachfolgendem überlaufen in Zusammenhang. Diese Inkontinenz aufgrund des Überlaufens geschieht kontinuierlich sowohl tagsüber als auch nachts und verschwindet wieder, wenn die Verstopfung erfolgreich behandelt wurde. Die Gründe für die Verstopfung können psychischer Art sein und zum Beispiel aus der Angst bestehen, die Fäzes an einem unvertrauten oder unsauberen Ort zu entleeren; generelle Ängstlichkeit oder Oppositionelles Verhalten können ebenfalls Gründe für ein Zurückhalten des Stuhls darstellen und so zu Verstopfung mit Überlaufinkontinenz führen. Schließlich können physiologische Faktoren eine Rolle spielen, die medizinischer Abklärung bedürfen; zum Beispiel kann eine fiebrige Erkrankung zu einer Austrocknung des Körpers und in der Folge zu einer Verstopfung führen. Es besteht auch die Vermutung, daß bei manchen Kindern das Registrieren des Stuhldranges an ein größeres Enddarmvolumen gekoppelt ist (vgl. DSM-IV, 1996; Petermann & Essau, 1996).

Auch bei der Enuresis werden Subtypen unterschieden, nämlich das nächtliche Einnässen während des Schlafens, **Enuresis Nocturna**, das Einnässen tagsüber und damit im Wachzustand, **Enuresis Diurna**, sowie eine kombinierte Form von nächtlichem Einnässen und tagsüber, **Enuresis Nocturna et Diurna**. Die nächtliche Urinentleerung erfolgt in den meisten Fällen im ersten Drittel der Nacht; das Einnässen tagsüber kommt an Schultagen am häufigsten am frühen Nachmittag vor, was sowohl damit zusammenhängen kann, daß ein Kind keine Lust hat, auf Toilette zu gehen, als auch durch soziale Ängste oder vertieftes Spielen, Lernen, u.ä. bedingt sein kann (vgl. DSM-IV, 1996).

Sowohl bei der Enkopresis als auch bei der Enuresis wird eine **primäre** von einer **sekundären** Form unterschieden; bei der primären Form lernte ein Kind

seinen Stuhlgang bzw. seine Blase noch nie kontrollieren; die sekundäre Form besagt, daß ein Kind bereits für den Zeitraum eines Jahres ohne Ausnahme „trocken“ bzw. „sauber“ war (vgl. Petermann & Essau, 1996).

Im folgenden wird zuerst ein Fall mit Enkopresis und anschließend mit Enuresis dargestellt.

1 Enkopresis

1.1 Beschreibung des Störungsbildes

Manuel ist neun Jahre alt und besucht die dritte Grundschulklasse. Seine Mutter arbeitet seit einem knappen Jahr wieder als Altenpflegerin im Schichtdienst, sein Stiefvater ist seit etwa einem Jahr arbeitslos. Er hat keine Geschwister. Die Mutter trennte sich vor sechs Jahren von seinem leiblichen Vater, mit dem es damals viele Probleme gab, da er - nach Angaben der Mutter - ein Alkoholproblem hatte. Manuel hat regelmäßig alle zwei Wochen Kontakt zu seinem leiblichen Vater, der für alle Beteiligten zur Zufriedenheit verläuft.

Die Mutter schildert anfangs im Anmeldegespräch, daß Manuel ein weinerlicher Junge ist, der täglich „grundlos heult und knatscht“. Nach Ansicht der Mutter will er „im Mittelpunkt stehen“. Dieses Verhalten zeigt er vor allem in der Schule. Seine Schulleistungen sind nach Meinung der Mutter in Ordnung, mit den Hausaufgaben gibt es keine Probleme, allerdings versteht er sich mit der Lehrerin, an der die Mutter viel Kritik übt, nicht gut. Zu Hause „schmolzt“ er gelegentlich, worauf er in sein Zimmer geschickt wird. Er versteht sich mit seinem Stiefvater dann „bombig“, wenn beide alleine sind; wenn die Mutter jedoch dabei ist, scheinen beide eifersüchtig auf den anderen zu sein, und es gibt „viel Streit um Kleinkram“.

Erst nach einiger Zeit erzählt die Mutter, daß Manuel häufig nachmittags beim Spielen einkotet, was in der Familie häufig zu Streit führt. Der Kinderarzt fand keinen organischen Befund, und die Eltern versuchten bislang, dieses Problem mit der Verhängung von Stubenarrest oder dem Verabreichen einer „Tracht Prügel“ in den Griff zu bekommen. Die Mutter beschreibt ihr Erziehungsverhalten als konsequent. Die Probleme mit Manuel treten seit einem Jahr auf. Seine Sauberkeitserziehung in der Kindheit ist nach den Angaben von der Mutter „normal“ verlaufen; er war etwa mit drei Jahren sauber.

Die Lehrerin von Manuel berichtet bei einem Telefonat, daß er im Unterricht „viel träumt und viel redet“. Außerdem zankt er sich nach ihren Beobachtungen oft und vor allem deshalb, weil er schnell wütend wird, wenn ihn andere ärgern. Seine Leistung liegt im Bereich „ausreichend“; allerdings hat die Lehrerin auch Phasen erlebt, in denen er sich Mühe gab und bessere Leistungen erzielte. Sie weiß von anderen Eltern, daß Manuels Mutter sehr streng ist und daß sein Stiefvater mit seiner Arbeitslosigkeit schlecht zurechtkommt.

Manuel ist während der Diagnosesitzungen sehr schüchtern; er spricht leise und vermeidet Blickkontakt; nur wenn er im Spiel, vor allem beim Tischfußball, den Therapeuten als ausgelassenes Modell erlebt, geht er auch selbst nach einiger Zeit aus sich heraus und spielt mit sichtlich großem Vergnügen und viel Einsatz. Trotz dieses schüchternen, sozial unsicheren Verhaltens antwortet er auf Fragen offen; von selbst erzählt er wenig. Auf die Frage, warum er in die Beratungsstelle kommen muß, sagt er: „Weil ich mir in die Hose mache.“ Außerdem erzählt er, daß er häufig weinen muß, weil andere ihn ärgern: „Das Schlimmste ist, wenn die anderen mich auslachen“, zum Beispiel, weil er nicht gut lesen kann. Er gibt noch freimütig zu: „Ich sprech’ auch viel in der Stunde.“

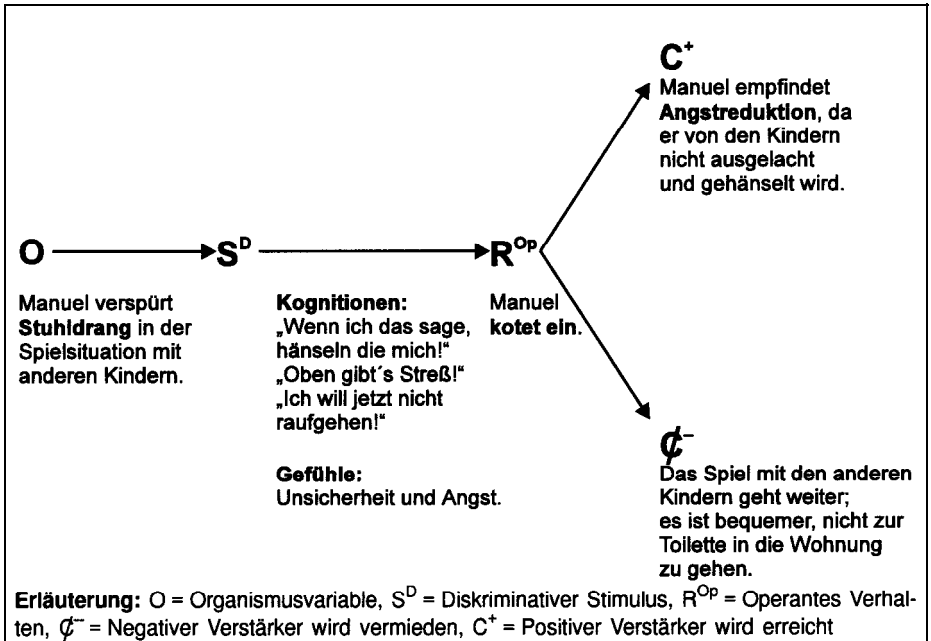


Abbildung 1:

Verhaltensanalyse der Einkotsituation von Manuel

Eine genaue Exploration der Situationen, in denen Manuel einkotet, ergibt folgendes Bild (vgl. Abb. 1): Er kotet fast ausschließlich nachmittags ein, wenn er mit anderen Kindern spielt. Dies betrifft vor allem die Situation auf dem nahegelegenen Spielplatz, wo es eine Tischtennisplatte gibt; Tischtennis spielt Manuel sehr gerne, und da er keinen Freund hat, ist er wahrscheinlich froh, Kinder zum Tischtennispielen auf dem Spielplatz zu treffen. Wenn er nun Stuhldrang verspürt, kommt es zu Kognitionen wie „Ich will jetzt aber nicht raufgehen! - Die anderen hänseln mich, wenn ich jetzt zur Toilette muß! - Oben gibt’s bestimmt sowieso nur Streß!“ Er kotet sodann ein und braucht deshalb sein Spiel nicht zu unterbrechen; von den Mitspielenden erfährt er nicht die befürchtete Ablehnung und läuft auch nicht Gefahr, bei seinen Eltern

in eine unangenehme Situation zu geraten. Er behält seine Hose oft an, bis er abends zu Bett geht, und legt die verschmutzte Unterhose in die Wäsche.

Das Toilettenverhalten von Manuel ist unregelmäßig. Er geht an manchen Tagen gar nicht, an manchen Tagen morgens und an manchen Tagen abends zur Toilette. Dabei erreicht er häufig, aber nicht immer, angemessenen Stuhlgang.

Da Manuel von sich aus nichts erzählt, werden Satzergänzungs-Aufgaben benutzt, um mit ihm weiter ins Gespräch zu kommen. Diese Aufgaben werden nicht im Sinne eines Testes eingesetzt und ausgewertet; sie dienen ausschließlich dazu, einen Gesprächsanlaß bei einem schweigsamen Kind zu finden, um aus der sich daraus ergebenden Exploration wichtige Informationen zu gewinnen. Bei diesen Gesprächen ergibt sich, daß Manuel unter verschiedenen Ängsten leidet. Einerseits zeigen sich Tendenzen einer sozialen Phobie, aber auch Angst vor Dunkelheit offenbart sich. Es bestätigt sich die Angabe der Mutter, daß Manuel seine Lehrerin nicht mag. Auch die Informationen darüber, daß Manuel keine ausreichenden und stabilen Freundschaften hat, entstammen diesen Gesprächsanlässen aus den Satzergänzungs-Aufgaben. Manuels Interessen und Hobbys beschränken sich auf Tischtennis spielen und fernsehen.

1.2 Differentialdiagnostik

Exploration und Dokumentation der Mutter ergeben, daß Manuel bereits seit einem Jahr einkotet, und zwar bis zu fünfmal in einer Woche, wie eine Erhebung zeigt (vgl. Abb. 2 in Abschnitt 1.4). Das Einkoten tritt bei Manuel immer nachmittags auf, wie bereits bei der Verhaltensanalyse deutlich wurde.

Kasten 1:

Von Manuel erfüllte diagnostische Kriterien nach DSM-IV (1996)

Kriterium A

Manuel entleert wiederholt und absichtlich Fäzes in seine Hose.

Kriterium B

Das Verhalten tritt nicht nur einmal im Monat, sondern teilweise mehrmals in der Woche, und nicht nur während drei aufeinanderfolgenden Monaten, sondern bereits seit zwölf Monaten auf.

Kriterium C

Manuel ist neun Jahre alt; sein Entwicklungsalter entspricht ungefähr seinem biologischen.

Kriterium D

Sowohl der Einfluß einer Substanz (Medikament z.B.) als auch ein organischer Krankheitsfaktor können durch eine medizinische Untersuchung ausgeschlossen werden.

Typus-Bestimmung

Es handelt sich bei Manuel um eine sekundäre Enkopresis ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz.

Bei Manuel sind die Kriterien für eine sekundäre funktionelle Enkopresis erfüllt. Komorbidität zu Enuresis besteht nicht, was in ca. 25 Prozent der Fälle

vorkommt (vgl. DSM-IV, 1996; Schmidt & Blanz, 1996). Eine organische Erkrankung wurde durch medizinische Untersuchungen ausgeschlossen.

Kasten 2:

DSM-IV-Kodierungen unter Berücksichtigung aller fünf Achsen

Achse I: Klinische Störungen und Andere Klinisch Relevante Probleme

307.7 Enkopresis ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz (F98.1 nach ICD-10)

Achse II: Persönlichkeitsstörungen Geistige Behinderung

V71.09 Keine Diagnose

Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren

Keine

Achse IV: Psychosoziale und Umgebungsbedingte Probleme

Probleme mit der Hauptbezugsgruppe:

- Wiederverheiratung der Mutter von Manuel
- Erziehungsmängel der Mutter (zu streng, jedoch an wichtiger Stelle fehlt Konsequenz; Manuel muß nämlich nicht selbst seine Wäsche saubermachen, wenn er eingekotet hat)
- Streitigkeiten mit dem Stiefvater

Probleme im sozialen Umfeld:

- Mangelnde soziale Unterstützung von den Eltern, der Lehrerin und den Klassenkameraden

Ausbildungsprobleme:

- Lernprobleme
- Streit mit den Mitschülern

Berufliche Probleme:

- Arbeitslosigkeit des Stiefvaters

Achse V Globale Erfassung des Funktionsniveaus

GAF = 47 (zur Zeit)

Dieser Wert gibt ernste Beeinträchtigungen der sozial-emotionalen Entwicklung und der schulischen Leistungsfähigkeit von Manuel an.

Neben der Enkopresis ist Manuels Tendenz zur sozialen Phobie zu berücksichtigen; sie beeinflusst scheinbar sein Erleben und Verhalten (vgl. oben Abb. 1). So hat er keine Freunde, mit denen er sich trifft; nur mit den Nachbarkindern kann er manchmal Tischtennis auf dem Spielplatz spielen. Er erlebt es als schrecklich, wenn er in der Schule ausgelacht wird. Er fühlt sich schnell angegriffen und verhält sich dann aggressiv. Im Kontakt mit einem wenig vertrauten Erwachsenen benötigt Manuel Hilfen zur Reaktionserleichterung, zum Beispiel in Form eines Modellverhaltens (siehe Tischfußballsituation) oder in Form geeigneter Vorgehensweisen (siehe die Satzergänzungs-Aufgaben). Trotz dieser deutlich erkennbaren sozialen Unsicherheit erfüllt Manuel nicht alle Kriterien für eine soziale Phobie. Da sie jedoch in einem, das enkopretische Verhalten auslösenden Verhältnis steht, muß sie für Manuel als bedeutend betrachtet und bei der Intervention berücksichtigt werden.

Eine Störung des Sozialverhaltens oder eine Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten ist bei Manuel nicht gegeben, da das Ausmaß und die Häufigkeit seines unangepaßten externalisierenden Verhaltens die Diagnosekriterien nicht erfüllen. Darüber hinaus wird das aggressive Verhalten durch seine so-

ziale Angst ausgelöst; das heißt, die soziale Phobie ist als die eigentliche Störung zu begreifen und nicht das aggressive Verhalten.

1.3 Erklärungsansätze

Die Zusammenhänge zwischen der sozialen Angst von Manuel, dem zu strengen Erziehungsverhalten der Mutter und der Enkopresis sind nicht zu übersehen und werden auch in der Verhaltenskette deutlich (vgl. oben Abb. 1). Die Bedingungen für die Aufrechterhaltung der Probleme dürfen jedoch nicht von vornherein einseitig interpretiert werden. So könnte der erste Anschein dazu verleiten, das Erziehungsverhalten der Mutter als Ursache der sozialen Angst und die soziale Angst als Ursache der Enkopresis zu betrachten; hieraus wäre zu folgern, daß mit einer Änderung des elterlichen Erziehungsverhaltens und mit einer daran anschließenden Bearbeitung der sozialen Angst die Enkopresis von selbst verschwinden würde. Bei genauerer Betrachtung liegen die aufrechterhaltenden Bedingungen aber nicht aufgereiht an einer schnurgeraden Kette, sondern beeinflussen sich gegenseitig bzw. verstärken sich durch Gewohnheitsbildung selbst. Mit einer alleinigen Veränderung der sozialen Phobie ist ein Fortbestehen der Enkopresis durchaus wahrscheinlich, da diese Verhaltensgewohnheit durch die positiven Verstärker (keine Spielunterbrechung, nicht ausgelacht werden) und die fehlenden negativen Konsequenzen (Manuel muß die Wäsche nicht selbst sauber machen) weiterhin bekräftigt wird.

Das Verschwinden oder Nachlassen der sozialen Angst wurde es für Manuel jedoch vereinfachen, die Enkopresis zu überwinden. Auch eine Modifikation des elterlichen Erziehungsverhaltens erleichtert Manuel, sein einkotendes Verhalten zu verändern. Allerdings ist zu erwarten, daß eine Veränderung bei den Eltern dann am ehesten gelingt, wenn parallel dazu Fortschritte im Problemverhalten Enkopresis zu beobachten sind; dieses ist der Mutter aktuell am wichtigsten, da es deswegen zu den meisten Streitigkeiten kommt.

In Manuels Fall lassen sich keine prädisponierenden Entwicklungsfaktoren finden, die als spezifisch für die Entwicklung einer Enkopresis gelten können, wie zum Beispiel Eßprobleme, besondere Probleme in der Sauberkeitserziehung oder Darmprobleme (vgl. Levine, 1983; Petermann & Essau, 1996). Allerdings ist psychosozialer Streß nicht von der Hand zu weisen, der auch bis in die jüngste Zeit hinein wirkt: Streß einerseits in Form von Streitigkeiten mit dem Stiefvater und als Folge der strengen Erziehung der Mutter, andererseits natürlich auch durch die sozialen Ängste, die zum Beispiel den täglichen Schulbesuch zu einem streßreichen Ereignis werden lassen.

1.4 Interventionsprinzipien

Für die Behandlung der Enkopresis liegen verschiedene Konzepte vor (vgl. Petermann & Essau, 1996; Krisch, 1985). Neben den recht aufwendigen Me-

thoden von Levine (1983) oder Wright und Walker (1978), die zum Teil eine stationäre Behandlungsphase voraussetzen und beide eine Zeitlang regelmäßig Einläufe und Abführmittel vorsehen, kann auch das Verhaltensmanagement von Liebert und Fischel (1991) angewandt werden. Die Behandlungsziele bestehen bei allen Konzepten aus der Sphinkerkontrolle und der Stuhlsauberkeit. Die Kooperation der Eltern ist eine notwendige Voraussetzung, die von Kindern nicht unbedingt (vgl. Schmidt & Blanz, 1996). Für die Mutter von Manuel steht die Beseitigung der Enkopresis im Mittelpunkt der Behandlung; sie zeigt sich kooperativ. Manuel möchte hingegen seine Ängste verringern und das Erziehungsverhalten seiner Mutter verändert wissen. Da die Verhaltenskette die Zusammenhänge zwischen dem Elternverhalten, der sozialen Phobie und dem Einkoten aufzeigt, wird an diesen Problembereichen in der Therapie parallel gearbeitet.

Bei der Behandlung der Enkopresis werden, individuell abgestimmt, verschiedene Maßnahmen kombiniert angewandt. Sie beziehen sich auf die regelmäßige Entleerung des Rektums mit Abführmitteln oder Einläufen, Diäten, Toilettentraining und Kontingenzmanagement; aber auch Elternberatung und Verhaltenstrainings mit den Kindern, zum Beispiel bei Vorliegen von Ängsten und Streß, können zur Anwendung kommen. Diese Maßnahmen sind bis zu 80 Prozent der Fälle erfolgreich, und die Bedeutung psychopharmakologischer Behandlung spielt nur bei therapieresistenter Symptomatik eine Rolle (vgl. Schmidt & Blanz, 1996; Petermann & Essau, 1996).

Im Fall von Manuel liegen nach ärztlichem Befund keine organischen Krankheiten vor, und der Stuhl ist auch von hinreichend weicher Konsistenz, so daß Einläufe oder Abführmittel nicht eingesetzt werden müssen. Die Bestandteile des Verhaltensmanagements nach Liebert und Fischel (1991) scheinen von daher für die Therapie von Manuel geeignet und dienen als Orientierung. Diese Schritte werden um Interventionen ergänzt, die Manuels Angst abbauen und das elterliche Erziehungsverhalten verändern sollen. Dies ergibt sich notwendigerweise aus der Verhaltensanalyse.

Das Verhaltensmanagement nach Liebert und Fischel (1991) sieht folgende Behandlungsbestandteile vor:

- Sicherung eines weichen und häufigen Stuhlganges;
- Registrierung, wie häufig die Wäsche verschmutzt ist;
- Registrierung der erfolgreichen Toilettengänge;
- Registrierung des Toilettenrituals;
- soziale Verstärkung erfolgreicher Toilettengänge;
- Reinigung der verschmutzten Wäsche durch das Kind selbst;
- Aufklärung der Familie darüber, daß Erfolge nur schrittweise zu erwarten sind.

Der Schwerpunkt in der Therapie mit Manuel liegt in der Durchführung des Trainings mit sozial unsicheren Kindern (Petermann & Petermann, 1996); die Intervention bei der Mutter umfaßt das Toilettentraining mit Manuel ebenso

wie die Modifikation ihres Erziehungsverhaltens. Die Therapie wird ambulant durchgeführt.

Therapie mit Manuel. Die Arbeit mit Manuel beginnt mit dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung (vgl. Borg-Laufs, 1993, 1996; Petermann, 1996). Er soll Vertrauen zu seinem Therapeuten haben und gerne kommen, und er soll auch glauben, daß die Probleme, die er verändern möchte, mit Hilfe der Therapie veränderbar sind. Zu Beginn der Therapie wechseln sich daher Explorationen und freie Spielphasen miteinander ab. Seinem Wunsch entsprechend, wird mit ihm in den Therapiesitzungen vorrangig an seiner sozialen Phobie gearbeitet. Das diesbezügliche Vorgehen entspricht im wesentlichen dem von Petermann und Petermann (1996) vorgestellten Verhaltenstraining zum Abbau sozial unsicheren und ängstlichen Verhaltens. Allerdings nimmt Manuel nicht an einem Gruppentraining teil. Auf eine genauere Beschreibung der Therapieschritte wird an dieser Stelle verzichtet (vgl. U. Petermann, in diesem Buch).

Zum Problembereich Enkopresis erhält Manuel Informationen darüber, was in den Beratungsgesprächen mit seiner Mutter vereinbart wurde. Diese Transparenz soll sein Verständnis für das Toilettentraining, das Kontingenzmanagement sowie damit seine Compliance erhöhen. Sie stabilisiert zudem das Vertrauen zwischen Manuel und dem Therapeuten. Die Protokolle zu seinem Toilettverhalten, die die Grundlage eines Verstärkerprogrammes bilden, werden mit Manuel in den Sitzungen ausgewertet. Obwohl dies im Vergleich zum Sozialtraining nur eine geringe Zeit in einer Therapiesitzung beansprucht, kann das Interesse für den Problembereich Einkoten bei Manuel geweckt werden, so daß er auf die Erfolge des Belohnungsprogrammes stolz ist.

Die häusliche Situation wird auf Wunsch von Manuel gelegentlich thematisiert. Er bemerkt die durch die Elternberatung erreichten Veränderungen, vor allem im Verhalten der Mutter, was seine Motivation zur eigenen Verhaltensänderung erhöht.

Toilettenritual und Kontingenzmanagement. Bereits im Erstgespräch wird mit der Mutter vereinbart, das Toilettverhalten von Manuel in einem dafür anzufertigenden Kalender zu registrieren. In diesem Erstkontakt wird noch eine zweite Vereinbarung mit der Mutter getroffen, nämlich: sämtliche Bestrafungen im Zusammenhang mit dem Einkoten einzustellen. In den weiteren Gesprächen ist die Veränderung des Toilettverhaltens von Manuel ein zentraler Bestandteil; daneben wird das Erziehungsverhalten der Mutter angegangen.

Drei Maßnahmen stehen bei der Veränderung der Enkopresis im Blickpunkt:

1. Regelmäßiger Toilettengang. Sowohl mit Manuel als auch mit seiner Mutter wird vereinbart, daß Manuel regelmäßig nach dem Mittagessen eine Toilette aufsucht. Er wird angehalten, täglich zur gleichen Zeit zur Toilette zu gehen, auch wenn er keinen Stuhl drang verspürt; er muß dort mindestens zehn Minuten sitzenbleiben. Da Manuel, mit ganz wenigen Ausnahmen, fast aus-

schließlich nachmittags einkotet, scheint die Mittagszeit für dieses Ritual die richtige Zeit zu sein. Die Mutter wird angehalten, darauf zu achten, daß er den mittäglichen Toilettengang nicht vergißt. Darüber hinaus soll sie ihn für den Toilettengang und insbesondere für erfolgreiche Entleerung durch ausgiebiges Lob sozial verstärken. Diese Maßnahme wird von Therapiebeginn an umgesetzt. Bei den mittäglichen Toilettenbesuchen hat Manuel fast von Anfang an Stuhlgang, wofür er immer von seiner Mutter gelobt wird.

2. Reinigungspflicht. Manuel muß seine dreckige Wäsche selbst säubern; dies behagt ihm zwar nicht; durch die Therapiegespräche können ihm Grund und Notwendigkeit jedoch einsichtig gemacht werden.

3. Tokensystem. Die Registrierung des Einkotens wird mit einem Belohnungsprogramm verknüpft. Da sich schnell Erfolge einstellen, konnte die Anforderung in wenigen Etappen hoch gesetzt werden. Wenn Manuel nur einmal pro Woche einkotet, erhält er eine Mark. Kotet er im Laufe einer Woche gar nicht ein, gehen die Eltern mit ihm ins Kino oder erfüllen ihm einen anderen gleichwertigen Wunsch. Dieses Belohnungsprogramm wird zum Ende der Behandlung aufgrund eines Streites abrupt ausgesetzt, worauf es zu einem kurzen Ansteigen der Symptomatik kommt, die im Anschluß an diese Episode aber ganz verschwindet.

In den Gesprächen mit der Mutter werden ihre Koch- bzw. Manuels Eßgewohnheiten thematisiert. Hier zeigt sich, daß keine besonderen Maßnahmen nötig sind, da sich Manuel ausgewogen und ballaststoffreich ernährt.

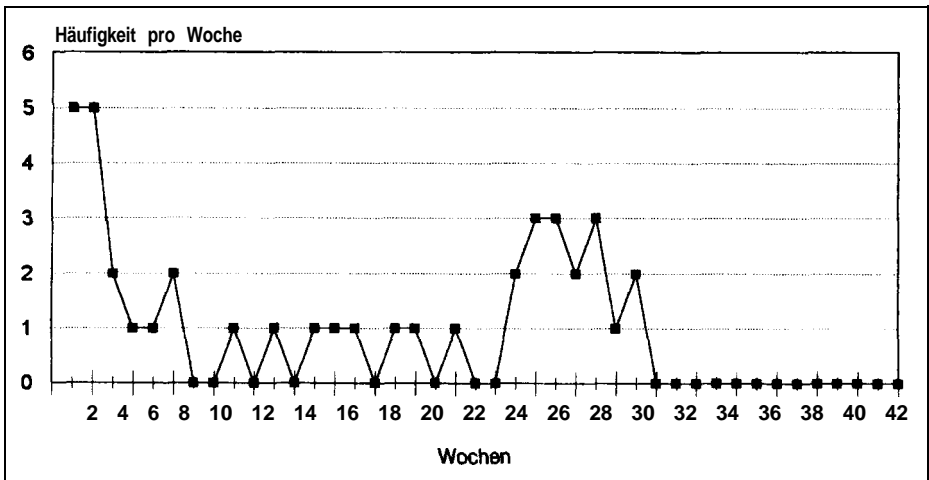


Abbildung 2:

Verlauf des Einkotens. Die erste Woche erfaßt die Ausprägung des unbehandelten Verhaltens; von der zweiten bis zur 30. Woche wird die Therapie mit Manuel und seiner Mutter durchgeführt; die Registrierungen von der 31. bis zur 42. Woche sind follow-up-Erhebungen

Die Veränderung des Erziehungsverhaltens. Der Stiefvater nimmt das Angebot zu den Beratungsgesprächen nicht wahr, da er die Problematik nach der

Auskunft der Mutter als „nicht so schlimm“ erlebt. Somit kann nur das Verhalten der Mutter direkt beeinflußt werden. Dies erweist sich allerdings als erfolgreich. Es kann bei der Mutter schnell die Bereitschaft aufgebaut werden, ihr Verhalten zu ändern, da sie sehr motiviert ist, die Enkopresis in den Griff zu bekommen. So baut sie ihr restriktives und von Beschimpfungen und Strafen geprägtes Verhalten schnell ab. Durch die prompt eintretenden Erfolge bei der Enkopresisbehandlung und die daraus resultierende Entlastung für die gesamte Familie wird die Verhaltensänderung der Mutter unterstützt.

Die Erfolge des Sozialtrainings führen dazu, daß Manuel zu Hause nach Angaben der Mutter „aufmüpfiger“ und damit „nerviger“ wird. In den Gesprächen darüber, wird ihr der positive Aspekt, nämlich die gewachsene Selbstsicherheit Manuels, nahegelegt; und tatsächlich gelingt es ihr, sich diese Sichtweise anzueignen und die „Aufmüpfigkeit“ Manuels als positive Veränderung zu deuten.

1.5 Resümee

Wie Abbildung 2 belegt (vgl. S. 326), sind die positiven Verhaltensänderungen bei der Enkopresis von Therapiebeginn an deutlich zu sehen. Die Symptomatik verschwindet über einen Zeitraum von vier Monaten fast ganz; es tritt in der Hälfte dieses Zeitraumes höchstens einmal pro Woche Einkoten auf. In der 23. Woche steigt die Symptomatik noch einmal kurz an (s.o.), verschwindet dann aber ganz und bleibt auch nach dem Therapieende bis zum Follow-up-Termin drei Monate später stabil. In den anderen Bereichen stellen sich ebenfalls die erwünschten Veränderungen ein. Die Familienkonflikte werden weniger, das Sozialverhalten von Manuel ändert sich gegen Ende der Therapie, was auch die Lehrerin bestätigt; sogar seine schulischen Leistungen verbessern sich, wie die Lehrerin befriedigt mitteilt.

Insgesamt kommen Manuel und seine Mutter 30 Wochen zur Beratungsstelle. In dieser Zeit finden acht Gespräche mit der Mutter und zehn Termine mit Manuel statt; mehrere Telefonate mit der Mutter und der Lehrerin werden geführt. Zwölf Wochen nach dem letzten therapeutischen Kontakt kommt es zu einem Nachgespräch.

Die Therapie kann als erfolgreich abgeschlossen gelten. Die Kombination verschiedener therapeutischer Methoden sowie der Einbezug der Mutter in die Kinderverhaltenstherapie hat die erfolgreiche Bearbeitung der verschiedenen zu beseitigenden Probleme ermöglicht. Die Enkopresis steht als herausragendes Symptom zwar im Mittelpunkt; zugleich zeigt der Fall aber auch, daß bei der Behandlung der Enkopresis nicht ausschließlich dieses Symptom den Blickpunkt bilden sollte. Vielmehr gilt es, eine auf den Einzelfall zugeschnittene multimodale Herangehensweise zu wählen. Als günstig hat sich in diesem Fall sicherlich die hohe Mitarbeitsbereitschaft der Mutter erwiesen. Auch das Fehlen somatischer Probleme hat zu den schnellen Erfolgen beigetragen.

2 Enuresis

2.1 Beschreibung des Störungsbildes

Der achtjährige Dirk wird von seiner Mutter wegen Einnässens in der Beratungsstelle vorgestellt. Dirk besucht die zweite Grundschulklasse. Sein Vater ist als Busfahrer beschäftigt, die Mutter arbeitet seit vier Jahren wieder halbtags als Sekretärin. Der Bruder Stefan ist zwei Jahre älter. Als Kleinkind wurde Dirk mit seinem Bruder zusammen aufgrund stundenweiser Berufstätigkeit der Mutter vormittags von seinen Großeltern beaufsichtigt.

Die Mutter schildert im Erstgespräch, daß Dirk, seit er viereinhalb Jahre alt ist, ständig „tröpfelt“; er war vorher bereits trocken gewesen. Einen zeitlichen Zusammenhang mit einem besonderen Ereignis oder Problem erinnert die Mutter nicht. Sie erzählt, daß Dirk kein Problembewußtsein hat. Er geht auch mit nasser Kleidung aus dem Haus, ohne daß ihm dies etwas ausmacht. Wenn er sich intensiv auf ein Computerspiel konzentriert, näßt er besonders stark ein. Eine Untersuchung beim Kinderarzt ergibt keinen organischen Befund. Sie weiß nicht, wie sie das Problem lösen soll und wirkt sehr besorgt. Ihr Schimpfen nützt bei Dirk nichts. Die weitere Exploration ergibt, daß Dirk außer etwas Nörgelei von der Mutter keine Konsequenzen zu befürchten hat. Beispielsweise braucht er seine Wäsche nicht selbst zu reinigen.

Darüber hinaus berichtet die Mutter, daß zwischen Dirk und seinem Bruder Stefan ein „gespanntes“ Verhältnis besteht. Der Bruder ärgert Dirk ständig, weil dieser einnäßt: „Du stinkst wieder so!“ Sie schildert Dirk als unselbständigen Jungen, der sehr überbehütet worden sei. Sie selbst glaubt, in der Erziehung versagt zu haben: „Ich wollte alles mal besser machen, und jetzt das!“ Sie macht sich selbst Vorwürfe. Vor allem betrachtet sie die Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit als falsch. Dirks Vater, so berichtet die Mutter, wirft ihr übertriebene Fürsorge vor.

Die von den Eltern erhobenen Daten über den Verlauf einer Woche ergeben folgendes Bild: Am ersten Tag (Donnerstag) kommt Dirk mit feuchter Hose aus der Schule. Beim Computerspiel am Nachmittag näßt er eine größere Menge ein. Später am Nachmittag geht Dirk noch zum Spielen nach draußen; als er vor dem Abendbrot wieder hereinkommt, ist seine Hose wieder leicht naß. Freitag und Samstag war Dirk nach den Beobachtungen der Eltern trocken. Am Sonntag bleibt die Hose vormittags trocken, nachmittags macht er zweimal in die Hose, davon einmal eine größere Menge. Am Montag näßt er erneut nachmittags zweimal ein. Am Dienstag und Mittwoch macht er nachmittags jeweils einmal in die Hose. In dieser Beobachtungswoche näßt Dirk also nach den Beobachtungen der Eltern insgesamt neunmal ein, und zwar an zwei Tagen gar nicht, an zwei Tagen einmal, an weiteren zwei Tagen zweimal und an einem Tag dreimal. Es fällt auf, daß Dirk acht- von neunmal nachmittags einnäßt, also nur einmal vormittags in der Schule. Eine Übersicht gibt Tabelle 2.

Tabelle 2:

Aufzeichnungen über eine Woche zu Dirks Einnäßverhalten
(v = vormittags in der Schule; n = nachmittags beim Spielen)

Einnäß- verhalten	Erhebungstage						
	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Montag	Dienstag	Mittwoch
Ja	X			X	X	X	X
Nein		X	X				
Anzahl	dreimal (v + n)			zweimal (n)	zweimal (n)	einmal (n)	einmal (n)

Dirk erscheint zu seinem ersten Termin in der Beratungsstelle mit einer im Schritt nassen Hose. Er wirkt lebhaft, aber auch leicht unsicher; er kann dem Therapeuten nicht in die Augen schauen. Er findet das Einnässen „nicht schlimm“. Er meint, es gibt sogar im dritten Schuljahr Rinder, die in die Hose machen, und er ist doch erst im zweiten. „Die Anderen merken das ja gar nicht!“. Wenn er sich mit dem Computer beschäftigt, wo man zwischen den „Levels“ keine Pausen machen darf, kommt es häufig vor, daß er in die Hose macht. Er gibt aber an, „eigentlich schon“ zu spüren, wenn er muß.

Dirk beklagt sich über die vielen „Kloppereien“ mit seinem Bruder. Ansonsten äußert er sich zufrieden über seine familiäre und schulische Situation. Bei der Durchführung des Family-Relations-Test (Bene & Anthony, 1985; deutsche Standardisierung: Flämig & Wörner, 1977) schätzt Dirk seine familiären Beziehungen unauffällig ein. Vater und Mutter werden häufig und mehrheitlich positiv besetzt genannt, Stefan wird ebenfalls häufig, allerdings überwiegend in Verbindung mit negativen Items von Dirk benannt. Eine auffällige Diskrepanz zwischen den von Dirk ausgehenden Gefühlen und den Gefühlen, die andere ihm seiner Wahrnehmung nach entgegenbringen, ist nicht festzustellen (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3:

Ergebnisse von Dirk im Family-Relations-Test

	Niemand	Dirk	Vater	Mutter	Stefan	Oma	Opa
Positive vom Kind ausgehende Gefühle	2	0	1	4	1	1	1
Positive vom Kind empfangene Gefühle	1	2	2	5	1	3	2
Positiv - Gesamt	3	2	3	9	2	4	3
Negative vom Kind ausgehende Gefühle	2	1	1	9	3	0	1
Negative vom Kind empfangene Gefühle	1	0	1	1	6	0	0
Negativ - Gesamt	3	1	2	1	9	0	1
Gesamt aller Nennungen	6	3	5	10	10	4	4

Bei einem Gespräch wundert sich die Lehrerin über die Anmeldung in einer Erziehungsberatungsstelle. Dirk ist in der Schule nicht auffällig; sie schätzt ihn intelligent und strebsam ein. Dirk ist in der Klasse beliebt. Die Lehrerin weiß nicht, daß Dirk einnäßt, auch die Mitschüler haben sich ihr gegenüber noch nie dahingehend geäußert.

2.2 Differentialdiagnostik

Die Exploration der Mutter, die einwöchige Verlaufsbeobachtung der Eltern, das Gespräch mit Dirk und die Testerhebung führen eindeutig zu dem Ergebnis, daß Dirk nach DSM-IV (1996) die diagnostischen Kriterien einer Enuresis erfüllt.

Kasten 3:

Von Dirk erfüllte diagnostische Kriterien nach DSM-IV (1996)

Kriterium A

Dirk entleert wiederholt und absichtlich Urin in seine Hose.

Kriterium B

Das Verhalten ist klinisch bedeutsam, da Dirk seit dreieinhalb Jahren mehr als zweimal wöchentlich einnäßt.,

Kriterium C

Dirk ist in einem biologischen und Entwicklungsalter, in dem von ihm die Blasenkontrolle erwartet werden kann.

Kriterium D

Das Einmißverhalten von Dirk geht weder auf eine Substanzwirkung noch auf einen organischen Krankheitsfaktor zurück, was sowohl von einem Pädiater als auch von einem Kinderpsychiater untersucht wurde.

Typus-Bestimmung

Da Dirk ausschließlich tagsüber, bevorzugt nachmittags, einnäßt, wird die Diagnose Enuresis Diurna gestellt. Das Auftretensmuster von Dirk entspricht den Angaben in DSM-IV, nämlich: die häufigste Urinentleerung findet am frühen Nachmittag statt und liegt bei Dirk am Widerwillen, sein Spiel zu unterbrechen, um auf die Toilette zu gehen.

Kasten 4:

DSM-IV-Kodierungen unter Berücksichtigung aller fünf Achsen

Achse I: Klinische Störungen und Andere Klinisch Relevante Probleme

307.6 Enuresis, Typus Diurna (F98.01 nach ICD-10)

Achse II: Persönlichkeitsstörung

Geistige Behinderung

V71.09 Keine Diagnose

Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren

Keine

Achse IV: Psychosoziale und Umgebungsbedingte Probleme

Probleme mit der Hauptbezugsgruppe:

- Exzessiver Streit mit dem Bruder Stefan

Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus

GAF = 51 (zur Zeit)

Dieser Wert zeigt ausgeprägte Symptome an; er wird deshalb vergeben, da Dirk eine sekundäre Enuresis aufweist, seinen Harndrang bemerkt, jedoch nicht zur Toilette geht und sozial-emotionale Beeinträchtigungen zur Zeit nicht vorliegen.

Eine zusätzliche klinische Diagnose ist nicht zu stellen. Die Mutter berichtet zwar von exzessivem Streiten zwischen den beiden Brüdern; aber dies recht-

fertigt nicht die Diagnose einer „Störung des Sozialverhaltens“ bei Dirk, zumal die Streitigkeiten sehr häufig durch den älteren Bruder Stefan ausgelöst werden. Eine „emotionale Störung mit Geschwisterrivalität“ kommt ebenfalls nicht in Betracht. Die Kodierung der Enuresis zeigt der Kasten 4.

2.3 Erklärungsansätze

Aus den Informationen der Exploration mit der Mutter und mit Dirk kann eine Verhaltensanalyse des Einnässens erstellt werden (vgl. Abb. 3). Diese zeigt auf, daß die verstärkende Komponente darin zu sehen ist, daß Dirk lästige Spielunterbrechungen durch Einnässen vermeiden kann. Obwohl er Harndrang verspürt, setzt er seine Spieltätigkeit einfach fort. Es gibt daraufhin keine negativen Konsequenzen. Die Nörgelei der Mutter bzw. gelegentlich auch des Vaters dürften eher als positive Verstärker im Sinne von Aufmerksamkeitszuwendung wirken. Die Hänseleien des Bruders erfolgen nicht kontingent auf das Verhalten und haben somit auch keine direkte verhaltenssteuernde Wirkung.

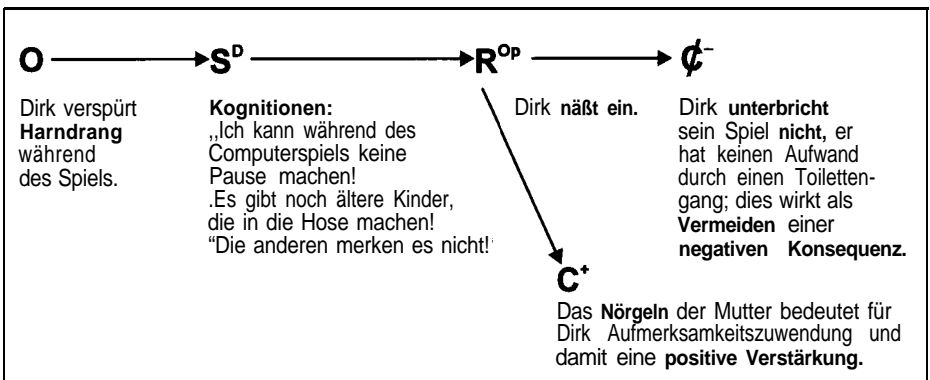


Abbildung 3:

Verhaltensanalyse des Einnässens von Dirk (siehe Legendenerklärung bei Abb. 1)

Bei Dirk lassen sich keine der in der Literatur diskutierten psychosozialen Erklärungsansätze als die Enuresis verursachend ausmachen (vgl. im Überblick Petermann & Essau, 1996; Schmidt & Blanz, 1996). Weder litt oder leidet ein Verwandter ersten Grades an dem gleichen Problem noch sind in auffälligem Maße kritische Lebensereignisse bei Dirk zu identifizieren. Die häufig anzutreffende Komorbidität mit anderen Störungen, vor allem hinsichtlich Oppositionellen Trotzverhaltens und aggressiven Verhaltens, kann ebenfalls nicht beobachtet werden, sieht man von der weit über das normale Maß hinausgehenden Geschwisterrivalität mit häufigen aggressiv ausgetragenen Streitigkeiten ab.

Kindspezifische Faktoren, wie zu große Schlafentiefe und mangelndes Erwachen bei Harndrang oder Entwicklungsverzögerungen hinsichtlich des neuromusku-

lären Systems, können bei Dirk genauso wenig festgestellt werden wie pathophysiologische Komponenten, zum Beispiel zu geringe Blasenkapazität. So sind für die Interventionsplanung die in der Verhaltensanalyse herausgearbeiteten aufrechterhaltenden Bedingungen zentral; die Therapie mit Dirk und der Familie kann sich deshalb auf die Enuresis beschränken.

2.4 Interventionsprinzipien

Bei vielen einnässenden Kindern stellt sich spätestens im Laufe der Grundschulzeit ein Behandlungsbedarf heraus, sei es aufgrund sozialer Diskriminierung, sei es aufgrund negativer Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl. Da die Enuresis in vielen Fällen keine organische Ursache aufzeigt, sondern ein Funktionsdefizit darstellt, ist ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen indiziert. Hierbei werden je nach Einzelfall unterschiedliche Methoden kombiniert und mit unterschiedlichen Zielen die Eltern einbezogen. Die Behandlung gestaltet sich als schwierig, wenn ein Kind nicht motivierbar ist mitzuwirken. In solchen Fällen kann eine kurzfristige Pharmakotherapie hilfreich sein; das heißt, das Trockensein kann für den Verlauf einer Verhaltenstherapie genutzt werden. Eine alleinige Pharmakotherapie ist jedoch wegen der hohen Rückfallquote kontraindiziert (Houts, 1991; Johnson, 1980; Schmidt & Blanz, 1996). Zumindest bei dem Medikament Imipramin sind bei längerer Anwendung Nebenwirkungen zu bedenken, und bei Enuresis Diurna eignet es sich nicht (Herson et al.; 1972; Schmidt & Blanz, 1996).

Zu den am meisten angewandten verhaltenstherapeutischen Methoden gehören der Klingelapparat und das Einhalte-Training. Kombinierte Methoden stellen das Dry-Bed-Training, das Breitband-Training und sequentielle Therapiestrategien dar (vgl. einen Überblick in Petermann & Essau, 1996). Sie alle zielen auf Enuresis Nocturna ab; sie können jedoch in Bestandteilen auf Enuresis Diurna übertragen werden, nämlich zum Beispiel die Vertragstechnik, Toilettenrituale oder Verstärkerpläne.

Bei Dirk scheidet einige Möglichkeiten sofort aus, nämlich solche, die speziell auf die Behandlung der Enuresis Nocturna ausgerichtet sind, also Klingelapparat oder Dry-bed-Training (vgl. hierzu Petermann & Essau, 1996). Entsprechend dem Prinzip der maximalen Hilfe bei minimaler Intervention soll im vorliegenden Fall zunächst ein einfach durchzuführendes Verfahren gewählt werden. Eine medikamentöse Behandlung kommt aufgrund der Verhaltensanalyse nicht in Betracht. Dies trifft vor allem deshalb zu, da die aufrechterhaltenden Bedingungen leicht zu erkennen sind und eine verhaltenstherapeutische Behandlung mit Vertragstechnik und Verstärkerprogramm erfolgreich zu sein verspricht. Die Familie soll dabei nicht unnötig belastet und somit kein vorzeitiger Therapieabbruch provoziert werden. Eine verhaltenstherapeutische Strategie, bei der sequentiell vorgegangen wird, ist die Methode der Wahl (vgl. z.B. Schmidt & Esser, 1981).

Informationen über Enuresis. In einem ersten Schritt werden relevante Informationen über Enuresis sowohl den Eltern als auch Dirk gegeben (vgl. Grosse, 1991). Dabei wird versucht, eine geeignete Arbeitshaltung herzustellen. Den Eltern, die sich dem Problem hilflos gegenüber sehen, soll einerseits eine positive Perspektive aufgezeigt werden; andererseits werden die Eltern vor zu hohen Erwartungen gewarnt, damit es nicht zu frühen Enttäuschungen kommt, die das Risiko eines Abbruchs der Behandlung nach sich ziehen (Butler et al., 1988).

Therapievertrag über einen Verstärkerplan. Nach der Diagnose wird in einer Sitzung mit Dirk allein ihm das Prinzip eines Verstärkerplans erklärt. Anschließend wird der Verstärkerplan mit Dirk zusammen der Mutter erläutert. Der Junge reagiert begeistert, und die Mutter willigt bereitwillig ein. Es wird vereinbart, daß trockene Tage in einer Wochenliste mit einem lustigen Strichmännchen, das Dirk in die Liste hineinzeichnen darf, vermerkt werden. Jedes Einnässen wird mit einem Strich festgehalten. Als Belohnung für einen trockenen Tag wird ein Schokoladenriegel und für drei trockene Tage in einer Woche ein Modellauto vereinbart. Zusätzlich wird mit Dirk besprochen, daß er vor Computerspielen die Toilette aufsuchen soll. Alle Vereinbarungen werden schriftlich festgehalten und von der Mutter, Dirk und dem Therapeuten unterschrieben, um die Verbindlichkeit für alle Beteiligten zu erhöhen.

Blasenmuskeltraining. Eine weitere Vereinbarung folgt im Therapieverlauf. So soll Dirk, um den Blasenmuskel zu kräftigen, damit nicht ungewollt kleine Mengen Urin in die Kleidung fließen, diesen trainieren, indem er beim Urinieren seinen Strahl möglichst häufig bewußt unterbricht.

Negative Folge von Einnässen. Mit Eltern und Sohn wird außerdem vereinbart, daß Dirk im Falle des Einnässens seine Kleidung selbst auswaschen muß, bevor er sie in die Wäsche legt.

Bei allen Therapiekontakten mit Dirk darf er Spielwünsche äußern; dies soll dazu beitragen, daß sich die Beziehung zwischen ihm und dem Therapeuten positiv gestaltet. Weiter werden in der Interaktion die Schritte des Drei-Phasen-Modells zum Vertrauensaufbau berücksichtigt, nämlich das Herstellen einer verständnisvollen Kommunikation, die Verhinderung bedrohlicher Handlungen sowie der Aufbau von umfassender Selbstwirksamkeit (vgl. Petermann, 1996).

Das Belohnungsprogramm wird zunächst gut angenommen und angemessen durchgeführt. Erste Erfolge stellen sich schnell ein (vgl. Abb. 4 auf S. 334). Nach einiger Zeit verliert Dirk das Interesse am Belohnungsprogramm, und die Motivation muß durch andere Interventionen bei ihm aufrechterhalten werden. Dazu werden altersangemessene Gespräche geführt, die das Ziel verfolgen, seine Motivation mehr am Problem selbst zu verankern. In diesem Prozeß wird es für ihn immer wichtiger, das Einnässen zu verändern. Auf Erfolge ist er im Laufe der Zeit ohne Belohnung stolz; er fühlt sich dadurch älter sowie reifer und gibt dem auch Ausdruck. Bei einem Rückschritt nach acht Wochen

setzen die Eltern und Dirk das Programm zunächst enttäuscht ab; sie lassen sich jedoch nach einem Gespräch wieder auf den Verstärkerplan und die Dokumentation trockener sowie nasser Tage ein, obwohl Dirk zu diesem Zeitpunkt vorrangig anders motiviert ist.

Von dem kurzfristigen Aussetzen des Verstärkerplanes abgesehen, werden die Vereinbarungen von Anfang an mit einer Ausnahme durchgehalten. Der Mutter gelingt es nicht, daß Dirk selbst seine Kleidung reinigt, wenn er einnäßt. Die Mutter wird in mehreren Gesprächen versucht davon zu überzeugen, daß diese Maßnahme wichtig und sinnvoll ist. Es stört sie jedoch, wenn es im Badezimmer, wo die Wäsche gesammelt wird, nach Urin riecht. Dieser Umstand hängt damit zusammen, daß Dirk versucht, sich der Vereinbarung zu entziehen, die Wäsche bei Einnässen selbst auszuwaschen. Dadurch kommt es immer wieder zu Uringeruch im Badezimmer. Ist Dirk dann nicht sofort erreichbar, wäscht die Mutter die Hosen selbst schnell aus. Auf diese Weise werden Verstärkungsbedingungen wirksam, die dem Verstärkerplan den nötigen Nachdruck nehmen, da Dirk durch das inkonsequente Verhalten der Mutter eine sinnvolle Konsequenz umgehen kann.

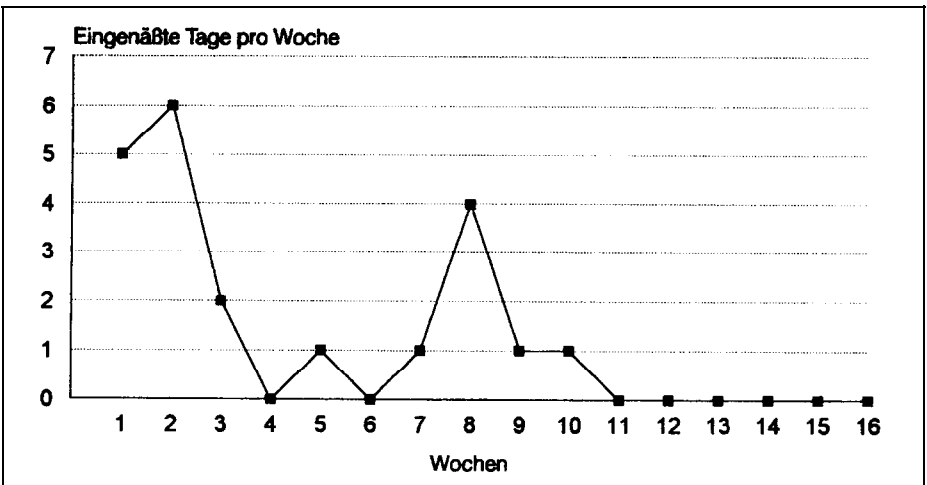


Abbildung 4:

Verlauf des Einnässens. Die erste Woche stellt eine Vorbeobachtung dar, wobei Dirk an den fünf Tagen, an denen er einnäßt, insgesamt neunmal eine nasse Hose aufweist; die übrigen 15 Wochen dokumentieren das Einnässen während der Therapie

2.5 Resümee

Trotz dieser nicht eingehalten Vereinbarung erweist sich die Enuresisbehandlung insgesamt als erfolgreich. Die Erfolge stellen sich schnell ein und erweisen sich als stabil (vgl. Abb.4). Auch nach Abschluß der Enuresisbehandlung taucht das Problem bis heute, zwei Jahre später, nicht wieder auf: Dirk ist

durchgängig trocken. Er ist stolz auf seine Leistung. Im Anschluß daran wird an der Geschwisterrivalität mit beiden Brüdern gearbeitet. Diese Behandlung, die nicht Gegenstand der vorliegenden Beschreibung ist, führt im Verlauf eines halben Jahres zu Fortschritten. Den Abschluß der Arbeit mit den beiden Brüdern bildet ein Projekt, das in den gemeinsamen Sitzungen mit Dirk und Stefan entwickelt wird. Die beiden Brüder organisieren mit ihren Eltern und dem Therapeuten gemeinsam einen großen Fußballnachmittag, zu dem sie Freunde und Klassenkameraden auf einen Sportplatz einladen. Die Eltern sind zufrieden, die familiären Spannungen haben sich etwas gelöst, wenngleich es zwischen den Geschwistern immer noch zu Streitigkeiten kommt.

Die Enuresisbehandlung erstreckt sich insgesamt über vier Monate. Einschließlich des Anmeldegesprächs und der diagnostischen Kontakte finden in diesem Zeitraum 16 Termine statt. Der schnelle und stabile Erfolg läßt sich auf mehrere Faktoren zurückführen. Zum einen können alle Beteiligten immer wieder während des Therapieverlaufes gut motiviert werden. Zum anderen finden sich die in der Literatur diskutierten Prädiktoren für einen guten Behandlungserfolg in dem vorliegenden Fall: Die Mutter ist berufstätig, die Eltern unterstützen Dirk und der Bruder hänselt ihn. Lediglich der Druck durch die Gleichaltrigen fehlt bei Dirk (vgl. Petermann & Essau, 1996). Diese Bedingungen lassen nach unterschiedlichen Studien eine günstige Entwicklung erwarten. Als dritter Faktor ist im Fall Dirk zu nennen, daß die ungünstigen Prädiktoren fehlen. Weder liegen massive familiäre Probleme vor, noch mangelt es an familiärer Unterstützung (vgl. Petermann & Essau, 1996).

Literatur

- Bene, E. & Anthony, J. (1985). *Family Relations Test. Childrens Version*. Windsor: NFER-Nelson.
- Borg-Laufs, M. (1993). Selbstmanagementtherapie mit Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 2, 122-128.
- Borg-Laufs, M. (1996). *Das Training mit aggressiven Kindern aus der Perspektive der Selbstmanagementtherapie. Eine Praxisstudie*. Frankfurt: Lang.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber, 2., korrig. u. bearb. Auflage.
- DSM-IV (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Esser, G., Schmidt, M. H. & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children: Results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31, 243-263.
- Flämig, J. & Wörner, U. (1977). Standardisierung einer deutschen Fassung des Family Relations Test (FRT) an Kindern von 6 bis 11 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 26, 5-11 und 38-46.
- Grosse, S. (1991). *Bettnässen. Diagnostik und Therapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2., veränd. Auflage.

- Herson, V. C., Schmitt, B. D. & Rumack, B. H. (1972). Magical thinking and imipramine poisoning in two school-aged children. *Journal of American Medical Association*, 24, 1926-1927.
- Houts, A. C. (1991). Nocturnal enuresis as a behavioral problem. *Behavior Therapy*, 22, 133-151.
- Johnson, S. B. (1980). Enuresis. In R. Daitzman (Ed.), *Clinical behavior therapy and behavior modification* (81-142). New York: Garland.
- Krisch, K. (1985). *Enkopresis. Ursachen und Behandlung des Einkotens*. Bern: Huber.
- Levine, M.D. (1983). Encopresis. In M. D. Levine, W.B. Carey & A.C. Crocker (Eds.), *Developmental behavioral pediatrics* (586-595). Philadelphia: Saunders.
- Liebert, R. M. & Fischel, J. E. (1991). The elimination disorders. Enuresis and encopresis. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (421-429). New York: Plenum Press.
- Mikkelsen, E. J., Rapoport, J.L., Nee, L., Gruenau, C., Mendelson, W. B. & Gillin, J. C. (1980). Childhood enuresis. I. Sleep patterns and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1139-1144.
- Petermann, F. (1996). *Psychologie des Vertrauens*. Göttingen: Hogrefe, 3. Auflage.
- Petermann, U. & Essau, C. A. (1996). Störungen der Ausscheidung: Enuresis und Enkopresis. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (485-514). Göttingen: Hogrefe, 2., korr. u. erg. Auflage.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1996). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 6., überarb. Auflage.
- Schmidt, M. H. & Blanz, B. (1996). *Psychopharmakotherapie im Kindesalter*. Stuttgart: Enke.
- Schmidt, N.J. & Esser, G. (1981). Einflüsse auf die Effizienz der verhaltenstherapeutischen Behandlung der Enuresis: Eine klinische Studie an 47 Fällen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 217-232.
- Wright, L. & Walker, C. E. (1978). A simple behavioral treatment program for psychogenic encopresis. *Behavior Research and Therapy*, 16, 209-212.