

ASSOZIIERTE PERSÖNLICHKEITS- UND VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN BEI ENURETIKERN

Dr. Christine Fauland
Pädagogin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie)

Es besteht **kein nachgewiesener Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Einnässens und der Ausprägung psychiatrischer Auffälligkeiten**, (Rutter, 1973). Angesichts der Inhomogenität der Gesamtgruppe der enuretischen Kinder scheint es keine typische Enuretikerpersönlichkeit zu geben. Hinter der gleichförmigen Symptomatik treten sehr unterschiedliche Strukturen in Erscheinung. Es lassen sich jedoch einige Hauptauffälligkeiten einnässender Kinder beschreiben, die als Tendenzen zu verstehen sind und mehr oder weniger stark ausgeprägt sein können.

- 10% der einnässenden Kinder weisen zusätzlich eine Enkopresis auf.
- Ein Viertel der einnässenden KINDER HABEN Probleme in der Schule
- 30% haben Persönlichkeitsauffälligkeiten (Polak, 1987)

Mädchen mit einer Enuresis diurna weisen häufiger psychische Auffälligkeiten als Kinder mit einer „reinen“ Enuresis nocturna auf.

Bei rund $\frac{1}{4}$ der einnässenden Kinder treten erhöhte Raten an Verhaltensauffälligkeiten auf. Dies verteilt sich auf folgende Gruppen:

- a) Enuresis diurna et nocturna
- b) Konfliktnässen am Tag bei Mädchen
- c) Ältere Kinder und Jugendliche

Enuretische Knaben zeigen eine Tendenz zu **emotionaler Abhängigkeit** und **depressiven Reaktionsweisen** in Verbindung mit einer **übermäßigen Bindung an die Mutter**. Es wurden depressive Verstimmungen vor und nach Einnässzwischenfällen beobachtet. Sie können sowohl auslösenden Charakter haben als auch wiederum eine resignative Reaktion auf das Einnässen selbst darstellen.

Kennzeichnend für Enuretiker ist die ambivalente Beziehung zum sozialen Umfeld, die in der Regel mit einem hohen Ausmaß an Kritik und Abwertung anderer Menschen und mit deutlichen Hilfsappellen verbunden ist.

Die Bereitschaft zur sachlichen Leistung im Sinne aufgabengerechter Anpassung ist nur gering ausgeprägt. Es scheint Zusammenhänge zu geben zwischen einer **mangelnden Impulskontrolle** mit **einer indirekten Aggressivität** und einer starken **ambivalenten Anlehnung** an die überforderten Eltern.

Enuretische Kinder neigen zu Angstsymptomen, Selbstunsicherheit und sozialem Rückzug (Schaffer, 1985). Sie scheinen emotionale Bedürfnisse und Triebspannungen nicht lange aushalten zu können und drängen auf eine sofortige Befriedigung derselben. Das Symptom Enuresis erlaubt beiden Strebungen nachzukommen, einerseits den getarnten Ausdruck feindseliger Impulse und andererseits der Befriedigung triebbedingter Wünsche als auch der Demonstration regressiver Abhängigkeit. (Dührssen, 1978)

Enuretiker haben Schwierigkeiten, **aggressive Impulse altersadäquat zu äußern**, dies wird durch verstärkte

Opposition, offene Aggression oder vertuscht aggressive Verhaltensweisen erkennbar.

Enuretiker befinden sich in einem andauernden Widerstreit zwischen **Leistungswilligkeit** (symbolisiert durch das Trockensein) und Leistungsabwehr (ausgedrückt im Einnässen). Dies führt zu einem ständigen **Dauerzustand gespannter und beunruhigter Leistungsbereitschaft**.

Enuretische Kinder neigen dazu, sich Erwachsenen oder kleineren Kindern zuzuwenden, zeigen eher **infantile Haltungen** und regressive Spiele und weisen eine besondere Anhänglichkeit an Objekte aus ihrer frühesten Kindheit auf. (Schmit, 1985)

Einnässende Kinder **leiden zumeist unter ihrem Symptom** und erleben die Enuresis als **Stressfaktor**. (Foxman, 1986) **Dies hat bei vielen Kindern eine deutliche Minderung des Selbstwertgefühls zur Folge.**

Eine genetisch bedingte Vulnerabilität der Ausscheidungsorgane macht den Urethraltrakt anfälliger für physiologische und **psychosoziale Störungen**. **Belastende und stressinduzierende Ereignisse in den ersten Lebensjahren kommen als auslösende und aufrechterhaltende Faktoren in Frage.**

Führen Trennungserlebnisse, Familienstreit, Einschulung, Geburt eines Geschwisters zu einer **emotionalen Überforderung** eines Kindes, kann es zum **Persistieren des Einnässens** kommen. Das Kind sucht bei belastenden Ereignissen auf Grund seiner Lernerfahrung unbewusst Zuflucht in den trost- und lustspendenden Gefühlen des Urinierens. **Die Erfahrung, dass das Einnässen nach oder während emotional bedrückenden Geschehnissen**

zumindest kurzfristig Erleichterung und Trost vermittelt, verfestigt die auftretende Symptomatik. Der Umstand, dass das Einnässen in der Nacht häufiger zu beobachten ist, mag damit zusammenhängen, dass der Schlaf die Verleugnung der Befriedigung durch das Symptom und dem partiellen Aufmerksamkeitsentzug gegenüber dem Blasenweckreiz begünstigt.

Interpersonell kann die Symptomatik je nach Reaktion der Umwelt zum **Vehikel verschiedenster Botschaften** mit aggressiven oder hilfesuchendem Inhalt werden und eine **besondere Stellung des Kindes in der Familie oder der Gruppe der Gleichaltrigen** mit sich bringen.

„Ab dem fünften Lebensjahr sollten Kinder trocken sein!“Dieses meinen zumindest Ärzte und Psychologen. Die Wahrheit aber ist: In jeder österreichischen Volksschulklasse sitzen – statistisch gesehen - zwei bis drei Bettnässer! Ein Problem, das die betroffenen Eltern und ihre Sprösslinge zum Verzweifeln bringt.“

„Die anderen Kinder haben meinem Sohn das Leben beinahe zur Hölle gemacht!“ Alfred Pirringer erinnert sich mit Schaudern an die letzten Jahre. Sohn Cornelius war bis zu seinem achten Lebensjahr Bettnässer. Im Kindergarten haben die meisten gelacht, wenn Cornelius auf der Hose wieder einen nassen Fleck hatte. Mit Fünf wurde er deshalb aus dem Kindergarten ausgeschlossen – eine Katastrophe für den kleinen Cornelius. Das Drama ging auch in der Schule weiter. Schulausflüge wurden unmöglich, denn welcher Lehrer legt einem Achtjährigen schon Windeln an oder wechselt dreimal pro Tag das Gewand. Die urologischen Untersuchungen verliefen ergebnislos. Die Meinung der Ärzte: „Cornelius ist pumperlg’sund. Auf Wiedersehen!“

Auch Florian, sechs Jahre, und seine Mutter kennen die verhängnisvollen Probleme, die rund um das Bettnässen entstehen. Florian war bereits mit drei Jahren trocken, begann aber nach kurzem erneut, nachts und schließlich auch tagsüber in die Hose zu machen. Organisch war nichts zu finden, und bei diversen „Experten“-Vorträgen wurde die hilfeschuchende Mutter gar vor den Kopf gestoßen: „Gehen Sie wieder nach Hause. Ein Kind, das schon einmal trocken war und dann wieder nass wird, ist gar kein Bettnässer.“

Cornelius und Florian sind nur zwei von ca. 50.000 Fällen. Man schätzt, dass statistisch in jeder Volksschulklasse Österreichs etwa zwei bis drei Enuretiker- so der Fachbegriff für Bettnässer – sitzen; Kinder also, die nach dem fünften Lebensjahr noch nicht trocken sind.

Die Blase – Barometer für Stimmungs- und Gemütslage

Das Einnässen scheint, so organische Gründe nach urologischen Untersuchungen auszuschließen sind, für Kinder eine besonders „wirksame“ Art zu sein, auf seelische Probleme hinzuweisen. Davon ist die Enuresis-Expertin Dr. Christine Fauland überzeugt: „Die Blase eignet sich dafür als äußerst sensibles Organ im besonderen Maße. Selbst Erwachsene wissen, wie leicht Spannungen oder Angstzustände zu einem plötzlichen Harndruck führen. Denn wer von uns kennt es nicht, dass man etwa bei Lampenfieber oder Prüfungsstress das dringende Bedürfnis verspürt, so schnell wie möglich eine Toilette aufsuchen zu müssen. Eine gesunde Blase aber setzt Entspannung voraus, sie wird in der Nacht schlaff und kann dadurch eine große Menge von Flüssigkeit sammeln.

Leistungsdruck und Machtspiel

Wenn nervöse Erregungen im Laufe des Tages in die Nacht hineinwirken, kommt die Blase während des Schlafs nicht im ausreichenden Maße zur Entspannung. Sie entleert sich dann bei geringen Urinmengen mehrmals hintereinander. Normalerweise erlernen Kinder zwischen drei und vier Jahren durch den Urindrang aufzuwachen. Ist dieser Reflex aus irgendeinem Grund gestört, wird aus dem Kind ein Bettnässer.“ Auf der Suche nach den Gründen ist man in psychoanalytischer Richtung auf Umstände gestoßen, die in einem sehr engen Zusammenhang mit dem Bettnässen zu stehen scheinen. Die Abwesenheit der Mutter, die Entthronung durch ein Geschwisterkind, Ehestreitigkeiten bzw. Scheidung, Trennung aus der gewohnten Umgebung durch einen Umzug oder Schulwechsel sind

Faktoren, die für ein Kind so schwierig und traumatisch sein können, dass es reagiert. Florians Mutter, Karin Manger, kann das nur bestätigen: „Die Probleme meines Sohns haben nur wenige Wochen, nachdem ich mich von seinem Vater getrennt habe, begonnen. Das war wohl wirklich kein Zufall.“

Kein Zufall scheint es auch zu sein, dass das Problem des Bettnässens von den Betroffenen nur sehr schwer in Eigenregie zu lösen ist. Zu groß ist der psychische Druck, der auf Eltern wie auf Kindern lastet. Auf der einen Seite stehen Mutter und Vater, die damit fertig werden müssen, mit der Sauberkeitserziehung ihres Kindes scheinbar gescheitert zu sein, und die mit wohlgemeinten Ratschlägen, die mehr verwirren als helfen, überhäuft werden. Auf der anderen Seite befinden sich die Kinder, denen bewusst ist, dass sie etwas nicht können, das andere schon lange beherrschen und die jahrelang Misserfolgen und andauernden Peinlichkeiten ausgesetzt sind.

Neben dem fatalen Leistungsdruck steht auch ein psychologisches Machtspiel zwischen Mutter und Kind häufig im Vordergrund: „Mit der Forderung der Mutter an ihren Sprössling, sauber zu werden, wird dem ind erstmals in seinem Leben eine konkrete Leistung abverlangt“, erklärt Psychologin Dr. Fauland. „Das Kind erlebt, dass es etwas leisten und hergeben soll, und kommt so in eine Machtposition. Es kann die Mutter erfreuen, wenn es brav auf die Toilette geht, und es kann einen Konflikt riskieren, wenn es der Forderung nicht nachkommt.“

Probleme im sozialen Umfeld, Machtkonflikte in der Kind-Eltern-Beziehung – kein Wunder, dass Eltern häufig Unterstützung von außen brauchen. Karin Rau, die als Psychodiagnostikerin schon vielen Kindern und Eltern „Erste Hilfe“ geleistet hat, rät aus Erfahrung: „Man sollte keine Scheu davor haben, sich psychologisch helfen zu lassen. Auch als geschulte Außenstehende kann ich so

manches erkennen, was auch den aufmerksamen Eltern manchmal entgeht. Und gerade jene Mütter und Väter, die ihr Kind besonders gut beobachten, werden durch die Zusammenarbeit mit einer Psychologin die besten Erfolge erzielen.“

Heilung für Cornelius und Florian

Die Familien Pirringer und Manger hatten auf ihrer jahrelang erfolglosen Suche schließlich Glück. „Bei unserem ersten Besuch bei Frau Dr. Fauland“, erinnert sich Alfred Pirringer, „haben wir ein langes, ausführliches Gespräch geführt. Dr. Fauland hat danach gemeint, dass wir das Problem des Bettnässens spätestens nach sechs Monaten im Griff haben werden. Heute, nach einem halben Jahr, hatten wir unsere letzte Sitzung.“

Gerade noch rechtzeitig vor Schulbeginn

Cornelius Manger hat nach etwa acht Monaten Therapie sein Problem in den Griff bekommen. „Gerade rechtzeitig vor Schulbeginn“, freut sich seine Mutter, die zuvor schlimmste Befürchtungen hatte, wie ihr Sohn als Bettnässer in der Schule zurechtkommen sollte. Zwei Erfolge, die laut Therapeutin weniger mit einem Wunder und mehr mit einem gezielten Eingehen auf jedes einzelne Kind zu tun haben. „Es gibt kein allgemein anzusetzendes Rezept, keine spezielle Therapie, die auf jeden Fall anzuwenden wäre. Es geht darum, für jedes Kind eine individuelle Behandlung zu finden.“

Für Cornelius bedeutete das zunächst, eine Zeitlang in der Nacht systematisch aufgeweckt zu werden. Herauszufinden galt es, wann er einnässt. Dann wurde der achtjährige Bub immer kurz vor dem Einnässen aufgeweckt und somit sein Körper wochenlang darauf

trainiert, zum rechten Zeitpunkt den Urindrang zu bemerken. Für Erfolge gab es Belohnungen. Zusätzlich hat Cornelius die „Klingelhose“ verwendet – eine Unterhose mit Elektroden, die dem Kind jeden Tropfen Flüssigkeit mit einem Klingelzeichen meldet.

Auch Florian brauchte eine Klingelhose. Außerdem nahm er als eher hyperaktiver Knabe Hafertropfen zur Beruhigung. Besonders wichtig war in seinem Fall das Gespräch mit der Mutter, die gebeten wurde, nicht mehr so sehr auf das Bettnässen einzugehen, ihren Sohn weder zu schimpfen, noch zu beschwichtigen, sondern im Fall des Falles einfach ohne großen Kommentar die Hose zu wechseln.

„Ich gehe davon aus, dass jeder Enuretiker geheilt werden kann“, spricht Dr. Christine Fauland allen verzagten Eltern Mut zu und rät: „Das wichtigste ist, dass die Bereitschaft dazu da ist, sich und dem kleinen Patienten helfen zu lassen und selbst dabei mitzuwirken. Strafen, Appelle an den Willen des Kindes, Vorwürfe oder Selbstvorwürfe haben hingegen keine Aussicht auf Erfolg, wenn Ihr Kind nach unten weint...“

Interview mit Dr. Christine Fauland

Dr. Fauland, Expertin in Sachen Bettnässen (Enuresis) ist Psychologin, Pädagogin (Volksschullehramt, Lehramt in Englisch und Geschichte) und Verhaltenstherapeutin. Sie war auf wissenschaftlichem Gebiet als Universitätsassistentin tätig, hat zahlreiche psychologische Artikel sowie Sachbücher veröffentlicht. Seit einigen Jahren widmet sie sich u. a. intensiv der Behandlung von Enuretikern.

In der Spieltherapie setzt sie sich intensiv mit ihren kleinen Patienten auseinander. Das Kennenlernen der motorischen, sprachlichen und sozialen Fähigkeiten ist Voraussetzung für das Gelingen der Therapie.

Ab wann ist Bettnässen ein Problem?

Gibt es verschiedenen Erscheinungsformen?

„Wenn ein Kind mit fünf Jahren noch nicht trocken ist, dann spricht man im allgemeinen von einem Bettnässer. Man unterscheidet zwischen Tag- und Nachtnässern sowie primären – Kindern, die noch nie trocken waren – und sekundären Enuretikern – Kindern, die schon einmal trocken waren und wieder angefangen haben, einzunässen.“

Ab wann sollten Eltern Ihre Hilfe in Anspruch nehmen?

„Zu mir kann man jederzeit kommen. Meistens ist es aber so, dass mir von den Ärzten die sogenannten „aussichtslosen“ Fälle zugewiesen werden – Kinder also, die medizinisch ausgetestet sind, oft schon stationär im Krankenhaus waren und trotz medikamentöser Hilfe oder diverser Behandlungen bei

Heilpraktikern und anderen Therapeuten
Bettnässer geblieben sind.“

**Und wie ist Ihr Heilungserfolg bei den
sogenannten „Aussichtslosen“?**

„Bis dato 100 Prozent.“

**Es gibt mehrer Enuresis-Ambulanzen in
Österreich. Inwiefern unterscheidet sich Ihre
Arbeit von der Ihrer Kollegen? Wo liegt Ihr
Geheimnis?**

„Meine drei Schwerpunkte sind starke Einbindung
der Eltern, eine ganz genaue medizinische und
psychologische Diagnostik und vor allem die
Abmischung mehrerer Behandlungsformen.“

Wie läuft eine Therapie bei Ihnen ab?

„Am Beginn steht ein ausführliches Erstgespräch
mit den Eltern, wo ich mir einen Überblick über
die Situation – Geschwister, Ehe,
Leistungsdruck, persönliche Einschätzung und
Erwartung etc. verschaffe. Danach kommt die
Diagnostikphase mit dem Kind. Danach folgt ein
weiteres Elterngespräch, bei dem ein
Therapieplan festgelegt wird, und dann geht die
Behandlung richtig los.“

Wie lange dauert eine Therapie?

„Zwischen vier Wochen und einem Jahr. Das ist
von Fall zu Fall sehr verschieden. Am
einfachsten sind in der Regel primäre
Nachtnässer zu therapieren, also Kinder, die
noch nie trocken waren und nur in der Nacht
einnässen. Schwierig wird es, wenn mehrere

Symptome zusammenkommen, wenn das Kind sowohl tagsüber als auch nachts einnässt und zusätzlich auch noch einkotet.“

Ab wann gilt ein Kind als geheilt?

„Man sagt, wenn es zumindest 14 Tage lang ununterbrochen trocken ist. Für mich persönlich gelten eher sechs Wochen ab Therapieende als Maßstab. Bei Rückfällen sollte man unverzüglich zurück zum Therapeuten.“

PSYCHODIAGNOSTIK – VORSTUFE ZUR THERAPIE

Interview mit Petra Rau Psychologin und Psychodiagnostikerin für Kinder und Erwachsene

Psychodiagnostik ist als Kassenleistung etabliert. Therapeuten und Ärzte können eine Überweisung schreiben, die Krankenkasse refundiert die gesamten Kosten bis auf einen geringen prozentuellen Selbstbehalt, je nach Krankenversicherung.

Was ist Ihre Aufgabe als Psychodiagnostikerin?

„In relativ kurzer Zeit so gut wie möglich die Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten herauszufinden und dann festzulegen, ob und welche weiteren Behandlungen notwendig sind.“

Wie läuft Psychodiagnostik konkret ab? Wie hoch ist der Zeitaufwand?

„In der Regel brauche ich drei bis vier Sitzungen zu je einer Stunde für Kinder im Vorschulalter und zweimal zwei bis drei Stunden für Schulkinder. Der Ablauf ist einfach. Zuerst findet ein Elterngespräch statt, wo es mir wichtig ist, die Situation einmal detailliert abzuklären. Zusätzlich versuche ich mittels eines Fragebogens, ganz genau zu erfahren, wo aus Sicht der Eltern die Stärken, Schwächen und Auffälligkeiten des Kindes liegen. Dann beschäftige ich mich einige Stunden lang mit dem Kind, beobachte die motorischen, sprachlichen und sozialen Fertigkeiten und natürlich jene Verhaltensweisen, die den Eltern Sorge bereiten. Abschließend findet ein ausführliches Elterngespräch statt, wo ich meine Beobachtungen und Schlüsse mitteile und empfehle, was weiter zu tun ist. Das kann bei Kleinigkeiten ein simples Umstellen des Tagesablaufes sein, manchmal eine medizinische Abklärung und bei schwerwiegenden Problemen in der Folge eine gezielte Therapie.“

Ein paar Stunden Gespräch und Beobachtung bei komplexen Problemen scheint relativ wenig zu sein. Wie hoch schätzen Sie in so kurzer Zeit Ihre „Treffsicherheit“ ein?

„Die Psychodiagnostik dient ja nicht der sofortigen Lösung eines Problems. Sie ist „nur“ so etwas wie eine Zwischenstation. Sie liefert die Informationen, mit denen dann das Problem zum Beispiel in Form einer Therapie in Angriff genommen werden kann.“

Ab wann empfiehlt es sich für Eltern, die Praxis eines Psychodiagnostikers aufzusuchen?

„Prinzipiell gilt: Je früher, desto besser.
Wird das Problem zu sehr verschleppt, sind auch
die auslösenden Ursachen immer schwerer zu
erkennen.“