

Universität Bielefeld
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft
Abteilung für Psychologie

**Dem Bettnässer ins Bett geschaut:
Evaluation eines stationären Rehabilitationsprogrammes
der Enuresis nocturna unter Berücksichtigung spezifischer
Persönlichkeits- und soziografischen Variablen sowie
Kontrollvorstellungen**

Dissertation an der Universität Bielefeld
Vorgelegt zur Erlangung des Dokortitels (Dr. rer. nat.)
von

Claudia Schmidt

im November 2004

(gedruckt auf Papier nach ISO 9706)

1	Einleitung	S. 1
2	Enuresis	S. 3
2.1	Symptomatik und Klassifikation	S. 3
2.2	Epidemiologie und Verlauf	S. 4
2.3	Ursachen	S. 5
2.3.1	Genetik	S. 5
2.3.2	Kindspezifische Aspekte	S. 6
2.3.3	Pathophysiologische Komponenten	S. 8
2.3.4	Kritische Lebensereignisse	S. 9
2.3.5	Sauberkeitserziehung	S. 10
2.3.6	Zusammenfassung der Ursachenfaktoren	S. 12
2.3.7	Psychoanalytische Deutung	S. 12
2.3.8	Behavioristische Deutung	S. 13
2.3.9	Systemische Deutung	S. 13
2.3.10	Haug-Schnabel: Enuresis als Ausdruck einer Beziehungsstörung des Kindes zur Umwelt	S. 13
2.4	Behandlung der Enuresis: Medikamentöse und psychologische Ansätze	S. 14
2.4.1	Pharmakologische Behandlung	S. 14
2.4.2	Verhaltenstherapeutische Interventionen	S. 15
2.4.3	Stationäre Rehabilitation bei einer Enuresis	S. 18
2.4.4	Hypnotherapeutischer Ansatz	S. 20
2.4.5	Variation in der Flüssigkeitszufuhr	S. 20
2.4.6	Wecken	S. 21
2.5	Folgen der Enuresis auf das psychische Wohlergehen der Familienmitglieder	S. 21
2.6	Resilienzfaktoren: Was schützt vor einer Enuresis nocturna?	S. 23
2.7	Fazit: Was hilft bei einer Enuresis nocturna?	S. 24
3	Vorstellungen von Kindern über Gesundheit und Krankheit	S. 26
3.1	Entwicklung von Kontrollvorstellungen	S. 26
3.2	Entwicklung von Krankheitsvorstellungen	S. 28
3.3	Entwicklung von Vorstellungen über Gesundheit: Das Health Belief Modell	S. 30
3.4	Zusammenhänge zwischen Kontrollvorstellungen und den Modellen der Krankheitskonzepte und dem Health Belief Modell	S. 31
4	Entwicklung der Fragestellung	S. 33
5	Methode	S. 36
5.1	Vorstellung der Einrichtung und des Behandlungskonzeptes bei Enuresis nocturna	S. 36
5.2	Darstellung der Instrumente	S. 36
5.2.1	Anamnesegespräch mit den Eltern	S. 36
5.2.2	Klinisches Urteil der Ärztinnen und Psychologen	S. 37
5.2.3	Interview mit dem Kind	S. 37
5.2.4	Fragebogendaten	S. 39
5.2.4.1	Child Behavior Checklist (CBCL)	S. 39
5.2.4.2	Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)	S. 40
5.2.5	Kalender	S. 41
5.3	Beschreibung der Stichprobe	S. 42
5.3.1	Anzahl, Alter, Geschlecht der Patienten und Art der Enuresis nocturna	S. 42
5.3.2	Schulbildung	S. 42
5.3.3	Familienstruktur	S. 43
5.3.4	Bildungs- und Berufsstand der Bezugspersonen	S. 44
5.3.5	Vorbehandlungen	S. 44
5.3.6	Belastungsfaktoren	S. 45

6	Ergebnisse.....	S. 46
6.1	Auswertung der quantitativen Daten.....	S. 46
6.6.1	Hypothese eins: Die Kinder und Jugendlichen nassen am Ende der Rehabilitationsmaßnahme signifikant weniger ein als vor der Maßnahme.....	S. 46
6.1.2	Hypothese zwei: Auch vier Wochen nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme nassen die Kinder und Jugendlichen weniger ein als vor der Maßnahme.....	S. 50
6.1.3	Hypothese drei: Kritische Lebensereignisse oder ungünstige häusliche Bedingungen wirken sich negativ auf den Rehabilitationserfolg aus. Je mehr kritische Lebensereignisse ein Kind erlebt hat bzw. je mehr ungünstige häusliche Bedingungen vorliegen, desto geringer wird der Erfolg der Maßnahme sein.....	S. 53
6.1.4	Hypothese vier: In der Stichprobe sind viele Patienten, die eine zusätzliche Verhaltensauffälligkeit neben der Enuresis nocturna haben. Die Komorbidität in der Stichprobe ist höher als die Prävalenzraten der zusätzlichen psychischen Auffälligkeiten in der Normalpopulation.....	S. 53
6.1.5	Hypothese fünf: Das Vorhandensein zusätzlicher Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten verringert den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme dem Sinne, dass die enuretische Symptomatik weniger rückläufig ist als bei Patienten ohne weitere Diagnosen.....	S. 55
6.1.6	Hypothese sechs: Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme haben gerade ältere Patienten, die schon jahrelang einnassen, eine ausgeprägte fatalistische Externalität im Vergleich zu Patienten, die eine geringere Zeitspanne einnassen.....	S. 55
6.1.7	Hypothese sieben: Zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme hat sich die internale Kontrollerwartung im Vergleich zur Ausprägung zu Beginn der Maßnahme erhöht. Dies gilt besonders bei den Patienten, bei denen die Maßnahme großen Erfolg hatte.....	S. 56
6.1.8	Hypothese acht: Die Ausprägung der Kontrollvorstellungen hat einen Einfluss auf die Einnässhäufigkeit vor der Rehabilitationsmaßnahme und den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme. Je geringer die fatalistische Externalität und je höher die soziale Externalität und die Internalität zu Beginn der Maßnahme ausgeprägt sind, desto größer ist der Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme.....	S. 57
6.2	Analyse des Interviews.....	S. 58
7	Diskussion.....	S. 64
7.1	Diskussion der Ergebnisse.....	S. 64
7.2	Implikationen.....	S. 69
7.3	Ausblick.....	S. 71
7.4	Schlusswort.....	S. 74
8	Zusammenfassung.....	S. 75
9	Literaturverzeichnis.....	S. 76

Anhang: Interview

1 Einleitung

Der Sinn oder Unsinn der stationären Kinderrehabilitation ist eine viel diskutierte Frage. Zweifelnde Stimmen behaupten, Kinderrehabilitation würde sowieso nichts nützen, weil das Milieu oder die Bezugspersonen des Kindes das Kind „krank“ machen – eine Therapie des Kindes also der „falsche“ Ansatzpunkt ist. Oder dass Kinder aufgrund ihres Alters generell kaum in der Lage seien, sich selbst so zu steuern, dass sie die in der Rehabilitation neu erworbenen Verhaltensweisen in den Alltag übertragen könnten. Das sind Argumente, die besonders in Zeiten, in denen im Gesundheitssystem an allen Ecken gespart wird, sehr viel Gewicht bekommen. Die Stimmen, die für die stationäre Kinderrehabilitation sind, sprechen von Entlastung der Familie, wodurch Ressourcen neu mobilisiert werden können; von positiven Erfahrungen des Kindes in der Rehabilitation, die ihm zur Weiterentwicklung helfen oder vom „Schonraum Rehabilitationsklinik“, in dem traumatische Erlebnisse bearbeitet werden können. Überleben kann die Kinderrehabilitation auf Dauer wohl nur, wenn sie zeigt, dass sie wirkungsvoll ist - wodurch die Gegenstimmen entkräftet werden.

Ich arbeitete drei Jahre in einer Rehabilitationsklinik in Sachsen, die wundervoll gelegen in einem Schloss aus dem 16. Jahrhundert direkt an der Elbe ist. Die Klinik existierte schon in der DDR und ist im Umland als die „Pullerburg“ bekannt. Der Name macht auf das Klientel aufmerksam: In der DDR waren es ausschließlich Kinder, die ins Bett machten, und auch heute sind ca. 50-75 % der Kinder eines Kurganges Bettnässer. Es herrscht unter den Klinikmitarbeitern, die schon damals in der Klinik gearbeitet haben, die Meinung, dass man zu DDR-Zeiten „75 % der Kinder trocken gelegt“ hätte. Damit war gemeint, dass die Kinder bei einer achtwöchigen Kur in den letzten vier Wochen trocken waren. Die in der DDR-Zeit verwendeten Methoden maßen aus heutiger Sicht recht fragwürdig an, so soll z.B. beim morgendlichen Fahnenappell im Schlosshof jedes Kind aufgerufen worden sein und es wurde dessen „nächtliches Ergebnis“ kundgetan.

Ich denke bei dieser Beschreibung an Zwang und Druck, der auf die Kinder ausgeübt wurde, und frage mich, wie unter diesen Bedingungen überhaupt ein Kind nachts trocken sein konnte. Heute ist es - zum Glück - nicht mehr so. Mich interessierte schnell, ob die Klinik ihrem Ruf, sehr viele Kinder heilen zu können, auch gerecht wird. Gerade in einer Periode, in der jede Klinik um Kunden werben muss, bedeutet eine hohe Heilungsquote viel. Darüber hinaus, dass gute Heilungschancen natürlich für die betroffenen Kinder und ihre Familien wichtig sind, ist eine hohe Quote auch immer eine Art „Aushängeschild“ für eine Klinik.

In der Literatur zur Enuresis nocturna fand ich zwar Evaluationen der Therapiemethoden, aber fast nur im ambulanten Setting. Ich fand nur eine Quelle zur stationären Rehabilitation in diesem Bereich (Richter & Goldschmidt, 2001). Dort wurden jedoch nur Prozentzahlen genannt, ohne sie in Verbindung mit bestimmten Personen- oder Umweltfaktoren zu bringen, die unter Umständen die Heilungschancen beeinflussen (siehe Kap. 2.4.3). Ich erlebte täglich ganz unterschiedliche Familiensysteme und war schnell daran interessiert herauszufinden, unter welchen Bedingungen Kinderrehabilitation bei der Enuresis nocturna besonders wirksam ist. Wenn die Kinder zu mir zur Einzeltherapie kamen, erklärte ich ihnen meinen Beruf, indem ich ihnen sagte, ich sei eine Art Detektiv, der herausfinden möchte, wodurch ein Kind einpullert, um ihm dann zu helfen, trocken zu sein. Dabei kamen sehr unterschiedliche Geschichten zu Tage, die mich manchmal verblüfften, manchmal schockierten. Manchmal kam ich mir auch so vor, als ob ich mit einer Taschenlampe in einem dunklen Raum stehe und leuchte, um eventuell etwas sehen zu können. Es gab Familien, die so normal erschienen, dass ich nach 8 Wochen genauso ratlos war wie die Familie selbst. Bei den meisten Familien ahnte ich, was es sein könnte.

Da war z.B. Simon¹, dessen Eltern deutlich überbehütend waren und der kaum Freiraum hatte, weil die Eltern ihn genau kontrollierten. Oder Lukas, dessen Bruder Selbstmord begangen hatte und der daraufhin wieder angefangen hatte einzunässen. Markus, der als Elfjähriger immer noch im Bett der Mutter schlafen sollte. Ruth, deren Stiefvater nachts in ihr Zimmer kam und sie

¹ Alle Namen von Kindern und Jugendlichen wurden geändert. Zur weiteren Verfremdung wurden, wenn es keine besondere Bedeutung hatte, Geschlecht oder Alter verändert.

sexuell mißbrauchte. Daniel, der mit drei Geschwistern in einem Zimmer schlafen musste und Angst hatte, die anderen zu wecken, wenn er nachts auf die Toilette gehen würde. Maria, deren Eltern sich scheiden lassen hatten und die verstärkt einnässte, wenn sie vom Wochenende beim Vater zurück kam.

Gibt man im Internet in eine Suchmaschine die Begriffe „Enuresis + Rehabilitationsklinik“ ein, erhält man nur einen Treffer: Die Rehabilitationsklinik Neuhirschstein in Sachsen. Eine ausgiebige Recherche über alle Internetauftritte von Kinderrehabilitationskliniken in Deutschland im Jahre 2003 ergab erstaunlicher Weise, dass keine weitere Klinik sich dieses Störungsbildes als Hauptindikation angenommen hat. Eine Nachfrage bei der BfA und der LVA wurde nicht beantwortet.

Aus den Überlegungen zur Notwendigkeit der Qualitätssicherung in der Kinderrehabilitation und meinem therapeutischen Anliegen, den Kindern möglichst effizient helfen zu können, entstand nachfolgend beschriebenes Projekt. Im Zeitraum von Januar 2001 bis Oktober 2002 sammelte ich mit Einverständnis der Eltern und der Klinikleitung Daten, um das bestehende Therapieprogramm zu evaluieren. Ein interessanter Punkt dabei war für mich, welchen Subgruppen von Patienten besonders effektiv geholfen werden konnte. Ich versuchte also, dem bettnässenden Kind unter die Bettdecke zu schauen, um die Heilungschancen zu erhöhen.

An dieser Studie nahmen 208 Jungen und Mädchen im Alter zwischen sechs und 19 Jahren teil. Mit einem Teil der Stichprobe führte ich zudem noch ein exploratives Interview durch, um weitere Anhaltspunkte für eine Weiterentwicklung unseres Therapiekonzeptes zu finden. An einem anderen Teil der Stichprobe wurde die Frage überprüft, ob sich durch die Rehabilitation Kontrollvorstellungen über Gesundheit und Krankheit verändern würden bzw. ob die Ausprägung von Kontrollvorstellungen eine Auswirkung auf das Rehabilitationsergebnis hat.

Ich verwende in dieser Arbeit der Lesefreundlichkeit halber nur die männliche Version der Substantive, gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter. Da diese Dissertation auch in Ostdeutschland gelesen wird, und ostdeutsche Augen „weibliche“ Substantive nicht gewohnt sind, entschied ich mich dagegen, in dieser Arbeit generell die weibliche Version zu nutzen und schließe mich dem herrschenden Diskurs an.

Zudem verwende ich den in der Medizin üblichen Begriff des „Patienten“. Dieser Begriff entspricht nicht meinem Denken in Bezug auf die Kinder und Jugendliche, die für mich Klienten bzw. einfach Kinder und Jugendliche sind. Die Pathologisierung von jungen Menschen durch den Begriff „Patient“ widerstrebt mir, da sie neben dieser einen „Störung“ alle viel Gesundes „haben“.

2 Enuresis nocturna

In diesem Teil wird das Störungsbild der Enuresis nocturna näher erläutert. Dabei wird zuerst auf die Symptomatik und Klassifikation eingegangen. Im darauffolgenden Abschnitt wird die Epidemiologie und der Verlauf dieser Störung beschrieben. Anschließend werden die Ursachen, danach die Behandlungsmethoden dargestellt. In einem weiteren Punkt sollen die Folgen der Enuresis nocturna auf das Erleben und Funktionieren der betroffenen Familien aufgezeigt werden.

In den letzten Jahren entwickelte sich in der Psychologie ein neues Denkmodell, es wird bei der Erforschung von psychischen Auffälligkeiten nicht mehr nur gefragt „was macht den gestörten Menschen gestört?“ sondern der Blick wird auch dahingehend gerichtet, warum manche Menschen *gesund* bleiben (z.B. Butcher, J., Mineka, S. & Hooley, J., 2004). Hier wird also nach Faktoren gesucht, die sich positiv und stabilisierend auf die psychische Gesundheit auswirken. Dieser Fokus soll im vorletzten Punkt dieses Kapitels gesetzt werden. In einem Fazit werden die wichtigsten Punkte zusammen gefasst und im Hinblick auf die Relevanz für diese Studie betrachtet.

2.1 Symptomatik und Klassifikation

Das Erreichen der bewußten Blasenkontrolle verläuft parallel zur körperlichen und psychischen Entwicklung des Kindes. Dabei reifen unbewusst hemmende Bahnen heran, wodurch die Anzahl der Miktionen am Tag vermindert und dadurch die Blasenkapazität vergrößert wird. Zur selben Zeit erlernt das Kind die Wahrnehmung für eine Blasenentleerung (Richter & Goldschmidt, 1999). Die normale Miktion geschieht durch eine koordinierte Detrusorkontraktion und Sphinkterrelaxation. Neben den intakten anatomischen Strukturen wird das ungestörte Zusammenwirken psychosozialer Entwicklung und neurophysiologischer Reifung als wichtig für das Erreichen der Blasenkontrolle erachtet (Kammerer, 1985). Im Alter von sechs Jahren sollte ein Kind ein voll ausgereiftes Miktionsverhalten zeigen.

Unter einer Enuresis versteht man das mehrfache, unangebrachte Urinieren in einem Alter, in dem das Kind eigentlich gelernt haben sollte, seine Blase zu kontrollieren. Diagnostische Kriterien laut ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1994) sind:

- wiederholtes unwillkürliches oder absichtliches Urinieren während des Tages in die Kleidung und/oder nachts ins Bett, in einem Alter, in dem Blasenkontrolle und/oder Trockensein eigentlich erwartet werden kann
- das Einnässen tritt mindestens zweimal pro Monat bei Kindern ab dem Alter von fünf Jahren bis zum siebten Lebensjahr auf, laut Forschungskriterien ab dem Alter von sieben Jahren einmal pro Monat
- bei einer minimalen Dauer von drei aufeinander folgenden Monaten
- biologisches und Entwicklungsalter müssen bei mindestens vier Jahren liegen
- das Einnässen ist nicht auf körperliche Störungen zurückzuführen.

Die Klassifikation in der ICD-10 entspricht im Groben der Klassifikation im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Ein entscheidender Unterschied liegt nur in der Auftretenshäufigkeit, die nach dem DSM-IV entweder bei zweimal pro Woche oder bei Vorhandensein eines klinisch relevanten Leidens oder einer Beeinträchtigung im Alltag vorliegt.

Es werden zwei verschiedene Ausprägungen der Enuresis unterschieden, die getrennt oder gemeinsam vorliegen können (z.B. Petermann & Petermann, 2002; Richter, & Goldschmidt, 1999): Bei der Enuresis diurna handelt es sich um Tagnässen, bei der Enuresis nocturna um Bettnässen. Bei den Ausprägungen handelt es sich um völlig unterschiedliche Thematiken im Hinblick auf Ursachen, Therapieformen und Auswirkungen auf das psychosoziale Wohlergehen des Kindes. In dieser Studie wird der Fokus auf das Bettnässen gelegt.

Innerhalb der Enuresis nocturna wird zwischen einer primären und einer sekundären Enuresis nocturna differenziert. Eine primäre Enuresis nocturna wird diagnostiziert, wenn es im Leben des Kindes nicht mindestens eine Zeit von sechs Monaten gegeben hat, in der es trocken war, d.h. es war noch nie über einen längeren Zeitraum hinweg trocken. Bei einer sekundären Enuresis

nocturna gab es einen solchen Zeitraum schon, und dann fing das Einnässen erneut an. In 90 % der Fälle liegt eine primäre Enuresis vor (Eggers, 1993).

Zudem unterscheiden Richter und Goldschmidt (2001) zwischen einer monosynaptischen (isoliert auftretenden) Enuresis nocturna ohne zusätzliche Miktionsauffälligkeiten und einer nicht-monosynaptischen Enuresis nocturna, bei der es zusätzlich zu Miktionsauffälligkeiten wie Dranginkontinenz oder Miktionsaufschub kommt.

Die Differenzialdiagnosen könnten eine Harnwegsinfektion, ein Anfallsleiden oder eine Diabetes mellitus sein. Zudem kann die Enuresis nocturna als Begleitsymptom bei anderen Krankheiten, z.B. einer Überfunktion der Schilddrüse oder bei Verstopfung auftreten oder eine Nebenwirkung von antipsychotischen Medikamenten sein, die Thioridazine enthalten (Petermann & Petermann, 2002). Für die Therapie bedeutsam ist auch die Abgrenzung einer Enuresis von einer Inkontinenz, d.h. einem Einnässen aufgrund von organischen Ursachen (dies wird schon in der Definition nach der ICD-10 deutlich, in der Praxis findet diese Abgrenzung oft nicht statt). Selbst wenn es urogenitale Abnormitäten gibt, bedeutet das aber noch nicht, dass sie ursächlich für die Enuresis sind. In mehreren Studien zeigten 30 % der Kinder urogenitale Abnormitäten, aber nur in 4,7-5 % der Fälle waren diese in Zusammenhang mit der Enuresis zu sehen (Haug-Schnabel, 1994). Gegen eine organische Verursachung spricht auch, wenn es bei einnässenden Kindern zu „trockenen“ Phasen kommt – die würde es mit organischer Verursachung nicht geben.

2.2 Epidemiologie und Verlauf

Bettnässen ist das in Kinderarztpraxen am meisten genannte Problem, wenn es um Störungen der Ausscheidung geht (Issenman, Filmer & Gorski, 1999). Studien zur Epidemiologie weisen eine große Streuung in der Häufigkeit der Enuresis auf, je nach dem, welche Diagnosekriterien herangezogen wurden, wie die Stichprobe zusammengesetzt war und auch, in welchem Kulturkreis die Untersuchung stattfand. Unterschiede in den Studien ergeben sich auch durch unterschiedliche Diagnosekriterien und Untersuchungsmethoden.

Prävalenzraten schwanken zwischen 11-18 % (Hackett, Hackett, Bhakta & Gowers, 2001). Die Zahlen sind abhängig vom Alter des Kindes: Je älter die betroffene Personengruppe ist, desto geringer ist die Prävalenzrate. Generell kann also davon ausgegangen werden, dass eine enuretische Symptomatik mit steigendem Alter des Kindes weniger wahrscheinlich ist. Richter und Goldschmidt (2001) fanden eine Spontanremission pro Jahr von 14-16 %, daher kann die Prävalenzrate nicht unabhängig vom Alter des Kindes betrachtet werden.

Die Prävalenzrate für eine Enuresis nocturna differiert in westlichen Ländern. Für achtjährige Kinder lag sie in Deutschland bei 2,0 %, in Skandinavien bei 1,5 % und in Amerika bei 2 % (Petermann & Petermann, 2002). In Indien wurde eine Prävalenzrate von 2,5 % bei zwölfjährigen Jungen und 5,2 % bei Mädchen gefunden, im Sudan lag die Prävalenzrate bei Zwölfjährigen bei 2,7 % (Hackett et al., 2001). Diese Differenzen in der Prävalenz können möglicherweise auf kulturelle Unterschiede bezüglich der Altersgrenze zurückgeführt werden, ab der ein Kind trocken sein soll, oder wann mit der Reinlichkeitserziehung begonnen werden sollte, d.h. die Diagnose Enuresis nocturna differiert nach den kulturell unterschiedlichen Normen darüber, ab welchem Alter ein Kind in der Lage sein sollte, seine Ausscheidung kontrollieren zu können. Eine Rolle spielen vermutlich auch andere Vorstellungen über Körperhygiene. In Daboney (Westafrika) werden Babys z.B. von Müttern am Körper getragen. Wenn die Babys unruhig werden, wird das als Zeichen dafür gesehen, dass sie urinieren müssen, worauf die Mütter das Baby auf den Boden setzen. Van Londen (1989) berichtet, Kinder seien dort im Alter von zwei Jahren trocken.

Übereinstimmend berichteten die Studien, dass Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen (z.B. Issenman, Filmer & Gorski, 1999). Laut DSM-IV kommt Bettnässen bei fünfjährigen Jungen doppelt so häufig vor wie bei Mädchen, bei Zehnjährigen tritt Bettnässen bei 3 % der Jungen und 2 % der Mädchen auf. In der Gruppe der 18Jährigen taucht es bei Männern zu 1 % auf, dagegen bei weniger als einem Prozent der Frauen. Nur eine Langzeitstudie von Kaffmann und Elizur (1977) bei israelischen Kibbutz-Kindern ergab keinen Geschlechtsunterschied in der

Häufigkeit der Enuresis nocturna. Abramovitch und Abramovitch (1989) erklären diesen Unterschied zu europäischen und amerikanischen Ergebnissen mit einer unterschiedlichen Reinlichkeitserziehung (siehe Kapitel 2.3.5).

2.3 Ursachen

Wie viele Störungen kann auch die Enuresis nocturna durch unterschiedliche Ursachen entstehen. Die untenstehende Grafik fasst die im Folgenden näher erklärten Möglichkeiten der Ätiologie zusammen.

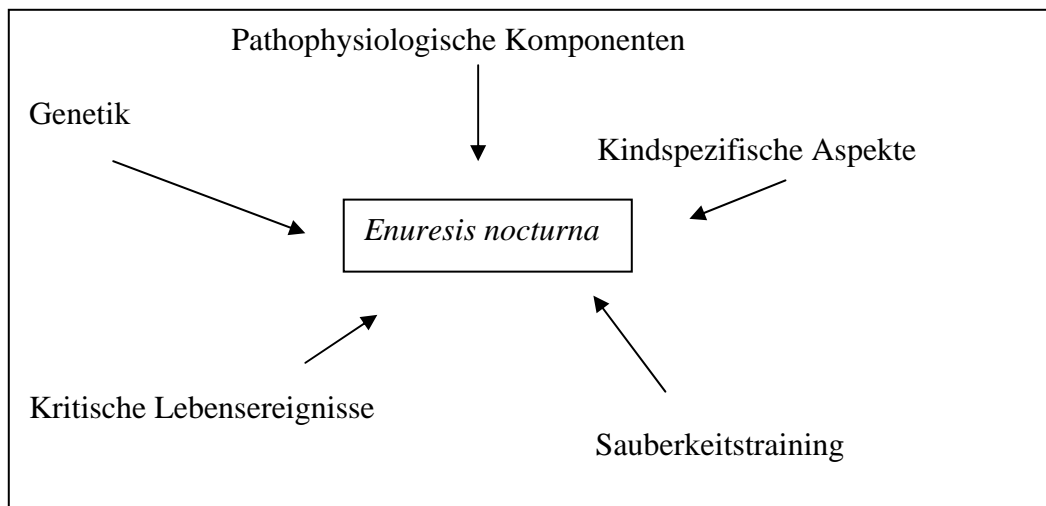


Abbildung 1: Ursachen der Enuresis nocturna

Daneben haben unterschiedliche Schulen in der Psychologie Modelle entwickelt, um die Entstehung der Enuresis nocturna zu erklären. Zentrale Ansätze und deren Kritikpunkte werden im jeweiligen Unterpunkt zusammengefasst und abschließend in Kapitel 2.7 beurteilt.

2.3.1 Genetik

Oft besteht bei der Enuresis nocturna eine familiäre Häufung, was zu der Vermutung führte, dass bei dieser Störung genetische Faktoren eine Rolle spielen. Mehrere Studien fanden bei 50-70 % der einnässenden Kinder Eltern oder nahe Verwandte mit der entsprechenden Symptomatik (Petermann & Petermann, 2002). Wenn der Kindvater über das Alter von vier Jahren hinaus bettnässte, steigt das Risiko für das Kind um das Siebenfache, wenn die Mutter einnässte, um das Fünffache (Järvelin, 1989). Rutter (1989) fand eine Inzidenz von 77 %, wenn beide Elternteile Enuretiker waren und eine Inzidenz von 44 %, wenn nur ein Elternteil Enuretiker war. Da Familiendynamiken nicht nur durch Genetik, sondern auch durch Umwelteinflüsse erklärt werden können, wurden Zwillingsstudien durchgeführt. In einer Studie von Bakwin (1973) wurde eine Konkordanzrate von 68 % bei eineiigen Zwillingen und 36 % bei zweieiigen Zwillingen gefunden, was die These des genetischen Einflusses stützte. Wenn mindestens zwei erstgradig Verwandte eingenässt haben, verzögert sich das Trockenwerden um 1 ½ Jahre (ibid.).

Nach von Gontard (2002) ist die Enuresis nocturna eine überwiegend genetisch bedingte Störung, die durch Umweltfaktoren modelliert wird. D.h. wie bei vielen anderen psychischen Störungen spielen neben der Genetik auch Umweltfaktoren eine Rolle, die entscheidend dafür sind, ob eine Prädisposition sich in einer Enuresis nocturna manifestiert.

2.3.2 Kindspezifische Aspekte

Unter diesem Punkt werden mehrere unterschiedliche Entstehungsfaktoren zusammengefasst: Veränderungen in der Schlaftiefe, Entwicklungsverzögerungen sowie Zusammenhänge mit anderen psychischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten. Nach einem Überblick über diese drei Bereiche werden die größten Studien zu letzterem Aspekt dargestellt.

Veränderungen in der Schlaftiefe

Viele Eltern berichten, ihr bettnässendes Kind schlafe besonders tief. Bettnässende Kinder scheinen generell mehr Probleme beim Aufwachen zu haben. Dieses Phänomen führte zu einigen Studien, die einen Zusammenhang zwischen Einnässen und Schlafphase untersuchen wollten. Die Schlafforschung belegt, dass Einnässen in jeder Schlafphase vorkommen kann und dass das Schlafprofil von einnässenden und nicht-einnässenden Kindern vergleichbar ist (Petermann & Petermann, 2002).

Gegen die These eines besonders tiefen Schlafes wendet Haug-Schnabel (1994) ein, Kinder würden generell sehr tief schlafen und langsamer aufwachen als Erwachsene, und diese Beobachtung der Eltern beruhe nur darauf, dass nicht-einnässende Geschwisterkinder nicht geweckt würden, so dass die Eltern keine Vergleichsmöglichkeiten hätten. In einer Studie von Nevéus, Läckgren, Stenberg und Hetta (1998, zit. in: Petermann & Petermann, 2002) dagegen zeigten die bettnässenden Kinder einen tieferen Schlaf als nicht-bettnässende Kinder.

Auch Gimpel und Warzak (1998) fanden in einer Fragebogenstudie, dass 60 % der Eltern eines einnässenden Kindes von erschwertem Erwecken berichteten, aber nur 3,6 % der Eltern eines nicht-einnässenden Kindes. Eine mögliche Erklärung für diese Ergebnisse könnte sein, dass die Eltern der bettnässenden Kinder eine Ursache für das Problem suchen und ein tiefer Schlaf eine naheliegende Erklärung ist. Im Sinne der These, die Eltern wahrnehmen, was sie wahrnehmen möchten, erleben sie ihr Kind dann als einen tiefen Schläfer.

Entwicklungsverzögerungen

Ein anderer Aspekt ist die Abhängigkeit der Entwicklung der Blasenkontrolle vom allgemeinen Entwicklungsstand des Kindes. Die Enuresis nocturna tritt oft in Zusammenhang mit einer verzögerten Sprachentwicklung oder retardierten grobmotorischen Fähigkeiten auf (Järvelin, 1989). Ein gemeinsames Auftreten mit einem verspäteten Pubertätsbeginn sowie mit Körperbehinderungen oder einer geistigen Behinderung wurde ebenfalls gefunden (Petermann & Essau, 1998), außerdem fanden sich neurologische Dysfunktionen und EEG-Abnormitäten. Shaffer (1994) schließt seine Überlegungen zu diesem Thema mit der Bemerkung, Enuretiker hätten mit doppelter Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu Nicht-Enuretikern Entwicklungsverzögerungen.

Zusammenhänge mit anderen psychischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten

Einige Studien zeigen ein erhöhtes Auftreten von psychischen Störungen bei enuretischen Kindern (Petermann & Essau, 1998). Am meisten genannt sind die Enkopresis, aggressives Verhalten, Überängstlichkeit und ADHS. Fraglich ist allerdings, wie diese Symptomverknüpfung gedeutet werden kann: Ist das gemeinsame Auftreten der Symptome die Folge einer unbekanntem Drittvariable? Ist die psychische Störung Ursache oder Folge einer Enuresis nocturna? Gimpel und Warzak (1998) schlussfolgern in letztere Richtung. Danach beurteilen 75 % aller Eltern das Bettnässen als ein großes Problem für die Familie und 33 % der Eltern reagieren auf das Bettnässen mit Bestrafungen. Bettnässende Kinder, deren Eltern deswegen eine Therapie suchen, haben danach erhöhten Stress und sind verhaltensauffälliger als die Kinder, deren Eltern keine Hilfe suchen. Gimpel und Warzak schließen, Bettnässen könne zu Verhaltensproblemen der Kinder beitragen. Hierbei gilt allerdings zu berücksichtigen, dass diejenigen Kinder und

Jugendliche, die für Studien zur Verfügung stehen, oft über Kliniken oder Praxen rekrutiert werden – es handelt sich dann also schon um eine Vorselektion in dem Sinn, als dass diese Patienten oft schwerer belastet sind.

Untersuchungen belegen auch, dass emotionale Probleme oder psychische Störungen bei Kindern mit sekundärer Enuresis nocturna häufiger auftreten als bei Kindern mit einer primären Enuresis nocturna (Haug-Schnabel, 1994).

Ausgewählte Studien zum Zusammenhang der Enuresis nocturna mit anderen psychischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten

Es sollen nur beispielhaft zwei Studien dargestellt werden, die eine wurde ausgewählt aufgrund der Größe der untersuchten Stichprobe, die zweite aufgrund der Länge der Untersuchung. Neben diesen zwei Studien gibt es eine Reihe anderer Studien, in denen die Prävalenz der Enuresis nocturna in verschiedenen Ländern erfasst wurde (siehe Kap. 2.2).

In einer großangelegten Studie von Byrd und Weitzmann (1996) wurde das nächtliche Miktionsverhalten von 10.960 amerikanischen Kindern und Jugendlichen im Alter von fünf bis 17 Jahren analysiert. Gleichzeitig wurden Verhaltensprobleme anhand eines „Behavior Problem Index“ (BPI) mit 32 Items gemessen. Die meisten Items des BPI stammen aus der Child Behavior Checklist (CBCL) von Achenbach und Edelbrock aus dem Jahr 1983 (zur genaueren Erläuterung der CBCL, die in dieser Studie auch verwendet wurde, siehe Kap. 5.2.4.1). Alle Informationen bezüglich der Einnässfrequenz stammen aus Elternbefragungen, die Eltern füllten auch den BPI aus. Die Autoren fanden, dass bei Kindern, die ins Bett machten, mehr Verhaltensprobleme auftraten als bei Nicht-Bettnässenden ($p < .001$). Die bettnässenden Kinder hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit Punktwerte oberhalb der 90. Perzentile ($p < .001$). Es wurden keine Unterschiede zwischen regelmäßigen Bettnässern und unregelmäßigen Bettnässern beobachtet. In der Untergruppe der regelmäßigen Bettnässer stieg der Anteil der Kinder mit erhöhtem BPI-Wert in Zusammenhang zum Alter des Kindes: Bei den Fünf- bis Achtjährigen hatten 12,1 % einen erhöhten Wert, in der Gruppe der Neun- bis Zwölfjährigen schon 22,5 % und in der Gruppe der 12-17Jährigen waren es 30,1 % ($p < .002$). Bei unregelmäßig Einnässenden war der BPI-Wert unabhängig vom Geschlecht, bei regelmäßig Einnässenden hatten Jungen mit doppelter Wahrscheinlichkeit extreme Werte im BPI als Mädchen. In Regressionsanalysen ergab sich ein Zusammenhang zwischen unregelmäßigem bzw. regelmäßigem Bettnässen mit mehreren Faktoren: geringes Alter, männliches Geschlecht, Extremwerte im BPI. Einen Regressionseffekt nur in Zusammenhang zum unregelmäßigen Bettnässen ergab sich für die Faktoren schwarze Hautfarbe, Einzelkind, geschiedene Eltern und Daumenlutschen. Mit regelmäßigem Bettnässen in Verbindung standen: Leben kurz oberhalb der Armutsgrenze sowie Kind von Eltern zu sein, die der Meinung waren, dass das Kind Hilfe bei der Bewältigung von emotionalen oder Verhaltensproblemen bräuchte.

Die Autoren nennen selbst verschiedene Einschränkungen bei der Interpretation ihrer Ergebnisse. Die Beobachtungen und Aussagen der Eltern waren nicht validiert worden, es wurde nicht in primäre vs. sekundäre Enuresis unterteilt und die genetische Komponente wurde nicht betrachtet. Auch unterlassen die Autoren eine Deutung der Ergebnisse. Eine mögliche Erklärung für die Zunahme der Kinder mit erhöhten BPI-Werten bei steigendem Alter liegt zum Beispiel in den veränderten Anforderungen durch die Umwelt mit steigendem Alter oder in einer Verhaltensunsicherheit durch die Pubertät. Ältere Kinder sind dann auch häufig zeitlich länger vom Bettnässen betroffen als junge Kinder und haben u.U einen höheren Leidensdruck, der sich dann in erhöhten Verhaltensschwierigkeiten äußern könnte. Vielleicht ist in der Gruppe der unregelmäßig Einnässenden dieser Leidensdruck nicht so hoch, so dass es hier keinen Zusammenhang zu verschiedenen Altersgruppen gab.

Fergusson und Horwood (1994) führten eine 15jährige Längsschnittstudie mit einer Kohorte von 890-943 neuseeländischen Kindern durch. Dabei zeigte sich, dass die Kinder, die nach dem zehnten Lebensjahr noch einnässen, vermehrt Verhaltensprobleme hatten. Eine Regressionsanalyse ergab einen Zusammenhang des Zeitpunktes, zu dem das Bettnässen aufhörte, mit einer Reihe anderer Faktoren (Geschlecht, Sozialkompetenz, IQ in der Kindheit, familiärer

Hintergrund, Stress in der Familie und Konflikte bei den Eltern). Selbst nach einer Adjustierung dieser Faktoren zeigten bettnässende Kinder ab dem Alter von zehn Jahren leicht erhöhte Raten in der Messung von Verhaltensproblemen, ab dem Alter von 13 Jahren leichte Aufmerksamkeitsdefizite und ab dem Alter von 15 Jahren erhöhte Ängstlichkeit bzw. vermehrtes Rückzugsverhalten. Unwichtig für den Zeitpunkt der Symptombefreiung von der Enuresis waren: Alter, Geschlecht, Intelligenz, primäre versus sekundäre Enuresis und Tod eines Elternteils. Gemessen wurden die Auffälligkeiten im Alter von 10 bzw. 13 Jahren durch Einschätzungen der Mütter und Lehrer. Im Alter von 15 Jahren kamen dazu noch Selbsteinschätzungen der Jugendlichen.

Kritisch anzumerken ist hier, dass Jugendliche im Alter von 15 Jahren u.U. durch pubertär bedingte Veränderungen des Körpers oder neue Anforderungen durch die Erwachsenen ängstlich sein könnten, und dieses Verhalten nicht durch die Enuresis bedingt sein muss. Unterschiede in der Art der Verhaltensprobleme in den Altersabschnitten könnten auch dadurch zustande kommen, dass unterschiedliche Messmethoden benutzt wurden, die möglicherweise sensibel für unterschiedliche Probleme sind. „Ängstlichkeit“ kann unter Umständen besser durch eine Selbstbeobachtung als durch eine Fremdbeobachtung offengelegt werden, da beobachtbares Verhalten nicht unbedingt mit dem emotionalen Befinden der Person korrelieren muss.

In einer weiteren Studie, auf die sich Fergusson und Horwood (1994) beziehen, fand sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen sekundärer Enuresis und dem Auftreten von psychiatrischen Symptomen im Alter von 11 und 13 Jahren, im Alter von 15 Jahren war dieser Zusammenhang nicht mehr signifikant. Die Autoren geben keine Erklärung für diese Veränderung. Möglich wäre einerseits ein tatsächliches Verschwinden der Verhaltensprobleme, andererseits könnte eine Verschiebung der Verhaltensproblematik aufgetreten sein, die die Autoren nicht gemessen haben. Vorstellbar ist eine Tendenz der 15-Jährigen, sich positiv darzustellen.

Fergusson und Horwood (1994) weisen allerdings darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen der Enuresis nocturna und Verhaltensproblemen u.U. durch Faktoren moderiert wird, die sowohl mit dem Auftreten einer Enuresis als auch mit dem Auftreten von psychiatrischen Symptomen verbunden sind. Das Auftreten einer sekundären Enuresis wird durch bestimmte psychosoziale Faktoren, besonders Vorhandensein von Stress in der Familie beeinflusst. Ein angespanntes familiäres Klima ist ebenso ein Risikofaktor für das Auftreten von Verhaltensproblemen.

Als Schlussfolgerung aus diesen Studien kann gezogen werden, dass die Enuresis im Zusammenhang mit weiteren Verhaltensauffälligkeiten steht. Welcher Art diese Auffälligkeiten sind, scheint mit dem Alter des betroffenen Kindes/Jugendlichen zusammenzuhängen. Ebenso waren Jungen stärker beeinträchtigt als Mädchen. Daneben fanden beide Forschergruppen Probleme in der Familie als auftretenden Faktor neben der Enuresis, unterschiedlich war nur, wie familiäre Probleme operationalisiert waren.

2.3.3 Pathophysiologische Komponenten

In der Literatur werden seit Mitte der 80er Jahre pathophysiologische Komponenten als Ursache für die Enuresis nocturna diskutiert. Hierzu zählen eine geringe Blasenkapazität, eine übermäßige nächtliche Harnausscheidung und eine Störung der Harnentleerung (Petermann & Petermann, 2002).

Thesen der zu geringen Blasenkapazität und der übermäßigen Harnausscheidung

Angenommen wurde früher, dass Enuretiker eine zu geringe Blasenkapazität hätten. Diese These ist inzwischen verworfen (Haug-Schnabel, 1994). Aufgrund der Blasenkapazität allein lässt sich nicht zwischen einnässenden und nicht-einnässenden Kindern differieren, und nicht allen betroffenen Kindern kann durch ein Einhaltetraining zur Erhöhung der Blasenkapazität geholfen werden (Petermann & Essau, 1989). Zudem wurde in einer Studie von Rutter (1973, zit. in

Petermann & Essau, 1989) beobachtet, dass die Blasenkapazität bei Nicht-Enuretikern, die nachts durchschlafen, größer ist als bei Nicht-Enuretikern, die aufwachen und zur Toilette gehen. Danach wäre die Blasenkapazität eher die Folge als die Ursache der Enuresis nocturna.

Die Theorie der übermäßigen Harnausscheidung (Petermann & Essau, 1989) geht davon aus, dass es bei einnässenden Kindern zu einer verminderten Freisetzung oder einer Verschiebung der zirkadianen Tag-Nachtrhythmik des antidiuretischen Hormons kommt. Dies führt zu einer vermehrten Urinproduktion und damit zu einer vermehrten Urinosmolarität in der Nacht. Das normale Fassungsvermögen der Blase wird dadurch nachts überschritten.

These einer Störung der Harnentleerung

Abweichungen von der normalen Miktion, also eine Störung der Harnentleerung, wurden bei Enuretikern in Form von Detrusorinstabilität, Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination, Detrusorhypokontraktilität, eine Überfüllung der Blase durch bewusste Unterdrückung des Miktionsreizes oder eine Schwäche des Sphinkter externus vesici gefunden (Richter & Goldschmidt, 1999). Möglich wäre z.B., dass ein Kind ständig versucht, ein drohendes Harnlassen durch Anspannung des äußeren Schließmuskels zu verhindern. Dadurch kommt es zu einer Dauerspannung im Beckenbodenbereich, so dass eine beabsichtigte Entspannung des Muskels bei einer gewollten Miktion unterbleibt (Haug-Schnabel, 1994). Eine erfolgreiche Entspannung ist dann u.U. erst im Schlaf möglich. Eine genaue Ursachenforschung in diesem Bereich erfordert spezielle Untersuchungsverfahren. Andererseits können genau diese Untersuchungsmethoden für ein Kind traumatisch sein, was zu vermehrtem Stress führen kann. Je nach Entwicklungsstand besteht zudem die Gefahr, dass das Kind die Untersuchung als Bestrafung ansieht (siehe Kap. 3.2). Hier gilt es abzuwägen, wie groß der Nutzen des Ergebnisses im Vergleich zum möglichen psychophysischen Stress des Kindes durch die Untersuchung ist.

2.3.4 Kritische Lebensereignisse

Kritische Lebensereignisse wie z.B. die Geburt eines Geschwisterkindes, Scheidung, Verwahrlosung, institutioneller Aufenthalt, Unfälle mit Kopfverletzung, körperlicher oder sexueller Missbrauch und das Erleben von Naturkatastrophen erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Enuresis nocturna (Buchanan, 1992). Byrd und Weitzmann (1996) fanden eine Zunahme von sekundärer Enuresis nach Fluten in Bangladesh. Auch andere Studien (nach Haug-Schnabel, 1994) fanden psychologischen Stress durch Trennung der Familie, Geburt eines Geschwisterkindes, Tod eines Elternteils, Umzug mit Verlust von Freunden, Eheproblemen der Eltern oder Kindesmisshandlung als Ursache einer Enuresis nocturna. Dies scheinen alles Erlebnisse zu sein, deren Bewältigung ein Kind bzw. einen Jugendlichen überfordern kann. Eine Enuresis spiegelt nach diesem Ansatz dann die Überforderung wider. Besonders die sekundäre Enuresis nocturna wird in Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen gebracht (Süss-Burghart, 2001). Kritische *Tagesereignisse* führen oft zu einer Verschlechterung der Symptomatik, dagegen sind symptomfreie Phasen z.B. oft in den Schulferien (Peterman & Essau, 1998).

In einer Kohortenuntersuchung von 12.058 finnischen Kindern führten Moilanen und Rantakallio (1988) eine Diskriminanzanalyse durch, um Verbindungen zwischen psychiatrischen Störungen und frühen Entwicklungs- und Umgebungsfaktoren zu überprüfen. Kinder mit psychiatrischen Störungen hatten das höchste Risiko, eine Enuresis nocturna zu bekommen, das zweithöchste Risiko hatten Kinder aus Scheidungsfamilien. Weitere Risikofaktoren für vermehrtes Einnässen waren ungenügende Schulleistung, Rauchen im Kindesalter und eine schlechte Wohnsituation.

Van Tijen, Messer und Namdar (1996) führten eine Studie mit 222 niederländischen Kindern und Jugendlichen durch, in der es um die subjektive Bewertung der Enuresis durch die Patienten im Vergleich zu kritischen Lebensereignissen ging. Dazu sollten die Kinder und Jugendlichen eine Rangreihe bilden, in der das für sie am schwerwiegendste Ereignis an erster Stelle genannt

werden sollte und das am wenigsten schwerwiegende Ereignis an letzter Stelle. Daneben wurde die soziale Beeinträchtigung, der Selbstwert und Coping-Mechanismen erfasst. In der Experimentalgruppe (EG) waren 98 Kinder, die mehr als sechsmal pro 14 Tage nachts einnässen. Die Kontrollgruppe (KG) bestand aus 124 Kindern und Jugendlichen. Innerhalb der Gruppen wurde zudem in Grundschüler (8-12 Jahre) und Adoleszente (12-18 Jahre) eingeteilt. Messinstrumente waren der „Critical life events picture test“ (CLEPT), der von den Autoren selbst erstellt wurde, um die Enuresis in Relation zu kritischen Lebensereignissen setzen zu können. Es wurden neun kritische Lebensereignisse erfasst: Scheidung, Streit der Eltern, gehänselt werden, Außenseitertum bei Peers, Umzug, Operationen, schlechte schulische Leistungen, Geldknappheit sowie Brillentragen. Als weitere Instrumente wurden die niederländische Version des „Harter's Self-Perception-Profile“ zur Erfassung des Selbstwertes sowie die „Utrecht-Coping-List-for-Adolescents“ zur Feststellung des Coping-Stils benutzt. Zudem wurden die Übernachtungen bei Fremden erfragt. Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass beide Enuresis-Gruppen der Enuresis im Vergleich zu den kritischen Ereignissen eine sehr hohe Bewertung zukommen lassen. Bei den jüngeren Kindern stand die Enuresis an dritter Stelle nach Scheidung und Streit der Eltern. Bei den Adoleszenten belegte die Enuresis gemeinsam mit Streit der Eltern den zweiten Platz in der Rangfolge. In der Kontrollgruppe hatte die Enuresis weniger hohe Bedeutung, der Unterschied zur Experimentalgruppe war statistisch hochsignifikant ($p < .001$). In Bezug auf die anderen Ereignisse hatten KG und EG eine ähnliche Wahrnehmung der Bedeutsamkeit. Es zeigte sich bei der EG zwar keine soziale Beeinträchtigung durch die Enuresis, aber betroffene Kinder und Jugendliche übten Vorsichtsmaßnahmen aus, wie z.B. Windeln tragen oder Medikamente nehmen. Es ergaben sich keine Auswirkungen auf den Selbstwert oder die Copingstrategien. Die Autoren nahmen im Fazit an, dass protektive Faktoren (z.B. soziale Netzwerke, Suche nach professioneller Hilfe oder der Copingprozess) ein Gegengewicht zur Belastung darstellen können.

Diese Studie macht zum einen deutlich, als wie schwerwiegend Kinder und Jugendliche eine Enuresis nehmen, wenn sie selbst davon betroffen sind. Nur familiäre Probleme wurden höher in der Rangreihe eingestuft. Zum anderen aber waren betroffene Kinder und Jugendliche im Selbstwert nicht gemindert und hatten im Vergleich mit nicht-enuretischen Kindern und Jugendlichen auch keine soziale Beeinträchtigung. Dieser scheinbare Gegensatz kann tatsächlich durch die Annahme der Autoren, protektive Faktoren würden sich auswirken, aufgelöst werden: Enuretische Kinder und Jugendliche können die Belastung durch die Enuresis vielleicht durch protektive Faktoren so abfedern, dass sie im Alltag zu keiner von ihnen subjektiv nennenswerten Beeinträchtigung kommt (zur Auswirkung protektiver Faktoren siehe Kap. 2.6).

2.3.5 Sauberkeitserziehung

Shaffer (1994) benennt eine ungünstige Sauberkeitserziehung als eine mögliche Ursache für eine Enuresis nocturna. Er zählt drei wichtige Aspekte für die Sauberkeitserziehung auf: das Alter des Kindes in der Phase der Sauberkeitserziehung, die Art und Häufigkeit der Belohnungen für angemessenes Verhalten des Kindes im Zusammenhang mit einer Miktion und ebenso die Art und Häufigkeit von Bestrafungen für falsches Verhalten. Laut Shaffer solle mit der Sauberkeitserziehung erst dann begonnen werden, wenn das Kind dazu „bereit“ sei. Das sei dann der Fall, wenn es tagsüber von selbst andeutet, dass es urinieren muss, und nachts deutlich unangenehm fände, wenn es im nassen Bett liegen würde. Dazu, so Shaffer, wären kognitive und sprachliche Fertigkeiten nötig, die erst ab dem zweiten Lebensjahr ausgereift sind. Es wird daher vorgeschlagen, mit der Sauberkeitserziehung erst nach Vollendung des zweiten Lebensjahres zu beginnen.

Ob die Sauberkeitserziehung eine Auswirkung auf die Erlangung der Blasen- und Darmkontrolle hat, gilt als fraglich (Haug-Schnabel, 1994). Mehrere Studien (in: Haug-Schnabel, 1994) fanden, dass ein verfrühter Beginn der Sauberkeitserziehung und Bestrafungen für „falsches“ Verhalten des Kindes in Zusammenhang mit dem Auftreten einer Enuresis nocturna

standen. Eine Sauberkeitserziehung unter Druck scheint die Wahrscheinlichkeit für eine Enuresis zu erhöhen (ibid.).

In einer Studie von Abramovitch und Abramovitch (1989) wurde die Inzidenz der Enuresis nocturna in Zusammenhang mit der Methode der Sauberkeitserziehung in drei israelischen Volksgruppen (eine kurdische Siedlung, zwei marokkanische Siedlungen und eine Gruppe von osteuropäischen Juden) betrachtet. Es wurden drei verschiedene Stile gefunden, die sich in folgenden Punkten unterschieden: das Alter bei Beginn des Trainings, die erwartete Länge des Trainings (dies beinhaltet, ob „Trockenheit“ in einem bestimmten Alter erwartet wird), die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und die Strenge bzw. Nachlässigkeit, mit der das Training durchgeführt wird. Die Untersuchungsmethode war ein qualitatives Interview mit 46 Müttern mit Kindern im Alter von drei bis 18 Jahren. Ein erstaunliches Ergebnis war, dass in allen drei Volksstämmen kein Geschlechtsunterschied gefunden wurde im Hinblick auf die Häufigkeit des Einnässens. Die Volksgruppe der osteuropäischen Juden unterschied sich in ihrem Sauberkeitstraining signifikant von den anderen beiden: In dieser begann das Training später als in den anderen (2 Jahre versus 1,28 und 1,29 Jahre), und sollte im Alter von drei Jahren beendet sein. Die Mütter dieser Gruppe waren der Meinung, etwas gegen das Einnässen tun zu müssen, wenn es in einem bestimmten Alter noch vorhanden sei und hielten das Kind dazu an, das Bettzeug selbst zu wechseln, wenn es nass geworden war. In dieser „erfolgreichsten“ Gruppe der osteuropäischen Juden wechselten die Bezugspersonen von einem strengen Stil („strict toddler style“) zu einem Stil, den die Autoren als „communicative partnership“ bezeichnen. Ausschlaggebend war dabei nicht der Wechsel des Stils, sondern die Mutter-Kind-Interaktion, die dem Stil angemessen sein sollte. In den anderen beiden Gruppen wurde von einem „early symbiotic style“ zu einem „permissive toddler style“ gewechselt, letzterer wird von den Autoren als nicht altersangemessene Art der Eltern-Kind-Interaktion bezeichnet. In der Studie fehlt eine nähere Beschreibung der Stile.

Diese Studie zeigt sehr gut, inwieweit die Sauberkeitserziehung ein wichtiger Faktor für das „Trockenwerden“ ist. Kritisch anzumerken an dieser Studie sind allerdings mehrere Punkte: Zum einen ist eine Fallzahl von 46 sicherlich zu klein, um reliable, allgemeingültige Ergebnisse zu machen. Es wird keine Angabe dazu gemacht, wie viele Mütter aus jeder Gruppe befragt wurden - wäre es ausgeglichen, hätten aus jeder Gruppe 15 Müttern befragt werden müssen. Die Autoren geben selbst an, dass ausgerechnet die „erfolgreichste“ Gruppe der osteuropäischen Juden die am wenigsten homogene Population sei - dadurch wird die Gültigkeit des Ergebnisses sogar innerhalb dieser Gruppe fragwürdig. Weiterhin ist kritisch zu betrachten, dass die Untersuchung nur aus einem qualitativen Interview bestand und es dabei zu Fehlern in der Erinnerung der Mütter gekommen sein kann, je länger das Trockenwerden des Kindes zurück lag, desto wahrscheinlicher werden Lücken in der Erinnerung gewesen sein. Zudem hatten ausgerechnet die Mütter aus der „erfolgreichsten“ Gruppe die Schule am längsten besucht (im Schnitt 13,8 Jahre), die kurdischen Mütter gingen im Schnitt nur 7,3 Jahre zur Schule, die marokkanischen Mütter sogar nur 3,3 Jahre. Vielleicht ist der ausschlaggebende Punkt die Dauer der Schulbildung und nicht einfach die Volkszugehörigkeit, wobei beides in diesem Fall korreliert. Die Autoren verzichteten auf Auspartialisierung dieses Faktors.

Als weiterer Punkt ist anzuführen, dass es interkulturelle Unterschiede geben kann, die die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf europäische Verhältnisse erschweren. Vorstellbar ist z.B., dass die klimatischen Bedingungen in Israel eine Rolle spielen oder eine vielleicht schlechtere Hygiene es notwendig macht, dass Kinder schnell trocken werden. Neben dem Verhalten von Müttern bzw. Bezugspersonen wäre interessant, einen Blick auf die Makroebene zu richten und weitere Faktoren miteinzubeziehen.

Aus vielen Diskussionen mit ostdeutschen Müttern in meiner praktischen Berufstätigkeit wird ein Unterschied deutlich, den es früher zwischen der DDR und der BRD gegeben hat: In der DDR gab es keine Plastikwindeln, sondern nur Stoffwindeln. Außerdem waren die Kinder schon im ersten Lebensjahr zumindest tagsüber trocken, weil sie in Kinderkrippen untergebracht wurden. Diese strenge Sauberkeitserziehung scheint keine nachteiligen Folgen für die weitere Entwicklung der ehemaligen Kinder der DDR gehabt zu haben. Leider gibt es keine Untersuchung dazu. Plastikwindeln haben zwar den Vorteil, dass sie weniger Arbeit für die Eltern bedeuten, aber den

Nachteil, dass die Kinder die volle Windel nicht als unangenehm empfinden, weil der Urin von der Windel aufgenommen wird und nicht die Haut reizt. Somit erscheint es vielen Kinder angenehmer und bequemer, gewickelt zu werden, als auf die Toilette zu gehen.

In Gesprächen mit Eltern bettnässender Kinder/Jugendlicher bemerkte ich noch einen weiteren Faktor der „Sauberkeitserziehung“, der oft nicht beachtet wird: Viele Kinder scheinen nicht zu lernen, nochmals zu urinieren, bevor sie schlafen gehen. Wenn diese Kinder mit einer (halb)vollen Blase ins Bett gehen, und dann das Signal der vollen Blase nicht wahrnehmen, nässen sie ein.

2.3.6 Zusammenfassung der Ursachenfaktoren

Zur Erklärung der Genese der Enuresis nocturna werden mehrere Theorien herangezogen, von denen einige als abgesichert gelten und einige durch weitere Studien noch eindeutiger belegt werden müssen. Als gesichert gilt die genetische Komponente, die bei der Entstehung der Enuresis eine Rolle spielt. Neuere molekulargenetische Forschung fand Marker für eine Enuresis nocturna auf Chromosomen 12 und 13 (Süss-Burghart, 2001). Zusammenhänge zum gemeinsamen Auftreten mit psychischen Auffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen und kritischen Lebensereignissen wurden in allen Studien gefunden, die Verursachungsrichtung ist allerdings ungeklärt. Weitere Forschung zur Belegung der ursächlichen Wirkung für eine Enuresis nocturna werden für die angenommene Schlaftiefe, die pathophysiologischen Komponenten sowie die Sauberkeitserziehung erfolgen müssen.

Soweit der Überblick über die Ursachen der Enuresis nocturna. Deutlich wurde schon, dass mehrere Faktoren eine Rolle spielen, bzw. auch Interaktionen möglich sind. Für eine Therapie wäre es sinnvoll, Ursachen genau zu ergründen. Wenn z.B. eine genetische Bedingtheit vorliegt, ergeben sich andere Behandlungsansätze als z.B. bei einer ungünstigen Sauberkeitserziehung.

Es folgt die Erläuterung der Ansätze einzelner Psychotherapieschulen, die sich auf einzelne ebengenannte Ursachen beziehen. Neben der tiefendynamischen, der behavioristischen und der systemischen Deutung der Störung hat Haug-Schnabel, die sich intensiv mit dem Störungsbild Enuresis nocturna beschäftigt, ein Modell aufgestellt, das auch Raum finden soll. Einen direkten Zusammenhang zu den abgesicherten Ursachenfaktoren findet sich bei den Systemikern, im Sinne der Auswirkung von belastenden Umweltfaktoren auf das betroffene Kind. Der verhaltenstherapeutische und der tiefendynamische Ansatz beziehen sich auf die eher noch abzusichernden Thesen der ungünstigen Sauberkeitserziehung, wobei sie einen jeweils anderen Schwerpunkt bei der Sauberkeitserziehung betrachten als von der Ursachenforschung angenommen (siehe dazu Kap. 2.3.5).

Insgesamt erscheinen sowohl der behavioristische als auch der systemische Ansatz am vielversprechendsten. Die Praxis zeigt, dass vielen Kindern eine Therapie nach behavioristischen Methoden hilft (siehe Punkt 2.4.2). Der systemische Ansatz bietet den Vorteil, dass implizit „Schuld“ für das Entstehen und die Aufrechterhaltung nicht der Familie oder gar nur dem betroffenen Kind (wie im behavioristischen Ansatz) gegeben wird, sondern auch extrafamiliäre Faktoren, die zum Teil wenig selbst verursacht sind, berücksichtigt werden. Es ergeben sich dadurch weitere Ansätze für die Therapie, da im systemischen Ansatz viel mehr Faktoren betrachtet werden, die möglicherweise Einfluss haben.

Jedes Erklärungsmodell bietet Vor- und Nachteile. Der behandelnde Therapeut wird, je nach Schule, zu der er sich zugehörig fühlt, das eine oder andere Modell bevorzugen. In der Praxis werden oft einzelne Elemente aus verschiedenen Therapierichtungen kombiniert, um eine optimale Therapie zu gewährleisten.

2.3.7 Tiefendynamische Deutung

Aus psychodynamischer Sicht ist eine Enuresis nocturna Ausdruck eines unbewußten intrapsychischen Konfliktes, dessen Ursachen in einer ungünstigen Mutter-Kind-Beziehung in der analen Phase liegen. Danach war die Sauberkeitserziehung des Kindes entweder zu locker oder zu streng (Carr, 1999). In diesem Alter (zweite bis dritte Lebensjahr) wird das Kind – meist durch die

Mutter – zum ersten Mal mit Leistungserwartungen der Umwelt konfrontiert. Es soll etwas von sich „abgeben“, in Form von Urin oder Kot, und kann die Mutter zufrieden stellen, wenn es dies tut. Auf der anderen Seite riskiert das Kind einen Konflikt mit der Mutter und deren Unzufriedenheit, wenn es nicht wie gewünscht agiert. Laut Freud fällt es Kindern schwer, Kot oder Urin abzugeben, so dass hier ein Konflikt entsteht (ibid.).

Nach van Londen (1989) bezeichnete Freud die Enuresis nocturna als Konversionssymptom. Das Symptom sei Ausdruck eines unterdrückten Impulses sexueller Erregung. Die Enuresis wird von Freud als nächtlicher Samenerguss gesehen. Autoerotisches Vergnügen des jungen Kindes werde zum neurotischen Symptom und sei das unbewußte Äquivalent zur Masturbation. Die sekundäre Enuresis nocturna sei eher verbunden mit sexuellen Phantasien; sie entstehe z.B. bei Geburt des Geschwisterkindes. Freud sieht die sekundäre Enuresis entweder als aggressiven Akt, um den Eltern weh zu tun, oder als Regression.

Eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie der Enuresis wird somit nicht symptombezogen sein, sondern versuchen, den dahinterliegenden Konflikt zu erkennen und zu lösen. Schwierig ist es gerade mit jüngeren Kindern, „dahinterliegende Konflikte“ zu eruieren und zu bearbeiten.

2.3.8 Behavioristische Deutung

Für den Lerntheoretiker ist eine angemessene Sauberkeitserziehung sehr wichtig. Das Kind lernt bei erfolgreicher Sauberkeitserziehung die Wahrnehmung der vollen Blase und die darauf zu folgende Verhaltensweise, nämlich die Entleerung auf der Toilette (Carr, 1999). Die volle Blase und die Sphinkterrelaxation sind bei einer Enuresis keine diskriminierenden Reize für einen Toilettengang geworden und angemessene Toilettengänge sind nicht verstärkt worden (ibid.). In der Therapie wird daraus folgernd die Wahrnehmung für körpereigene Signale verbessert und die angemessene Reaktion (Sauberkeitsverhalten) eingeübt.

Dieses Modell ist auf der einen Seite reizvoll, weil es eine pauschale Anleitung zur Therapie bietet, andererseits lässt es symptomunabhängige Entstehungsfaktoren außer Acht. Der Einfluss kritischer Lebensereignisse wird z.B. nicht beachtet. Studien, in denen Therapien, die auf diesem Modell beruhen, überprüft wurden, werden in Kapitel 2.4.2 erläutert.

2.3.9 Systemische Deutung

Familientherapeuten betrachten das Familienmuster bei der Aufrechterhaltung der Enuresis nocturna: Wenn die Enuresis nocturna für die Familie problematisch wird, entsteht ein problematisches Interaktionsmuster für das Kind. Ein Elternteil interagiert eher überbehütend und zudringlich, der andere nimmt eher eine kritisierende und distanzierte Haltung ein. Das Kind steht dann im Spannungsfeld der elterlichen Uneinigkeit (Carr, 1999). Buchanan (1992) fand, dass akuter oder chronischer Stress in Familien in Verbindung zur Enuresis nocturna steht. Eine Enuresis nocturna tritt danach besonders häufig in Familien auf, in denen es Ehestreitigkeiten, finanzielle Probleme, Platzmangel oder Anpassungsprobleme der Eltern (bei chronischen oder psychischen Erkrankungen oder Kriminalität der Eltern) gibt.

Das systemische Modell ist das einzige Modell, in dem Ursachefaktoren wie „Stress“ eine Rolle spielen und ein Zusammenhang zur Lebenssituation hergestellt wird, also ein Rückgriff auf erforschte Faktoren gemacht wird.

2.3.10 Haug-Schnabel: Enuresis als Ausdruck einer Beziehungsstörung des Kindes zur Umwelt

Nach diesem Ansatz leidet das enuretische Kind unter Kontaktstörungen mit den Personen aus seiner Umwelt. Das Kind versucht dann, durch das Einnässen Aufmerksamkeit und Fürsorge auf sich zu ziehen, um dem Gefühl des Isoliertseins zu begegnen. Das Bettnässen ist also eine Art Notsignal. Zugrunde liegt dabei ein übersteigertes Schutzbedürfnis oder Angstgefühl (Haug-Schnabel, 1994). Reaktionen der Eltern auf das Einnässen befriedigen dieses Bedürfnis und

dienen sozusagen als Belohnung für das Einnässen. Dadurch wird das Einnässen verstärkt, und es entsteht eine Art Teufelskreis. In diesem Therapieansatz wird Wert darauf gelegt, dem Kind mehr Zuwendung zu geben, dessen Probleme zu beachten und gleichzeitig das Bettnässen nicht zu verstärken.

Fraglich ist an diesem Ansatz, ähnlich wie im tiefendynamischen Ansatz, dass Erklärungen nur innerhalb der Familie gesehen werden. Überprüft ist dieses Modell nicht.

2.4 Behandlung der Enuresis: Medikamentöse und psychologische Ansätze

Bei der Behandlung einer Enuresis nocturna werden überwiegend pharmakologische Maßnahmen angewendet, oder es werden oben beschriebene psychologische Maßnahmen ergriffen. Daneben nannten mir Eltern auf die Frage, was sie schon alles gegen die Enuresis nocturna getan haben, viele andere Methoden, die keiner bestimmten Schule zugeordnet werden können und oft auch nicht in Zusammenhang mit den möglichen Ursachen für die Enuresis nocturna gebracht werden können. „Heilmethoden“ der Vergangenheit, die etwas obskur wirken, aber nur Ausdruck der Unwissenheit und Hilflosigkeit sind, sind nach Grosse (1991) z.B.:

- Einspritzen von sterilem Wasser unter die Haut;
- Behandlung mit Ultraschall, Röntgenstrahlen oder Elektroschocks; Behandlungen, die Druck auf die Dammgegend ausüben und das Schlafen auf dem Rücken verhindern;
- Spezialdiäten;
- chemische Neutralisation des Urins;
- Penisklemmer;
- lokale Vereisung der Genitale;
- Katheterisierung der Harnröhre.

Es scheint, als ob Eltern und „Experten“ oft in einem „Rundumschlag“ alles Mögliche versuchen, damit die Enuresis geheilt wird. Manchmal entsteht auch der Eindruck, dass Kind sei ein Objekt, an dem wahllos herumexperimentiert werden kann, bis eine Heilung stattgefunden hat, ohne dessen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Andererseits ist dieses Vorgehen sicher oft ein Zeichen der Not und Hilflosigkeit der Familien.

Heutzutage werden von behandelnden Personen unten näher erläuterte medikamentöse und verhaltenstherapeutische Maßnahmen bevorzugt, die auch im ambulanten bzw. häuslichen Setting durchgeführt werden können. Sie erscheinen am Wirkungsvollsten und Praktikabelsten. Es werden noch weitere Behandlungsansätze vorgestellt, die einzeln, aber auch in Kombination mit medikamentöser oder verhaltenstherapeutischer Behandlung durchgeführt werden können.

Daneben besteht die Möglichkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Diese Therapiemethode wird in Lehrbüchern zur Behandlung der Enuresis nocturna kaum erwähnt und findet selten Beachtung.

2.4.1 Pharmakologische Behandlung

Bei der medikamentösen Therapie wird auf zwei unterschiedliche Wirkstoffe zurückgegriffen. Auf der einen Seite steht Imipramin, das ursprünglich als Antidepressivum in der Depressionsbehandlung eingesetzt wurde. Imipramin wirkt durch einen anticholinergen Effekt, durch den die Harnausscheidung gehemmt wird (Petermann & Essau, 1998). Gleichzeitig stimuliert es den Detrusor und trägt zur Kontraktion der Harnblase bei. Die Erfolgsquote bei Einnahme von Imipramin beträgt zwischen 10-50 %, die Rückfallquote nach Absetzen des Medikaments beträgt 50 % (ibid.). Inzwischen gilt die Behandlung mit Imipramin wegen der hohen Rückfallquote, einer hohen Toxizität und einer geringen therapeutischen Breite als überholt.

Auf der anderen Seite der medikamentösen Therapie steht Desmopressin-Azetat (Name des Medikaments: Minirin). Hiermit wird die Harnausscheidung während der Nacht verringert. Auch

mit diesem Medikament ist die Rückfallquote hoch, sie beträgt zwischen 46-100 % (Petermann & Essau, 1998). Minirin hat keine nennenswerten Nebenwirkungen.

Die medikamentöse Behandlung hat den Vorteil, dass die Wirkung rasch eintritt. Zudem ist diese Therapie mit wenig Aufwand verbunden. Die Familie bekommt eine einfach durchzuführende Methode an die Hand, muss sich nicht umstellen und viel Energie in die Therapie stecken. Nachteilig ist, dass die Verantwortung an dieses Medikament abgegeben werden kann. Es braucht nicht über Sinn oder tiefergehende Verursachung nachgedacht werden, da das Problem leicht lösbar scheint. Gleichwohl kann die Symptomatik auf eine körperlichen Verursachung attribuiert werden und die eigene, von den Kindern oft so empfundene (oder die von den Eltern vermittelte) Schuldzuweisung am Bettnässen wird geringer.

2.4.2 Verhaltenstherapeutische Interventionen

Die Verhaltenstherapie bietet mehrere, unterschiedlich aufwendige und komplexe Maßnahmen zur Therapie einer Enuresis nocturna. Grundlegende Idee des lerntheoretischen Ansatzes ist, angemessenes Verhalten zu verstärken und unangemessenes Verhalten zu löschen. Als Verstärker dient oft Lob oder ein auf das Kind speziell zugeschnittener Verstärker (Carr, 1999). Bei den Therapieverfahren wird unterschieden in einfache und komplexe Methoden, die nun vorgestellt werden sollen (Petermann & Essau, 1998).

Die Kalenderführung als einfache Methode

Eine mehr auf die Symptomatik bezogene Art der Verstärkung ist die *Kalenderführung*. Das Kind malt dabei nach jeder Nacht in einem vorstrukturierten Bild ein Feld in einer bestimmten Farbe aus, je nachdem, ob das Bett trocken oder nass war (Grosse, 1991). Neben der Verstärkung dient ein Kalender gleichzeitig zur Protokollierung der Auftretenshäufigkeit des Einnässens. Die Kalenderführung ist die einfachste Art der Therapie.

Van Londen (1989) untersuchte den Effekt von Belohnungen auf die Wirksamkeit der Behandlung mit einem Weckapparat (Klingelhose oder -matte). In einer Studie mit insgesamt 160 Kindern und Jugendlichen wurden vier Gruppen gebildet: Gruppe 1 bekam eine Belohnung bei richtiger Benutzung des Weckapparates, Gruppe 2 bekam eine Belohnung bei einem trockenen Bett morgens, Gruppe 3 bekam keine Belohnung (Kontrollgruppe), Gruppe 4 bekam keine Behandlung (damit sollte die Rate der Spontanremission festgestellt werden). Die Behandlung erfolgte über die Dauer von 40 Wochen. In Gruppe 1 waren danach 98 % der Patienten trocken, in Gruppe zwei 84 % und in Gruppe drei 73 %. Es ergab sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Gruppen 1 und 2 sowie den Gruppen 1 und 3. Angaben zur Gruppe 5 wurden nicht gemacht. Auch die Zeit, die die Patienten zum Trockenwerden benötigten, unterschied sich hochsignifikant: Gruppe 1 war am schnellsten trocken. Variablen wie Alter, Geschlecht oder Art der Enuresis (sekundär versus primär) waren unerheblich. Van Londen deutet diese Ergebnisse als Nachweis für die Wirksamkeit von Belohnungen als Verstärker – und dass wichtiger sei, die richtige Benutzung zu verstärken, als dass morgens das Bett trocken sei. Dies ist ein neuer Gedanke, der in den anderen Studien zur Wirksamkeit von Weckapparaten nicht auftaucht.

Komplexe Methoden der Behandlung

Bei den komplexeren Maßnahmen wird gewählt zwischen dem Einsatz einer Klingelhose oder Klingelmatratze (a), einem Blasentraining (b), einem Unterbrechertraining (c) und dem Dry-Bed-Training (d), die nun nacheinander vorgestellt werden. Sowohl für das Blasentraining, für das Einhaltetraining als auch für das Dry-Bed-Training gilt, dass die Blasenentleerung einer stereotypischen Schulung unterworfen wird, bei der auf schon funktionierende Abläufe bzw. Individualitäten wenig Rücksicht genommen wird. Es wird ein relativ schematisches Entleerungsmuster antrainiert (Haug-Schnabel, 1994).

a) Erste Tropfen Urin auf der *Klingelmatratze/Klingelhose* lösen einen Stör- oder Weckreiz aus, auf den mit sofortiger Sphinkterkontraktion und Stoppen des Harnflusses reagiert werden soll. Das Kind soll durch den Ton wach werden und austreten gehen. Die Erfolgsquote der Behandlung liegt bei 80-90 %, die Rückfallquote bei ca. 80 % (Grosse, 1991). Als Behandlungserfolg wird eine Folge von 14 trockenen Nächten angesehen (ibid.).

Das Problem mit der eigentlich beabsichtigten Konditionierung ist: Das Harndrangsignal soll in einem Lernprozess sich angeeignet oder erneut gelernt werden, aber meist tritt wegen zu geringer Blasenwanddehnung gar kein Harndrangsignal auf – dadurch ist eine Verknüpfung zum Weckreiz gar nicht möglich (Grosse, 1991)! Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Beobachtung, dass einnässende Kinder sehr tief schlafen (siehe Kap. 2.3.2). Viele Kinder überhören das Geräusch – während die restliche Familie aus dem Schlaf gerissen wird. Bis die relevante Betreuungsperson (meist die Mutter) das Kind geweckt hat, ist das Bett schon nass. Damit sind Eltern und Kind verärgert und ankonditioniert ist höchstens dieser Ärger. Azrin (zit. in Haug-Schnabel, 1994) empfiehlt, die Klingel gleich in den Schlafrum der Eltern zu legen, wenn das Kind sowieso nicht wach wird, wodurch die ganze Methode fragwürdig wird. Das Kind achtet dabei nicht auf körpereigene Reize, sondern auf die Eltern, deren Reaktion zeitverzögert stattfindet. Zudem zeigte van Londen (1989) (siehe oben), wie wichtig es für den Behandlungserfolg ist, dass der Weckapparat richtig benutzt wird- also vom Kind, wenn erste Tropfen Urin den Ton auslösen.

Bei der Behandlung durch eine Klingelhose oder -matratze gilt es auch zu beobachten, ob das Kind die Wahrnehmung der vollen Blase verbessert oder sich auf den Klingelton verlässt. Besonders bei der Klingelhose, wo ein einziger Tropfen Urin reicht, um ein Signal auszulösen, ist diese Gefahr groß. Bei dem Aufwand, der durch die Verwendung eines Weckgeräts entsteht, und der hohen Rückfallquote ist es sinnvoll, genau zu entscheiden, welches Kind dieser Therapie unterzogen werden soll und welches besser nicht. Wenn die kontinuierliche Mitarbeit der Eltern und des Kindes nicht gesichert sind oder die häusliche Umgebung ungünstig ist, sollte die Behandlung eher durch andere Methoden stattfinden.

b) Beim *Blasentraining* soll das Kind lernen, den Urin noch eine Weile zurückzuhalten, wenn es den Harndrang spürt. Zu Beginn des Trainings soll das Kind auf die Toilette gehen, danach einen halben Liter einer Flüssigkeit trinken. Sobald es den Harndrang spürt, wird dies registriert und das Kind ermutigt, noch eine Weile anzuhalten. So soll die Blasenkapazität erhöht werden und die Wahrnehmung für eine „volle“ Blase gestärkt werden. Für jede Verzögerung des Harnlassens soll das Kind gelobt werden. Von Sitzung zu Sitzung soll das Kind ermutigt werden, die Aufschubzeit zu verlängern (Fielding, 1980). Studien zeigten, dass sich durch dieses Training zwar die Blasenkapazität erhöht, eine Verringerung der enuretischen Symptomatik konnte jedoch nicht nachgewiesen werden (Petermann & Essau, 1998). Da kein Zusammenhang zwischen einem zu geringen Fassungsvermögen der Blase und einer Enuresis nocturna besteht (siehe Kap. 2.3.3) stellt Haug-Schnabel (1994) den Sinn dieser Therapiemethode in Frage.

c) Beim *Unterbrechertraining* wird das Kind dazu animiert, eine begonnene Miktions willkürlich zu unterbrechen. Dadurch soll die Kontraktionsfähigkeit des äußeren Sphinkters gestärkt werden. Lerntheoretisch erfolgt dabei die Anbahnung eines spezifischen Ablaufmusters einer Miktions: In der Nacht soll das Kind schon beim Austreten einer geringen Harnmenge die Miktions beenden können (Grosse, 1991).

d) Das *Dry-Bed-Training* (DBT) ist eine komplexe Maßnahme, bei der mehrere Komponenten kombiniert werden: Ab der ersten Nacht erfolgt ein Intensiv-Training. Das Kind soll vor dem Schlafengehen etwas trinken, ein Klingelapparat wird installiert. Nach einer Stunde Schlaf wird das Kind geweckt und gefragt, ob es noch eine Stunde einhalten kann. Wenn das Kind die Frage bejaht, soll es für die Blasenkontrolle gelobt werden, wenn es verneint, soll es zur Toilette gehen und wird danach für den Toilettengang gelobt. Das Kind soll dann wieder etwas trinken und wieder schlafen gehen. Das Prozedere wird stündlich wiederholt. Falls das Bett nass wird, soll das Kind auf der Toilette das Harnlassen beenden, anschließend setzt ein Reinlichkeitstraining und eine Verhaltensübung ein. Beim Reinlichkeitstraining soll das Kind saubere Wäsche anziehen, das Bett neu beziehen und den Klingelapparat neu anstellen. Bei der Verhaltensübung soll das im Bett liegende Kind bis 50 zählen und dann erneut austreten gehen. Diese Übung soll 20mal

hintereinander erfolgen. Ab der zweiten Nacht wird das Kind erst drei Stunden nach dem Einschlafen geweckt und zum Toilettengang aufgefordert. Nach jeder trockenen Nacht wird das Kind 30 Minuten früher aufgeweckt. Das Wecken wird beendet, wenn zwischen Schlafengehen und Wecken nur noch eine Stunde liegt. Wenn das Kind in der darauf folgenden Woche mindestens zweimal einnässt, wird der Aufweckplan wiederholt. Das Kind soll bei Einnässen das Reinlichkeitstraining und die Verhaltensübung durchführen. Nach sieben aufeinander folgenden trockenen Nächten wird der Klingelapparat weggelassen. Ist das Bett morgens trocken, wird das Kind gelobt. Wenn nicht, soll es morgens das Reinlichkeitstraining und die Verhaltensübung machen (Petermann & Petermann, 2002).

Das Dry-Bed-Training zeigt bei 90 % der Kinder Erfolge (bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von sechs Wochen), die Rückfallquote liegt bei 25 %. Da das Training mit erheblichem Aufwand verbunden und recht komplex in den Anforderungen an Eltern und Kind ist, beträgt die Abbrechquote zwischen 35-60 %. Untersuchungen zeigten, dass der Aufweck-Plan in Kombination mit dem Klingelapparat ebenso effektiv ist wie das gesamte Training (Petermann & Essau, 1998).

Behandlungserfolg: Ausgewählte Studien

Stegat (1991) stellte in einer Übersichtsarbeit zusammen, welche *Einflussgrößen für den Behandlungserfolg mit einer Klingelhose oder -matte* eine Rolle spielen. Unwichtig für den Erfolg waren: Alter, Geschlecht, Intelligenz, primäre versus sekundäre Enuresis, geringe Blasenkapazität, Tod eines Elternteils, Scheidung der Eltern, eigenes Zimmer versus Zimmer mit Geschwistern sowie soziale Schicht. Der Therapieerfolg wurde gemindert durch folgende Faktoren: fehlende Motivation beim Kind, zusätzliches Tagnässen, mehrfaches Einnässen in der Nacht, schlechte Erweckbarkeit, langsame Lernerfolge bei der apparativen Therapie, Vernachlässigung durch die Eltern, kein eigenes Bett, keine Toilette in der Wohnung und Vorhandensein einer psychischen Störung oder einer körperlichen Behinderung der Eltern. Unklar blieb, ob Vererbung und eine Zusatzdiagnose beim Kind einen Einfluss hatten. Stegat führte nicht auf, ob es positive Faktoren gab, die den Behandlungserfolg wahrscheinlicher machten. Kann eine erhöhte Erfolgswahrscheinlichkeit dann durch Abwesenheit der Faktoren erreicht werden, die bei Vorhandensein die Erfolgswahrscheinlichkeit senken?

Stegat (1991) analysierte auch die *Einflussfaktoren auf einen Rückfall nach einer erfolgreichen Behandlung mit einer Klingelmatte oder -hose*. Keine Vorhersagekraft haben danach: Alter, Geschlecht, primäre versus sekundäre Enuresis, Vererbung, soziale Klasse, schlechte Erweckbarkeit, Anzahl vorheriger Therapien und geringe Blasenkapazität. Ein Rückfall trat wahrscheinlicher auf, wenn gleichzeitiges Tagnässen vorlag oder das Kind erst spät einen Erfolg mit der apparativen Methode hatte, wenn es enge Wohnverhältnisse gab, keine Toilette in der Wohnung vorhanden war, eine psychischen Störung oder körperlichen Behinderung der Eltern vorlag oder eine Infektion bzw. Stress auslösende Ereignisse nach Beendigung der Therapie eintraten. Studien zu Faktoren wie eine zusätzliche Diagnose beim Kind, Tod eines Elternteils oder Scheidung der Eltern erbrachten kein eindeutiges Ergebnis.

Quaschner und Mattejat (1989) untersuchten, welche *Merkmale dafür bedeutsam waren, ob Familien eine Enuresistherapie überhaupt anfangen, sie abbrechen oder die Therapie erfolgreich beendeten*. In einer Studie mit 45 Patienten ihrer Enuresissprechstunde fanden sie, dass Vorbehandlungen (also Behandlungen vor Besuch der Sprechstunde) mit einem Weckgerät die Wahrscheinlichkeit erhöhte, dass Patienten eine erneute Therapie mit einer Klingelhose oder -matratze gar nicht erst begannen oder sie abbrechen. Hier zeigte sich die Bedeutsamkeit einer korrekten Anwendung des Weckgeräts. Zusammenhänge zum Intelligenzniveau des Kindes, zum Leidensdruck und der Fähigkeit zur Selbstkontrolle waren nur schwach. Wichtig für die erfolgreiche Beendigung der Therapie erwiesen sich der Leidensdruck, die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der Eltern. Als ungünstig erwiesen sich Vorhandensein einer Enuresis diurna, eine hohe Einnässfrequenz und die soziale Schicht. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wird eine Verallgemeinerung dieser Ergebnisse als kritisch betrachtet.

Der Faktor „soziale Schicht“ hatte also in den zwei Studien, auf die sich Stegat (1991) bezieht, eine Auswirkung, in der Studie von Quaschner und Mattejat (1989) nicht. Unterschiede in Ergebnissen zu diesem Faktor könnten daher stammen, dass soziale Schicht differenziell erfasst wurde.

Man könnte annehmen, dass in Familien aus der Unterschicht mehr psychosoziale Belastungen auftreten und damit ein Zusammenhang sowohl zur Aufrechterhaltung einer Enuresis nocturna sowie zum vorzeitigen Therapieabbruch gegeben ist. Die Kinder reagieren auf die Belastungen mit der Enuresis, und die Eltern haben vielleicht nicht die nötigen Ressourcen (oder für sie wichtigere Sorgen), um sich auf eine Therapie einzulassen. Weitere Studien werden nötig sein, um hier ein abschließendes Urteil fällen zu können.

In einer Studie von Schulman, Colish, von Zuben und Kodman-Jones (2000) wurde die *Wirksamkeit einer apparativen Therapie verglichen mit einer medikamentösen Therapie im Hinblick auf eine Inkontinenz ein Jahr nach Beendigung der Therapie*. Die apparative Therapie war der medikamentösen Therapie deutlich überlegen.

Butler, Brewin und Forthys (1988) untersuchten, *welche Variablen die Wirksamkeit des DBT vorhersagen können*. Faktoren, die keine Rolle spielten, waren: Alter des Kindes, Geschlecht, Rangplatz in der Geschwisterfolge, Familiengröße, soziale Klasse, Häufigkeit des Bettnässens, primäre vs. sekundäre Enuresis nocturna, die Verhaltenseinschätzung durch die Eltern und Lehrer sowie ob ein Kind als verhaltensgestört eingestuft worden war. Einfluss auf den Erfolg dagegen hatten folgende Faktoren: mehrfaches Einnässen in der Nacht, zusätzliches Tagnässen, unbefriedigende Bedingungen in der Haushaltsführung durch die Eltern, erhöhte Ängstlichkeit der Mutter und deren Einschätzung ihres Kindes als zurückgezogen und sozial unangemessen reagierend.

Die Ergebnisse in dieser Studie widersprechen den Ergebnissen der Studie von Quaschner und Mattejat (1989), die oben referiert wurden. Wichtiger als die Frage, warum die Ergebnisse sich unterscheiden, was z.B. an der Zusammensetzung der Stichprobe oder am Design der Studie liegen kann, ist, was man mit den Ergebnissen in der Praxis anfangen soll. Solange es keine einheitlichen Ergebnisse gibt, wird man Behandlungsmethoden weiterhin ausprobieren müssen, was u.U. eine deutliche Belastung für Kind und Eltern sein kann. Wenn es einheitliche Ergebnisse geben würde, könnte man zumindest zuerst die Behandlungsmethoden ausprobieren, die den größten Erfolg versprechen. Andererseits erhält man durch sich widersprechende Studien Hinweise, für welche Subgruppen eine Behandlung gut ist bzw. unter welchen Bedingungen sie wirkt.

2.4.3 Stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei einer Enuresis nocturna

Zur stationären Rehabilitation kommen die Kinder oder Jugendlichen oft erst, wenn mehrere andere Therapieversuche gescheitert sind. Indiziert ist eine stationäre Behandlung auch dann, wenn die Eltern bzw. Pflegepersonen nicht kooperationswillig oder kooperationsfähig sind oder eine Therapie in der häuslichen Umgebung (z.B. bei Heimunterbringung; oder in Ostdeutschland oft zu großer Entfernung zum nächsten Therapeuten) nicht möglich ist. Durch die Herausnahme aus dem durch das Symptom belastete Umfeld wird das Kind entlastet. Gleichzeitig erfährt es Rückhalt und Erleichterung in einer Patientengruppe, in der noch andere Kinder dasselbe Problem haben. Mittels konsequenter Therapien kann es zu einer Verbesserung oder zum Verschwinden der Symptomatik kommen (Richter & Goldschmidt, 1999). Es fand sich keine Studie, in der stationäre Behandlung der Enuresis nocturna mit einer ambulanten Behandlung verglichen wurde. In einer Studie von Richter und Goldschmidt (1999), wurde ein stationäres Programm zur Behandlung der Enuresis nocturna evaluiert. Dazu wurde die Einnässhäufigkeit von 63 Kindern und Jugendlichen zu Beginn, am Ende und drei Monate nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme erfasst. Direkt am Ende der Behandlung war die Anzahl der nassen Nächte auf ca. 30 % der Ausgangswerte und drei Monate später auf 50 % des Ausgangswertes gesunken.

Haug-Schnabel (1994) befragte 30 Kinderärzte danach, ob sie einen Kuraufenthalt als Therapiemethode bei der Enuresis nocturna in Betracht ziehen. Nur sechs Ärzte gaben an, des zu

tun. Sie gaben aber an, die Rückfallquote nach einem Kuraufenthalt sei hoch. Elf Ärzte kannten diese Möglichkeit der Behandlung nicht, 13 lehnten sie wegen Erfolglosigkeit ab. Von diesen 13 hatten allerdings nur zwei direkte Erfahrungen damit gemacht.

Die Metaebene – Grenzen der Rehabilitation

Betrachtet man den Patienten als Teil eines Systems, in das er mit Aufnahme zur Rehabilitation als fremde Person kommt, und an das er sich anpassen muss, ergeben sich ein anderer Blickwinkel: Jedes Mitglied im System hat seine eigenen Ziele und Motivationen. Der Patient hat vielleicht nicht nur das Ziel „gesund zu werden“, sondern möchte vielleicht „Spaß haben“ oder „sich erholen“. Je nach Ziel wird er sich mehr oder minder für die Therapiemaßnahmen interessieren. Ein Rehabilitationserfolg läßt sich also schwer allein an der Anzahl der trockenen Betten messen. Da Rehabilitationskliniken aber bei Vertragspartnern die Beweislast haben, erfolgreich sein zu müssen, ist dies ein überzeugendes, einfaches, aussagekräftiges Anzeichen für den Erfolg. Unter Umständen wäre der Erfolg höher, wenn Patienten immer dies „trocken werden“ als Oberziel hätten. Auf der anderen Seite hat auch die Organisation weitere Ziele außer der Gesundheit des Patienten. Das Oberziel dürfte die Gewinnmaximierung bzw. -steigerung sein. Es ist anzunehmen, dass dieses Ziel unter Umständen nicht im Einklang mit dem Ziel des Patienten oder auch mit dem Ziel des Kostenträgers (also der BfA, der LVA oder den einzelnen Kassen) steht. Letztere haben sicherlich als Ziel die Bereitstellung eines großen Angebots zu minimalen Kosten. Minimale Kostenentstehung als Ziel der Kostenträger und maximaler Gewinn als Ziel bei den Kliniken sind entgegengesetzte Ziele, und in diesem Spannungsfeld bewegt sich der Patient, der noch seine eigenen Ziele und Vorstellungen mitbringt. Was passiert z.B., wenn der Patient schon nach der Hälfte der bewilligten Zeit „gesund“ ist? Wunsch der Kostenträger wäre dann sicherlich, die Maßnahme vorzeitig zu beenden. Ziel der Klinik ist u.U., die Patienten so lange wie möglich zu behalten. Oder was passiert, wenn zwischen der Antragsstellung für eine Rehabilitationsmaßnahme und deren Bewilligung ein so langer Zeitraum liegt, dass das Problem sich schon von selbst gelöst hat? Hier entsteht eine ähnliche Problematik wie im vorherigen Beispiel.

Goffmann (1973) beschreibt auch Kliniken als totale Institutionen, ebenso wie Klöster oder Gefängnisse. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass der Mensch quasi bei Eintritt in diese Institution seine Identität und seinen Lebensrhythmus aufgibt und sich den Normen, Werten und Regeln der Institution unterordnen muss. Es gibt in diesen Institutionen kaum Möglichkeit zum Rückbezug der Patienten zur Außenwelt. Natürlich trifft das auf Rehabilitationskliniken nicht in dem Maße zu wie z.B. auf Gefängnisse, aber es lassen sich gewisse Parallelen finden. Vielen Menschen fällt es schwer, sich an einen neuen Tagesrhythmus zu gewöhnen, dies bedeutet unter Umständen viel Stress. In einer Klinik gibt es andere Aufsteh- und Zubettgehzeiten für Kinder und Jugendliche als zu Hause, bestimmte Regeln bei den Mahlzeiten und bei der Körperhygiene. Kinder empfinden das vielleicht noch als Abenteuer. Viele Kinder und besonders Jugendliche fühlen sich aber oft unter Druck gesetzt, viele Regeln einhalten zu müssen, die sie nicht kennen (umso mehr Patienten mit der Störung des Sozialverhaltens, die genau das als Problem mitbringen). Sie fragen: Warum sollen wir nicht unser Handy benutzen? Warum dürfen wir nicht den ganzen Tag fernsehen? Warum müssen wir früher ins Bett als zu Hause? Gerade pubertierende Jugendliche finden es schwierig, Anweisungen von für sie eigentlich fremden Menschen entgegen zu nehmen. So verbalisierte einer meiner zu betreuenden Jugendlichen einmal, er würde Anweisungen von bestimmten Erziehern nicht befolgen, solange sie nicht gezeigt hätten, dass er sie respektieren könne. Gefragt ist an dieser Stelle also ein gutes Händchen und viel Einfühlungsvermögen bei den Mitarbeitern einer Institution – nur aufgrund der Arbeit in der Institution wird noch lange keine Akzeptanz durch die Patienten erzeugt. Wichtig ist, eine gute Beziehung zum Patienten aufzubauen.

Ein Faktor, der oft eher unberücksichtigt bleibt, ist dass Mitarbeiter in totalen Institutionen Macht haben – und der Patient machtlos wird. Mitarbeiter sollten in der Lage sein, dies zu reflektieren und im Umgang mit den Patienten zu beachten. Patienten, denen bedeutet wird, dass

sie anderen „ausgeliefert“ sind, werden auf die eine oder andere Weise versuchen, ihre Macht und damit die Kontrolle zurück zu erlangen.

Alle genannten Problemfelder lassen mich zu dem Schluss kommen, dass eine Rehabilitationsmaßnahme nicht unbedingt nur Erholung ist. Sondern dass Patienten sich u.U. in ein Feld begeben, dessen Spielregeln sie nicht kennen und denen sie nichtsahnend ausgeliefert sind. Erwachsene können sich vielleicht beschweren, wenn sie sich schlecht betreut fühlen, Kinder eher nicht. Ihre Aussage steht immer gegen die Aussage der Betreuungspersonen in der Klinik – es ist fraglich, wem die Eltern dann Glauben schenken.

Unter diesen Gesichtspunkten erscheint es zu einfach, den Rehabilitationserfolg bei Enuresis nocturna nur durch die Veränderung in der Symptomatik zu erfassen. Auch, um die Compliance der Patienten zu steigern, war es in meiner Arbeit günstig, die Ziele des jeweiligen Patienten zu erfragen und gemeinsame Ziele zu finden. In die Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme sollten dann alle besprochenen Ziele einfließen.

2.4.4 Hypnotherapeutischer Ansatz

Bei diesem Ansatz wird versucht, dem Kind eine Selbstsuggestionstechnik zu vermitteln. Das Kind sagt sich abends in entspanntem Zustand einen Satz auf, der ihm helfen soll, nachts adäquates Verhalten zu zeigen (Grosse, 1991). Dieser Satz könnte in etwa lauten: Wenn meine Blase nachts drückt, werde ich wach und gehe austreten, am nächsten Tag ist dann mein Bett trocken. Studien zur Wirksamkeit dieses Ansatzes existieren nicht.

2.4.5 Variation in der Flüssigkeitszufuhr

Die Variation der Flüssigkeitszufuhr wird sowohl in der Theorie als auch der Praxis heiß diskutiert (Haug-Schnabel, 1994). Wenn das Kind abends weniger trinken darf als normal, kann es sein, dass es nachts nicht einnässt bzw. eine geringere Harnmenge ins Bett geht. Allerdings ist es für das Kind eine Bestrafung, nicht genug trinken zu dürfen und durstig sein zu müssen – abgesehen von der physiologischen Komponente, dass der junge Mensch besonders viel Flüssigkeit braucht. Falls das Kind bei Verringerung der Trinkmenge wirklich weniger einnässt, kann diese Veränderung unter Umständen den Leidensdruck der Familie senken. Allerdings sollte man eine Verringerung nie für länger als drei Wochen in Betracht ziehen (Grosse, 1991). Es kann dann auch sein, dass die Enuresis wieder auftritt, sobald das Kind seine normale Trinkmenge bekommt. Die Flüssigkeitseinschränkung beruht auf der Annahme, dass die Blase des Bettnässers ein zu geringes Fassungsvermögen hat. Diese Annahme ließ sich durch Studien nicht bestätigen (Haug-Schnabel, 1994), trotzdem wird diese „Therapie“ immer wieder durchgeführt. Statt des positiven Effektes kann es negative Effekte geben: Der Patient hat nicht die Möglichkeit, die angemessene Reaktion auf den Reiz der vollen Blase zu lernen, weil sie nie voll ist (ibid.). Und zudem wird die Belastungsfähigkeit der Blase eingeschränkt. Physisch gesehen kann es zu toxischen Konzentrationswerten im Urin kommen.

Meine Erfahrungen zeigen, dass ein Kind, wenn es sich durch die Flüssigkeitseinschränkung beeinträchtigt fühlt, oft versucht, ohne Wissen der Eltern doch genug zu trinken, um nicht durstig zu sein. Das wiederum kann zu Streitigkeiten führen, wenn die Eltern es herausfinden.

Lässt man das Kind mehr trinken als gewöhnlich, wird die Blase nachts voller sein und der Blasendruck wesentlich stärker als sonst. So wird das Kind vielleicht eher wach und geht austreten mit dem Erfolg, dass das Bett morgens trocken ist. Vorteilhaft ist die Erhöhung der Trinkmenge z.B. bei gleichzeitiger Behandlung mit einem apparativen Verfahren, weil das Kind vermehrt auf die Toilette muss und es zu mehr Lerndurchgängen kommen kann (Grosse, 1991).

2.4.6 Wecken

Eine von vielen Eltern oft schon vor der Beratung mit einem Therapeuten oder Kinderarzt durchgeführte Behandlung ist die durch Wecken des Kindes in der Nacht. Das Kind wird zur Toilette geschickt, um so das Einnässen zu vermeiden. Eltern führen dieses Wecken leider oft undifferenziert aus, so dass es wenig Erfolg zeigt (Haug-Schnabel, 1994). Das Wecken steht dann in keinem Zusammenhang zum Einnäss- und Schlafverhalten des Kindes. So ist zum einen wichtig, dass das Kind dabei richtig wach wird, damit es seine Blase bewusst wahrnehmen kann und den Handlungsablauf „volle Blase – wach werden – austreten gehen“ lernen kann. Daneben sollte man beachten, ob das Kind eher in den frühen Nachtstunden oder eher morgens einnässt. Wenn Eltern den Zeitpunkt des Einnässens ungefähr eingegrenzt haben, sollen sie ihr Kind eine Stunde vor diesem Zeitpunkt wecken und fragen, ob es austreten möchte. Wenn dann das Bett trocken bleibt, wird bei Einnässen in den Abendstunden eine Viertelstunde früher und bei Einnässen in den Morgenstunden eine Viertelstunde später geweckt. Bleibt das Kind trocken, wird die Zeit wieder um eine Viertelstunde in die jeweilige Richtung verschoben, so viele Tage lang, bis das Wecken mit der Zubettgehzeit oder Aufstehzeit des Kindes zusammenfällt. Wenn das Bett nass ist, wird die alte Weckzeit beibehalten (Grosse, 1991). Durch dieses Verfahren erleben Kinder oft Erfolgserlebnisse und haben zum ersten Mal das Gefühl, ihre Blase selbst steuern zu können.

Bei unsystematischem Wecken besteht die Gefahr, dass Kinder zu einem Zeitpunkt urinieren, wenn eigentlich in der Blase noch Fassungsvermögen ist. Es wird ihnen zudem ein Einnässzeitpunkt antrainiert. Wenn dann durch einen Therapeuten das Wecken ausgesetzt wird, zeigt sich oft, dass die Kinder dann zeitnah zum früheren Weckzeitpunkt einnässen (Haug-Schnabel, 1994).

2.5 Folgen der Enuresis nocturna auf das psychische Wohlergehen der Familienmitglieder

Eltern sehen das Einnässen oft als misslungene Erziehungsleistung ihrerseits, sie denken, sie hätten in einer der ersten Erziehungsaufgaben versagt. Für die Kinder ist es oft beschämend und sie fühlen sich auch als Versager, da sie ihre Körperfunktionen nicht korrekt beherrschen – was ja schon Fünfjährige können.

Für die Therapiemotivation ist es allerdings vorteilhaft, wenn das Kind wahrnimmt, dass es wegen des Einnässens weniger akzeptiert oder gehänselt wird (Richter & Goldschmidt, 1999). Fehlt dem Kind die Einsicht, dass es gegen das Einnässen etwas unternehmen sollte, wird die Behandlung eher weniger erfolgreich sein. Hier spielen dann auch Gesundheitserwartungen eine Rolle (siehe Kap. 3.3). Zur Rehabilitationsmaßnahme war z.B. der achtjährige Johannes geschickt worden, dem es gar nichts ausmachte, nachts ins Bett zu machen. Er war es nicht anders gewöhnt und fand es nicht altersunangemessen. Johannes war auch tagsüber noch nicht trocken. Andererseits zeigte meine Arbeit mit bettnässenden Kindern und Jugendlichen, dass ein zu hoher Leidensdruck belastend sein kann und negative Auswirkungen in Bezug auf die Stimmung des Kindes hat. Dies gilt u.U. besonders dann, wenn das Kind sich nicht in der Lage fühlt, das Bettnässen zu beeinflussen. Hier besteht ein Zwiespalt für den Therapeuten: Soll der Leidensdruck erhöht werden, damit das Kind besser mitarbeitet? Oder soll der Leidensdruck gesenkt werden, damit die Enuresis als weniger belastend wahrgenommen wird und sich die Symptomatik genau dadurch schon verringert?

Schwierigkeiten im Alltag

Meistens lässt sich das Einnässen nicht vor den Mitmenschen verheimlichen: Durch den Geruch bemerken auch Gäste das Problem, und in Wohnungen, in denen es zu starker Geruchsbildung durch den Urin kommt, bringt ein Kind vielleicht aus Scham keine Freunde mit und den Eltern ist es peinlich, Gäste zu empfangen.

Ein weiteres Problem sind Klassenfahrten oder Übernachtungen bei Freunden. Aus Angst davor, einzunässen und ausgelacht zu werden, bleiben viele einnässende Kinder lieber zu Hause. Dadurch werden sie unter Umständen sozial ausgegrenzt, was natürlich die negative Komponente des Gehänselt-werdens darstellt. Lerntheoretisch kann das Wegbleiben von angenehmen sozialen Interaktionen auch als Bestrafung angesehen werden – die ja in keinem Fall begründet ist. Elias z.B. wollte unbedingt mit seinem Opa im LKW durch Deutschland fahren, was er aber nicht durfte, weil er einnässte.

In Gesprächen mit Eltern wurde mir deutlich, dass das Einnässen oft Unverständnis oder Hilflosigkeit auslöst. Viele Dinge werden gegen das Einnässen ausprobiert, nichts hilft. Da bleibt nur noch Ratlosigkeit. Hilflosigkeit gibt es auch auf der Seite des Kindes, das mit all seinen Bemühungen nicht zum Ziel kommt. Mit gut gemeinten Ratschlägen der Eltern wie „nun bemühe dich aber mal!“ können sie verständlicherweise nichts anfangen. Wenn die betroffenen Kinder einen effektiven Weg sehen würden, um trocken zu werden, hätten sie sich in den meisten Fällen sicher bemüht, diesen Weg zu gehen.

Auswirkungen auf die Fremdwahrnehmung des Kindes durch die Eltern

Manchmal wird den Kindern Gleichgültigkeit oder sogar böser Wille unterstellt (Haug-Schnabel, 1994). Um mit der oft täglichen Schmach umzugehen, legen die Kinder sich oft eine eher emotional unbeteiligte Umgangsweise mit den nassen Betten zu, was von der Umwelt als Gleichgültigkeit gedeutet wird. Manche Eltern denken auch, das Kind wolle sie ärgern oder ihnen mit Absicht mehr Arbeit machen.

Eltern von bettnässenden Kinder beschreiben ihre Kinder mit mehr negativen Eigenschaften und bettnässende Kinder werden weniger zu Autonomie und Individualität erzogen als nicht-bettnässende Kinder (Fisher & Fisher, 1981). Kinder mit einer primären Enuresis nocturna sind nach Einschätzung der Eltern „...unruhiger, launenhafter, nachlässiger, ängstlicher, verfügen über weniger Selbstkontrolle und drücken weniger positive Gefühle aus.“ (zit. aus Haug-Schnabel, 1994, S. 32). Kinder mit einer sekundären Enuresis nocturna bekommen von ihren Eltern eine noch schlechtere Einschätzung: geringes Selbstvertrauen, große Minderwertigkeitsgefühle, viel Angst, geringe Frustrationstoleranz, wenig Geduld, wenig Kooperationsbereitschaft und eine nur geringe Fähigkeit, positive Gefühle auszudrücken (Moilanen & Rantakallio, 1987).

Es ist erkennbar, dass das Kind und die Familienangehörigen auf unterschiedlichste Art von der Enuresis betroffen und beeinträchtigt sind. Umso relevanter wird dann die Überlegung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme für das Kind, um das familiäre Klima zu entspannen.

In einer Studie von Longstaffe, Moffatt und Whalen (2000) wurde die Auswirkung zweier unterschiedlicher Behandlungen auf den Selbstwert und das Verhalten von bettnässenden Kindern gemessen. 182 Kinder wurden zufällig den Bedingungen „Behandlung mit Desmopressin“, „Behandlung durch ein Weckgerät“ oder einer Placebobehandlung (es fehlt eine Beschreibung dieser Behandlung) zugeordnet. Alle Behandlungen dauerten sechs Monate. Die Kinder waren älter als sieben Jahre und nässten häufiger als dreimal pro Woche ein. Weitere Angaben wurden von den Autoren nicht gemacht. Die Kinder füllten zu Beginn und nach sechs Monaten die Piers-Harris Selbstkonzeptskala für Kinder und „Harter’s Perceived Competence Scale for Children“ (PCSC) aus, die Eltern die Child Behavior Check List (CBCL) von Achenbach. Nach der Behandlung zeigten sich signifikante Effekte in den Piers-Harris-Skalen und der CBCL, die unabhängig vom Erfolg der Behandlung in Bezug auf das Bettnässen waren. Die PCSC blieb insgesamt stabil, positive Veränderungen gab es nur in den Subskalen „Schule“ und „Soziales“. D.h. aus Sicht der Eltern sowie in der Beschreibung der Kinder selbst gab es nach der Behandlung eine Verbesserung im Verhalten und im Selbstkonzept. Am Positivsten hatte sich die Einschätzung bei den Eltern verändert, deren Kinder eine medikamentöse Therapie bekommen hatten, am Wenigsten positiv verändert hatte sich die Einschätzung der Eltern, deren Kind in der Kontrollgruppe war.

2.6 Resilienzfaktoren: Was schützt vor einer Enuresis nocturna?

Eine andere Herangehensweise an die Erforschung von Erkrankungen ist die Resilienzforschung. Die Strategie dabei ist, zu beschreiben, warum manche Personen *nicht* betroffen sind von psychischen oder physischen Beeinträchtigungen, oder warum manche Personen Beeinträchtigungen gut verarbeitet haben. Im Gegensatz zu anderen Ansätzen, in denen es eher darum geht zu erforschen, welche Faktoren zu einer Erkrankung führen, werden in der Resilienzforschung Schutzfaktoren gesucht (Butcher, J., Mineka, S. & Hooley, J., 2004).

In der Literatur über die Enuresis nocturna beschäftigte sich nur Carr (1999) mit der Frage nach Schutzfaktoren. Sie teilt die Schutzfaktoren grob in zwei Gruppen ein: Personelle Schutzfaktoren und kontextabhängige Schutzfaktoren. Zu ersterer Gruppe zählen biologische und psychologische Faktoren. Zu den kontextabhängigen Schutzfaktoren zählen: Faktoren des Behandlungssystems, Faktoren des Familiensystems, Elternfaktoren und Faktoren des sozialen Netzwerkes (Übersetzung der Autorin). Tabelle 1 zeigt die Faktoren im Einzelnen.

Zum einen sind hier Faktoren genannt, die sich am Kind festmachen. Die physische Gesundheit spielt hier im Sinne einer fehlenden Prädisposition eine Rolle, also in fehlender Anfälligkeit des Urogenitalsystems für Krankheiten. Die psychischen Faktoren (bis auf den IQ und das Temperament) wirken im Sinne der Verhaltenstherapie als kognitive Strategien, um Belastungen verarbeiten zu können.

Neben den Faktoren, die am *Kind* festgemacht werden können, spielen nach dieser Sicht also auch Faktoren eine Rolle, die in der *Lebenswelt* des Kindes liegen. Dabei betrachtet Carr sowohl die Krankheitseinsicht der Familie, den Zusammenhalt und die Struktur der Familie, die Güte, in der Eltern ihre Elternschaft ausüben können, als auch die Güte und Struktur des sozialen Netzwerkes. Sie hat damit einen ausgesprochen systemischen Ansatz, der aufgrund der Menge der Faktoren kaum empirisch im Ganzen überprüft werden kann.

Erst eine hohe Ausprägung in vielen dieser Faktoren dient einem Schutz vor einer Enuresis nocturna. Carr (1999) nennt allerdings viele Faktoren, die eher generell als Resilienzfaktoren eine Rolle spielen, und nicht nur bei der Nicht-Entstehung einer Enuresis nocturna vorhanden sind.

Ein für diese Arbeit wichtiger Aspekt ist, dass Carr einen internalen Kontrollstandpunkt als Schutzfaktor versteht. Dabei bezieht sie sich auf das betroffene Kind ebenso wie auf die Eltern. Eine hohe interne Kontrollvorstellung erleichtert eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, d.h. nicht nur die Vorstellung, dass der einzelne Mensch selbst Kontrolle hat, sondern, dass er auch in der Ausführung seiner Handlungen Erfolg haben wird. Für ein Kind, das nachts trocken ist, bedeutet dies u.U., dass es nicht nur weiß, dass es selbst steuern kann, ob es ins Bett uriniert oder nicht, sondern es auch weiß, dass ein Toilettengang beim Spüren der vollen Blase dafür sorgen wird, tatsächlich morgens ein trockenes Bett zu haben. Einem Kind mit Enuresis sind solche Zusammenhänge vielleicht nicht deutlich. Es könnte denken, dass es selbst keine Kontrolle hat. Weitere Überlegungen zu Verbindungen zwischen Kontrollvorstellungen und gesundheitsförderlichem Verhalten werden in Kap. 3.4 gemacht.

Tabelle 1: Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche mit einer Enuresis nocturna (Carr, 1999)

Personelle Schutzfaktoren	Kontextabhängige Schutzfaktoren
<i>biologische Faktoren:</i> <ul style="list-style-type: none"> • gute physische Gesundheit 	<i>Faktoren des Behandlungssystems</i> <ul style="list-style-type: none"> • Familie erkennt Problem der Enuresis nocturna an • Familie möchte das Problem lösen • Familie hat ähnliches Problem früher erfolgreich gelöst • Familie erkennt den Behandlungsplan an • gute Koordination beteiligter Professioneller
<i>psychologische Faktoren</i> <ul style="list-style-type: none"> • hoher IQ • einfaches Temperament • hoher Selbstwert • Internaler Locus of Control • hohe Selbstwirksamkeitserwartung • optimistischer Attributionsstil • reife Abwehrmechanismen • funktionale Copingstrategien 	<i>Faktoren des Familiensystems</i> <ul style="list-style-type: none"> • sichere Bindung • autoritäre Eltern • klare Kommunikation • flexible Familienorganisation • Vater ist miteinbezogen • hohe Ehezufriedenheit
	<i>Elternfaktoren</i> <ul style="list-style-type: none"> • gute Ausführung der Elternfunktion • gutes Wissen über Entwicklung der Blasenkontrolle • Internaler Locus of Control • hohe Selbstwirksamkeitserwartungen und Selbstwert bei den Eltern • sichere interne Arbeitsmodelle für Beziehungen • reife Abwehrmechanismen • funktionale Copingstrategien
	<i>Faktoren des Sozialen Netzwerkes</i> <ul style="list-style-type: none"> • gutes soziales Netz • wenig Familienstress • positive Platzierung im Bildungssystem • hoher sozioökonomischer Status

2.7 Fazit: Was hilft bei einer Enuresis nocturna?

Bei der Vielzahl der Erklärungen für die Entstehung bzw. das Aufrechterhalten der Enuresis nocturna und bei der Variationsmöglichkeit in den Therapiemaßnahmen wird klar, wie wichtig eine genaue Ursachenforschung ist. Maßnahmen wie z.B. das Blasentraining oder ein Einhaltetraining sind z.B. nur bei der Subgruppe der Enuretiker sinnvoll, bei denen die Erkrankung auf ein gestörte Zusammenspiel der für die Miktion nötigen Muskeln zurückzuführen ist. Ebenso wirken Medikamente nur bei den Patienten, bei denen die Ursache in einer verminderte Produktion des antidiuretischen Hormons liegt. Nach meiner Erfahrung ist es notwendig, bei jedem Patienten dessen Hintergrund zu betrachten und eine individuelle Herangehensweise an das Bettnässen auszuarbeiten. Die Forschung bietet zwar eine Vielzahl an Studien, aber einen „goldenen Weg“ gibt es nicht. Vielleicht erklären sich Unterschiede in Wirksamkeitsstudien einzelner Maßnahmen dadurch, dass Schutzfaktoren wie z.B. eine interne Kontrollattribution oder klare Kommunikationsstrukturen in der Familie unbeachtet blieben. Das Vorhandensein von Schutzfaktoren könnte Faktoren außer Kraft setzen, die sonst zu einem „Versagen“ einer Therapiemethode führen.

Unbefriedigend an den Ergebnissen der berichteten Studien ist weiterhin deren Uneinheitlichkeit in der Definition von Verhaltensproblemen. Dadurch wird es umso schwerer, allgemeingültige Schlüsse zu ziehen, wenn es um den Zusammenhang der Enuresis und zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten beim Kind/Jugendlichen geht. Die bloße Vielzahl der Studien zum Zusammenhang zwischen einer Enuresis nocturna und Verhaltensproblemen hilft dem Kind wenig bei der Beseitigung der Enuresis. Für den Praktiker hilfreicher wäre, daraus Schlussfolgerungen bzw. Handlungsanleitungen für eine erfolgreiche Therapiemaßnahme zu bekommen. Dagegen scheinen nur die Verhaltenstherapeuten Wirksamkeitsstudien zu Therapiemaßnahmen durchzuführen, was vor allem für die Praxis interessant ist. Aus der Familientherapie sind nur einzelne Fallberichte bekannt (Grosse, 1991), die wenigen Studien zur Wirksamkeit von psychodynamischen Therapien fanden keinen Effekt (Carr, 1999). Gut überprüft ist auch die Wirkung der angewandten Medikamente. Daraus ergibt sich für die Praxis, dass die Verhaltenstherapie nicht die einzige Therapiemethode der Wahl sein sollte.

Nach dem Dodo-Verdikt ist es für den Erfolg einer Therapiemaßnahme egal, welche Therapie durchgeführt wird. Weder die therapeutische Technik noch der Therapeut ist für den Erfolg ausschlaggebend, sondern der Klient und seine Motivation, sich zu ändern, um das Problem zu lösen (Tallmann & Bohart, 2001). Entscheidend ist im therapeutischen Prozess die Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten, nicht die Art der Therapiemethode (ibid.). Wird dieser Ansatz verfolgt, wird natürlich wichtiger, die Vorstellungen des bettnässenden Kindes über Ursachen und mögliche Heilungsmethoden zu kennen. Denn so kann der Therapeut besser auf das Kind eingehen und es fühlt sich besser verstanden. Dadurch entsteht eine gute Beziehung zwischen Kind und Therapeuten. Die Motivation des Kindes wird gesteuert durch Theorien, die es über sich selbst und die Welt hat, wen und was das Kind als unterstützend im Heilungsprozess ansieht. Entscheidend können auch subjektive Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen sein. Wenn es dem Therapeuten gelingt, das Denkmodell des Kindes zu verstehen und dessen Emotionen nachzuvollziehen, kann er das Kind besser motivieren und unterstützen.

Damit ist ein grundlegender Perspektivenwechsel verbunden: Weg von der Perspektive des Therapeuten, des professionell Handelnden hin zur Sicht des Kindes oder Jugendlichen. Trotzdem hat der Experte sein Hintergrundwissen, das er sozusagen dem Patienten zur Verfügung stellt.

Im nächsten Kapitel dieser Arbeit werden die eben genannten Aspekte näher durchleuchtet: Es wird die Entwicklung von Kontrollvorstellungen, die Entwicklung von Krankheitsvorstellungen und das Health Belief Modell dargestellt. Es wird versucht, einen Zusammenhang dieser Konzepte zur Enuresis nocturna herzustellen.

3 Vorstellungen von Kindern über Gesundheit und Krankheit

Es ist ganz normal, dass Menschen krank werden, Krankheiten begleiten uns das ganze Leben. Manche Menschen werden häufiger krank, manche weniger oft. Wenn kranken Menschen geholfen werden soll bzw. sie versuchen, möglichst lange gesund zu bleiben, steckt hinter Handlungen oder Gedanken sicherlich eine Art Denkmodell, wie man eben diese Ziele erreichen kann. Eine Art Handlungsleitfaden, der dem Menschen hilft, sich und sein Handeln auszurichten.

Je besser eine außenstehende Person, die dem Betroffenen bei der Gesundung oder auch dem Nicht-Erkranken helfen möchte, dieses Denkmodell versteht, desto besser kann sie auf die Wünsche und Bedürfnisse der Person eingehen. Zu bedenken ist hierbei, dass Kinder eine besondere Gruppe der Kranken darstellen; zum einen sind sie abhängig von Bezugspersonen, zum anderen ist die Welt für sie – je nach Alter – noch voller neuer, unbegreiflicher Erfahrungen, und sie machen sich Vorstellungen über Abläufe, die unter Umständen nicht realitätsangemessen sind. Da sich Konzepte noch entwickeln, hat der Therapeut großen Einfluss darauf, welche Ideen ein Kind zu Gesundheit und Krankheit hat. Compliance hängt also auch davon ab, inwieweit sich Krankheitskonzepte von Patient und Therapeut ähneln. Je größer diese Ähnlichkeit ist, desto besser können Therapien für das Kind begreifbar gemacht werden, so dass es eher mitarbeitet – erst recht, wenn die Therapien unangenehm sind. Im Rückgriff auf das letzte Kapitel kann man z.B. die Reduktion der Trinkmenge für Bettnässer als Beispiel nehmen: Wenn einem Kind der Sinn dieser Behandlung klar ist und wenn ein Kind weiß, dass diese Behandlung keine Bestrafung sein soll, wird es u.U. eher bereit sein, durstig zu sein und nicht heimlich versuchen, an Getränke zu kommen.

Die Entstehung der Krankheitskonzepte richtet sich stark nach der kognitiven Entwicklung des Kindes, aber auch nach psychischen Charakteristika des Kindes wie Ängstlichkeit, Selbstbewusstsein oder Einstellungen der Eltern (Schmidt & Altmann-Herz, 1992).

Krankheitskonzepte können als Ursachenzuschreibungen von Krankheiten angesehen werden, aber auch als Kontrollüberzeugungen, d.h. Überzeugungen zur Beeinflussbarkeit von Krankheiten (Schmidt & Altmann-Herz, 1992). Beides sollte in Betracht gezogen werden, wenn man Verhaltensweisen und Emotionen eines Patienten deuten oder beeinflussen möchte.

In diesem Kapitel wird dargestellt, welche Kontrollvorstellungen Kinder über Gesundheit und Krankheit haben, was sie sich überhaupt unter einer Krankheit und Interventionen gegen eine Krankheit vorstellen und – im Gegenzug dazu – was sie sich unter dem Begriff Gesundheit vorstellen.

3.1 Entwicklung von Kontrollvorstellungen

Schon für einen Laien scheint plausibel zu sein, dass persönliche Ziele eher erreichbar sind, wenn man selbst Möglichkeiten hat, etwas dafür zu tun, das erwünschte Ziel zu erreichen. Manchmal hilft allein schon der Glaube, Kontrolle zu haben über Mittel und Wege, um an einem Ziel anzukommen, egal ob diese Kontrolle wirklich gegeben ist oder nicht. Die Wahrnehmung eines Zusammenhanges zwischen eigenem Handeln und dem gewollten Ergebnis ist das Entscheidende für die Steuerung menschlichen Handelns. Rotter (1966) hat im Rahmen seiner sozialen Lerntheorie dieses Konzept als erster theoretisiert. Er bezeichnet als Kontrollüberzeugung eine generalisierte Erwartungshaltung, die jeder Mensch im Laufe seines Lebens erwirbt. Dabei unterscheiden sich Personen in solche, die glauben, Ereignisse selbst kontrollieren zu können (internale Kontrolle) und solche, die die Kontrollierbarkeit von Ereignissen Kräften außerhalb ihrer Person zuschreiben (externale Kontrolle). Bis 1971 waren ca. 150 Studien zum I-E-Konstrukt erschienen, die zum Teil widersprüchliche Ergebnisse aufzeigten (Levenson, 1974).

Levenson (1974) ersetzt das zweidimensionale Konstrukt daraufhin durch ein Dreidimensionales: Er unterteilt die Externalität in eine fatalistische und eine soziale Externalität. Bei der fatalistischen Externalität hält der Mensch Ereignisse für schicksals- oder zufallsbestimmt. Bei der sozialen Externalität scheinen Ereignisse durch andere Menschen bestimmt zu sein, die

mächtiger sind als man selbst. Diese drei Dimensionen sind konzeptionell von einander unabhängig (Lohaus, 1990). Mit diesem Modell konnten die vorher widersprüchlichen Forschungsergebnisse in Einklang gebracht werden, und das dreidimensionale Konzept ist bis heute anerkannt.

Auf die Bettnässer bezogen bedeutet das: Bei hoher internaler Kontrollüberzeugung werden sie sich jeden Abend vornehmen, auch wirklich nachts wach zu werden, wenn die Blase voll ist. Dementsprechend werden sie sich am nächsten Morgen bei nassem Bett u.U. viel Schuld geben, weil sie „versagt“ haben. Bei einer hohen fatalistischen Externalität wird das Kind wahrscheinlich nichts tun sondern hoffen, dass das Problem von selbst verschwindet. Bei hoher sozialer Kontrollerwartung wird das Kind hoffen, dass Eltern oder Ärzte ihm helfen können und sich nach deren Anweisungen richten. Forschung zu Kontrollerwartungen in Bezug auf die Enuresis nocturna gibt es nicht.

In der Forschung untersuchte man zuerst *generalisierte* Kontrollerwartungen, also solche, die über verschiedene Lebensbereiche hinweg entstehen und wirksam sind (Lohaus & Schmitt, 1989). Inzwischen richtet sich das Interesse mehr und mehr auf bereichsspezifische Kontrollerwartungen, da anzunehmen ist, dass in verschiedenen Lebensbereichen auch unterschiedliche Konzepte von Kontrollerwartungen wirksam sind (Krampen, 1979). Ein Bereich, in dem unterschiedliche Kontrollerwartungen gemacht werden können und diese Erfahrungen wiederum Kontrollerwartungen beeinflussen können, ist der Bereich von Gesundheit und Krankheit. Wichtig ist hier, welche Vorerfahrungen Menschen mit Krankheit, deren Art, Dauer und Schweregrad gemacht haben (Lohaus, 1990). Auch innerhalb dieses Bereichs können je nach Krankheit unterschiedliche Erfahrungen gemacht werden: Zum einen sind Krankheiten von medizinischer Seite aus unterschiedlich gut zu behandeln, z.B. können die Windpocken in geringerem Ausmaß ohne Arzt und durch Hausmittel behandelt werden als eine einfache Erkältung. Die Erkrankungshäufigkeit spielt insofern eine Rolle, als angenommen wird, dass eine häufige Erkrankungsfrequenz mit vermehrten Arztbesuchen zusammenhängt und so eine hohe soziale Externalität entstehen könnte (Tolor, 1978). Zudem macht ein chronisch Kranker andere Erfahrungen, was die Beeinflussung seiner Krankheit angeht, als ein akut Kranker.

Auswirkungen haben Kontrollerwartungen zu Gesundheit und Krankheit auch in Situationen, in denen ein Mensch neue Erfahrungen macht, z.B. mit einer ihm unbekanntem Krankheit. Hier werden sicherlich generalisierte Kontrollerwartungen zu Gesundheit und Krankheit sein Handeln bestimmen (Lohaus & Schmitt, 1989).

Wie so oft muss auch bei der praktischen Anwendung der Theorie der Kontrollerwartungen überlegt werden, ob sie für Kinder und Jugendliche genauso gilt wie für Erwachsene. Kinder haben andere Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit, über die Beschaffenheit und Funktion des menschlichen Körpers und die Handlungsfähigkeiten von medizinischem Personal als Erwachsene. Je nach kognitivem Entwicklungs- und Wissensstand werden sie mehr oder weniger realistische Vorstellungen haben. Je jünger ein Kind ist, desto weniger Vorerfahrungen hat es mit Krankheiten, d.h. desto schlechter kann es Kontrollerwartungen zu Gesundheit und Krankheit ausbilden und desto schlechter sind die Konzepte zu Krankheit ausgebildet. Wenn ein Kind also an einer Rehabilitationsmaßnahme wegen einer (psychosomatischen) Erkrankung teilnimmt, ist es für die behandelnden Personen sinnvoll, sich auf den jeweiligen Stand des Kindes einzulassen. Ein Kind wird bei Therapien eher motiviert sein mitzuarbeiten, wenn es sie versteht. Wünschenswert wäre, wenn ein Patient (egal ob Kind oder Erwachsener) eine hohe Ausprägung sowohl der sozialen Externalität sowie der Internalität besitzt: Er wird auf den Rat vom Fachpersonal Acht geben und sich selbst Kontrolle zuschreiben.

Die Vorstellung über Kontrolle bei der Entstehung einer Krankheit entwickelt sich bei Kindern von internalen Selbstzuschreibungen (Schulduweisung, wenn Erkrankung als Bestrafung angesehen wird) zu überpersönlich-externalen Ursachen (Bakterien, Zufall etc.) bei steigendem Alter. Je stärker ausgeprägt die internale Kontrollerwartung ist, desto geringer ist die wahrgenommene Krankheitsanfälligkeit (Schmidt & Altmann-Herz, 1992). Die Internalisierung steigt also mit zunehmendem Alter in Bezug auf die Behandlungsattribution, die Externalisierung in Bezug auf die Ursachenattribution. Wenn Kinder älter werden, denken sie immer mehr, dass sie sich selbst helfen können. Wenn sie krank sind, sind sie in der Lage, Krankheiten

differenzierter zu betrachten. Äußere Ursachen sind nicht mehr die einzige Erklärungsmöglichkeit einer Krankheit. Chronisch kranke Kinder zeigten in einigen Studien eine geringer ausgeprägte internale Kontrollvorstellung als gesunde Kinder (ibid.).

Im Folgenden werden zwei unterschiedliche Ansätze dargestellt, durch die die Entwicklung von Krankheitskonzepten bei Kindern erklärt werden kann. Im Rahmen des kognitiv-strukturalistischen Ansatzes werden zudem Vorstellungen von Kindern über deren Körpervorgänge und Organe vorgestellt.

3.2 Entwicklung von Krankheitsvorstellungen

In der Entwicklungspsychologie werden zwei grobe Richtungen zur Beschreibung von Krankheitskonzepten bei Kindern unterschieden. Die kognitiv-strukturalistischen Ansätze beziehen sich auf Piagets Theorie zur kognitiven Entwicklung des Kindes. Die inhaltlich-wissensorientierten Ansätze beschreiben die Informationsverarbeitungskapazitäten bei Kindern (Lohaus, 1993).

Der kognitiv-strukturalistische Ansatz nach Piaget

Bei kognitiv-strukturalistischen Ansätzen wird davon ausgegangen, dass sich die Ausbildung von Krankheitsvorstellungen im Rahmen der allgemeinen kognitiven Entwicklung vollzieht. Dabei lassen sich nach Piaget (in: Ginsburg & Opper, 1978) vier große Stadien unterscheiden: die sensumotorische, die präoperationale, die konkret-operationale und die formal-operationale. Die Abfolge der Phasen ist invariant, d.h. die Stufen bauen aufeinander auf und werden der Reihe nach durchlaufen. Allerdings entwickeln sich Kinder unterschiedlich schnell, so dass die Altersangaben nur als ungefähre Richtlinie dienen.

Die meisten Studien zu Krankheitskonzepten beziehen sich auf die letzten drei Phasen, da die erste sich auf die ersten beiden Lebensjahre eines Kindes bezieht, in der noch keine Krankheitskonzepte erkennbar sind.

In der präoperationalen Phase (3.-6. Lebensjahr) ist das Denken des Kindes noch objektgebunden und bezieht sich nur auf unmittelbar Wahrnehmbares. Bezüge zwischen Dingen, die nicht direkt wahrnehmbar sind, werden nicht gemacht. Aspekte werden nicht im Zusammenhang gesehen und ein Prozesscharakter ist nicht erkennbar. Das Kind ist nicht zum Perspektivwechsel fähig. In Bezug auf Krankheitskonzepte bedeutet dies, dass unmittelbar wahrnehmbare Symptome im Vordergrund stehen. Zur Erklärung von Krankheitsursachen werden oft irrationale Begründungen herangezogen. Manchmal sehen Kinder ihre Krankheit z.B. als Bestrafung an (Lohaus, 1993). Jüngere Kinder in dieser Phase sehen zeitgleich und räumlich nah zur Erkrankung auftretende Phänomene als Ursache („Wie bekommen Menschen eine Erkältung?“ „Durch Bäume.“) (Beispiele alle aus: Bibace & Walsh, 1981), ältere Kinder sehen Ansteckung als Ursache an („Wie bekommen Menschen eine Erkältung?“ „Durch Magie, wenn sie anderen nahe kommen.“). In diesem Stadium ist es Kindern nicht möglich, die Prozesshaftigkeit von Krankheiten zu erkennen und durch ihren Egozentrismus verstehen sie Handlungen und Absichten von medizinischem Personal nicht, wenn diese nicht altersgemäß erklärt werden.

In der konkret-operationalen Phase (7-11 Jahre) bleibt das Denken zwar an konkrete Ereignisse gebunden, aber einzelne Aspekte oder Elemente können im Zusammenhang gesehen werden. Kinder erkennen mehr als nur einen Aspekt eines Sachverhaltes und können eine zeitliche Abfolge, also ein Ursache-Wirkungsgefüge, wahrnehmen. Kinder sind nun in der Lage, ihre Perspektive von der anderer Menschen zu trennen. Dies bedeutet, dass Kinder ihre eher unrealistischen Ursachenzuschreibungen bei Krankheiten durch realistischere ersetzen können. Auch in diesem Stadium haben jüngere Kinder andere Vorstellungen über Verursachungen als ältere. Jüngere nehmen Verunreinigungen als Ursache an. Es handelt sich hierbei um eine Subjekt oder Objekt, das einem Körper Schaden zufügt, wenn man damit in Kontakt kommt. („Wie bekommen Menschen eine Erkältung?“ „Wenn du nach draußen gehst im Winter und keinen Hut

auf hast. Die Kälte berührt deinen Kopf, und dann würde sie durch den ganzen Körper gehen“). Ältere Kinder nehmen eine Internalisierung als Ursache an; dabei ist eine externale Quelle (ein Subjekt oder Objekt) durch Verinnerlichung (schlucken oder einatmen) mit der Krankheit verbunden (Bibace & Walsh, 1981). („Wie bekommen Menschen eine Erkältung?“ „Man kriegt eine Erkältung im Winter, wenn man zu viel Luft einatmet und dadurch die Nase blockiert wird. Bakterien kommen durchs Einatmen in den Körper.“) Außerdem kann das Kind die Intention anderer Menschen realisieren, was bei medizinischen Interventionen sehr hilfreich sein kann. Das Kind kann die Erfahrungen, die andere mit einer Krankheit gemacht haben, verstehen. Und zuletzt ist das Kind in der Lage, eine Krankheit als einen Prozess anzusehen, an dessen Ende die Gesundung steht.

Im formal-operationalen Stadium (ab 12 Jahre) ist das Denken schließlich nicht mehr an konkrete Erfahrungen gebunden und abstraktes Denken wird möglich. Für die Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit bedeutet das, dass auch innerorganismische Vorgänge erkannt werden. Krankheiten werden im Zusammenhang mit umweltbezogenen, psychischen oder somatischen Faktoren gesehen. Physiologische Ursachen werden von Jüngeren angenommen; die Ursache mag durch externale Prozesse getriggert sein, aber die eigentliche Ursache liegt in einer Fehlfunktion oder dem Aussetzen eines Organes oder Körperprozesses. („Wie bekommen Menschen eine Erkältung?“ „Man bekommt einen Virus, der in den Blutstrom gerät und dort eine Erkältung auslöst.“) Ältere ziehen dann psychophysiologische Erklärungen heran (Bibace & Walsh, 1981). („Wie bekommen Menschen einen Herzinfarkt?“ „Wenn ihre Nerven zu angespannt sind, greift diese Anspannung auf das Herz über.“)

In jeder der obengenannten Phasen hat ein Kind zudem auch andere Vorstellungen über seine Körperorgane und deren Funktionen (Cridler, 1981). In der präoperationalen Phase kennt das Kind nur einige Organe und nur wenige Bezüge zwischen ihnen, dabei beachtet das Kind nur konkret beobachtbares, also z.B. das Klopfen des Herzens. Ein Kind würde als Körperfunktion „Atmen“ angeben können, aber kein Organ damit in Verbindung bringen, geschweige denn wissen, was mit der Luft im Körper passiert. Körperfunktionen werden anhand der damit in Verbindung gebrachten Aktivitäten des Kindes gesehen. In der nächsten Stufe kann das Kind Bezüge zwischen den Organen herstellen und einfache somatische Prozesse verstehen. Auf die Frage, wozu das Herz da sei, würde ein Kind nun sagen, dass es Blut durch Adern pumpt. In der formal-operationalen Phase sind schließlich abstrakte Funktionsbeschreibungen möglich. Es würde den Vorgang des Atmens korrekt beschreiben können.

Der Vorteil dieses kognitiv-strukturalistischen Ansatzes ist, dass er hilft, kindliche Vorstellungen zu Krankheit und Gesundheit zu kategorisieren. Mehrere Phänomene werden zu einer Entwicklungsphase zusammengefaßt. Der Nachteil ist eine unter Umständen stattfindende Vereinheitlichung von neu erworbenen Fähigkeiten oder Fertigkeiten des Kindes, ohne eine Differenzierung einzelner Fähigkeiten/Fertigkeiten möglich zu machen.

Der inhaltlich-wissensorientierte Ansatz

Der inhaltlich-wissensorientierte Ansatz versucht, das inhaltliche Wissen von Kindern zu rekonstruieren. Es werden einerseits Wissensumfang und andererseits Wissensdefizite untersucht. Ausgegangen wird von der Prämisse, dass es durch steigende Informationsverarbeitungskapazitäten zu einer kontinuierlichen Wissenszunahme bei Kindern kommt, und das Wissen sich nach und nach dem eines Erwachsenen annähert. Der Entwicklungsstand wird daran gemessen, wie groß der Umfang des aktuellen Wissens ist, wie groß die Diskrepanz zwischen dem Wissen des Kindes und einem definiertem Wissen ist oder wie gut die Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit Informationen sind. Altersbezogene Wissensdefizite können in vielen Studien berichtet werden. So fanden Lorenz, Christensen und Pichert (1985), dass Kinder mit Diabetes mellitus oft aus einer Menge an Nahrungsmitteln nicht die auswählen konnten, die für sie geeignet waren. Dies zeigt deutlich, dass Wissensdefizite in diesem Bereich auch negative Konsequenzen haben können, denn krankheitsangemessenes oder präventives Verhalten wird so unwahrscheinlicher. Kinder verstehen dann u.U. nicht, warum sie

etwas tun sollen, was ihnen nicht gefällt. Oder warum sie etwas nicht tun sollen, was sie gerne machen würden. Andererseits gibt es sicherlich auch schon kleine Kinder, die sehr viel Wissen über ihre Krankheit haben.

Die Kombination beider Ansätze als optimales Modell?

Will man einen umfassenden Blick auf Krankheitskonzepte bekommen, ist es sicherlich sinnvoll, beide Ansätze zu kombinieren und formale Charakteristika des Denkens gemeinsam mit inhaltlichen Bestandteilen zu betrachten. Eine Studie von Steward und Steward (1981) fand z.B., dass Kinder ihre präferierten Denkinhalte in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand auf unterschiedliche Aspekte richten: Bei medizinischen Interventionen denken jüngere Kinder (3-6 Jahre) eher über die vorgenommenen Prozeduren und die medizinischen Instrumente nach, was der Haftung an konkret erfahrbaren Erfahrungen entspricht. In späterem Alter (7-11 Jahre) rückt das Interesse mehr in Richtung des medizinischen Personals. Hier wird von den Kindern erkannt, dass durch das Personal die medizinischen Interventionen Sinn erhalten. Noch später (ab 12 Jahren) wird der gesamte Diagnose- und Behandlungsprozess realistisch wahrgenommen.

Zu kritisieren an beiden Ansätzen ist, dass in keinem Ansatz die Auswirkung von Emotionen auf krankheitsbezogenes Handeln betrachtet wird. Es werden nur die Kognitionen beschrieben. Ein Kind, das zur Stärkung der Abwehrkräfte als therapeutische Maßnahme jeden Tag in der Ostsee baden soll, aber kaltes Wasser nicht mag, wird dieser Maßnahme unter Umständen mit Angst oder Rebellion begegnen. Dabei gilt es drei Aspekte zu betrachten: a) Informationen, die ein Kind aufnimmt, können emotional positiv oder negativ wahrgenommen werden. Der Hinweis darauf, dass eine Enuresis nocturna genetisch bedingt ist, kann einem Kind Erleichterung verschaffen (denn es ist nicht selbst Schuld). Außerdem können b) bestimmte Krankheitskonzepte wiederum unangemessene Emotionen hervorrufen. Scham- und Schuldgefühle aufgrund fehlerhafter Konzepte zur Krankheitsverursachung wurden oft beobachtet (Lohaus, 1993). Wenn z.B. eigenes Fehlverhalten zeitlich nah an einer eigenen Erkrankung oder einer Erkrankung einer Person im nahen Umfeld liegt, wird diese Erkrankung als Bestrafung angesehen. Auch Ängste können auftreten, wenn die Annahme der Ansteckung als Krankheitsursache übergeneralisiert wird und als Folge das Kind sich von Personen fern hält, um eine Ansteckung zu vermeiden. Gerade Krankheiten im Urogenitalbereich sind bei Menschen mit viel Scham verbunden, so dass oft nicht darüber geredet wird. Das verhindert u.U. die Chance, Leidensgenossen zu finden, mit denen ein Austausch möglich ist. Für Bettnässer ist die Rehabilitationsmaßnahme oft der erste Zeitpunkt, an dem sie mit anderen Bettnässern in Kontakt kommen. Als dritter Punkt kann angenommen werden, dass c) Emotionalität eine Weiterentwicklung der Konzeptbildungen entweder beschleunigen oder verlangsamen kann. Die emotionale Belastung durch eine Krankheit kann so groß sein, dass es zu keiner weiteren Informationsaufnahme kommen kann, weil das Kind überfordert ist. Andererseits könnte es nach Informationen suchen, um einen Ausweg aus der Krankheit zu finden. Wenn ein Jugendlicher jahrelang ins Bett genässt hat und alles nichts geholfen hat, wird er unter Umständen aufgeben und sich jeder weiteren Therapie oder Information entziehen.

3.3 Entwicklung von Vorstellungen über Gesundheit: Das Health Belief Modell

Das Health Belief Modell von Rosenstock aus dem Jahr 1966 stammt ursprünglich aus der Sozialpsychologie. Es basiert auf der Lebensraum-Konzeption Lewins. Nach Lewin (1935) stellt die Erlebniswelt des Menschen einen individuellen psychologischen Lebensraum dar, in dem positiv, negativ und neutral bewertete Regionen vorliegen können. Der Mensch zeichnet sich durch eine Motivation aus, negativ bewertete Aspekte des Lebensraumes zu vermeiden und positive Aspekte anzustreben. Nach Rosenstock (zit. in: Lohaus, 1990) sind Krankheiten solche negativen Regionen, was den Menschen motiviert, Krankheiten zu vermeiden. Damit es bei einer Erkrankung tatsächlich zu einer handlungswirksamen Motivation zur Krankheitsvermeidung kommt, werden zwei Krankheitsvariablen als entscheidend angesehen: Die wahrgenommene

Krankheitsempfänglichkeit und der wahrgenommene Schweregrad der Erkrankung. Ob die Handlungsbereitschaft dann in tatsächliches Handeln umgesetzt wird, hängt wiederum von zwei Faktoren ab: Kann durch Handlungen die Krankheitsempfänglichkeit bzw. der Schweregrad der Erkrankung reduziert werden? Und bestehen Hindernisse, die das krankheitsvermeidende Verhalten erschweren? Moderierende Variablen sind soziografische (z.B. Alter oder Geschlecht) und soziopsychologische (z.B. Persönlichkeit oder Schichtzugehörigkeit) Merkmale, oder es handelt sich um strukturell krankheitsbezogene Aspekte wie z.B. Krankheitswissen oder Vorerfahrungen mit Krankheiten.

Diese Theorie wurde in den letzten Jahren leicht modifiziert. Man nimmt nun auch eine Gesundheitsmotivation an, d.h. eine Bereitschaft zu gesundheitsbezogenem Handeln. Sie ist abhängig davon, wie groß die Wertigkeit von Gesundheit für den einzelnen Menschen ist. „Gesundheit“ ist dementsprechend mit positiven bis neutralen Valenzen belegt. Zudem wird eine Bereichsspezifität von krankheitsbezogenen Kognitionen angenommen. Kognitionen in Bezug auf die Vermeidung von einer Krankheit können unabhängig von denen in Bezug auf eine andere Krankheit sein. Eine weitere Modifikation ist die Ausdehnung des Health Belief Modells auf den Kinder- und Jugendbereich. Im Mittelpunkt stehen hier die Entwicklungsverläufe von Einzelvariablen innerhalb des Modells, nicht die Veränderung der Struktur des Modells.

In einer Studie von Lau und Klepper (1988) wurde eine repräsentative Stichprobe von sechs- bis zwölfjährigen Kindern im Hinblick auf die Entwicklung des Krankheitskonzeptes untersucht. Als wichtigsten Einflußfaktor fanden sie den Selbstwert des Kindes, weitere relevante Variablen waren die Intelligenz der Eltern sowie bei jüngeren Kindern, ob sie in einem Haushalt mit nur einem Erwachsenen aufwachsen. Lau und Klepper stellten auch fest, dass das Health Belief Modell auch schon auf Kinder angewandt werden kann, da Eltern ihren Kindern Vorstellungen über Gesundheit vermitteln. Ab ca. sieben Jahren haben Kinder Vorstellungen über Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten.

Die Gemeinsamkeit des Health Belief Modells und Piagets Ansatz ist, dass die Konzepte in aktueller Auseinandersetzung mit der Umwelt aufgebaut werden. Beide postulieren eine Begrenztheit des Ausmaßes der individuellen Konzepte durch die Verarbeitungsmöglichkeiten, die der jeweilige Stand der Denkentwicklung zulässt. D.h. die Wahrnehmung und Deutung eines Geschehens oder einer Information sind abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes.

Zu wenig betrachtet wurden bisher Wechselwirkungen zwischen Kognitionen und Handeln, denn Handeln kann erfolgreich und nicht erfolgreich sein, was sicherlich zu unterschiedlichen Kognitionen über die Sinnhaftigkeit von weiterem Handeln führt. Und genau wie bei den Theorien zur Entstehung von Krankheitskonzepten werden die Auswirkungen von Emotionen nicht untersucht.

3.4 Zusammenhänge zwischen Kontrollvorstellungen, den Modellen der Krankheitskonzepte und dem Health Belief Modell

Die Enuresis nocturna wird erst ab dem Alter von sechs Jahren diagnostiziert, d.h. die meisten Kinder mit diesem Problem sind vom Entwicklungsstand mindestens in der konkret-operationalen Phase. Nimmt man an, dass Kinder Experten für ihre Krankheiten sind, haben sie einiges an Wissen über die Ursachen und Therapiearten. Aber erst ab elf Jahren sind sie nach Piaget in der Lage, die Enuresis als psychosomatische Erkrankung zu begreifen. Hieraus ergibt sich, dass dem Kind altersangemessen Wissen über seine Erkrankung und die eigenen Einflussmöglichkeiten gegeben werden sollen, wenn man ein Kind nicht überfordern will. Einem Achtjährigen medizinische Informationen über das Urogenitalsystem zu geben, wird wahrscheinlich auf wenig Verständnis treffen. Wenn dann von ihm verlangt wird, es soll z.B. verstehen, was bei einem Einhaltetraining wirkt, kann es sein, dass er überfordert ist und dann u.U. in eine Verweigerungshaltung geht. Die Handlungsbereitschaft, die in Anlehnung ans Health Belief Modell entsteht, ist somit sicherlich auch von Kontrollerwartungen abhängig. Je älter ein Kind wird, desto komplexer und realitätsangemessener wird dessen Wahrnehmung von Ereignissen sein. Damit wird auch das Wissen über Ursachen und Behandlungsmethoden bei Krankheiten

anwachsen, und aufgrund von immer mehr Erfahrungen wird ein Kind Aussagen darüber machen können, ob es bei einer Krankheit am Besten sich selbst hilft, einen Arzt konsultiert oder gar nichts tut.

Hindernisse in der Entstehung einer Handlungsbereitschaft könnten z.B. eine fehlende Toilette in Reichweite sein. Auch Geschwister, die im selben Raum schlafen und wach werden beim Aufstehen, könnten ein Kind hindern, nachts urinieren zu gehen. Das wohl schwerwiegendste Hindernis kann sein, dass das Bettnässen für das Kind eine positive Funktion hat, also es z.B. Zuwendung bekommt bei einem nassen Bett, oder wenn es sich durch das Bettnässen vor der Nähe eines anderen Menschen schützt, der ihm schaden würde.

Die moderierenden Faktoren, die Rosenstock annimmt, könnten dieselben sein, die in früheren Kapiteln schon benannt wurden (pathophysiologische Veränderungen, kritische Lebensereignisse, Verhaltensauffälligkeiten beim Kind o.ä.). Wenn ein Kind in seiner Umwelt Veränderungen verarbeiten muss oder Bedrohliches erfährt, wird sich seine Aufmerksamkeit wahrscheinlich auf anderes richten als auf die Enuresis.

Das Selbstbewusstsein spielt bei der Entstehung einer internalen Kontrollvorstellung eine große Rolle, selbstbewusstere Kinder nehmen ihre Behandlung oft leichter in die eigene Hand als Nichtselbstbewusste (Schmidt & Altmann-Herz, 1992). Gleichzeitig sind internale Kontrollvorstellungen für gesundheitsbewusstes Handeln relevant. Für präventives Handeln zählt sicherlich auch eine sozial-externale Kontrollvorstellung, damit sich ein Mensch z.B. beraten lässt.

Kontrollerwartungen sind also wichtig sowohl für das Verhalten im Krankheits- wie im Gesundheitsfall. Gerade für die Voraussage des Verhaltens eines Menschen in der stationären Rehabilitation erscheint es sinnvoll, Kontrollerwartungen vor Beginn der Maßnahme zu erfassen, damit das Therapiegeschehen passend geplant werden kann. Hohe sozial-externale Kontrollerwartungen führen unter Umständen zu einer guten Compliance beim Patienten. Hohe internale Kontrollerwartungen führen – falls sie dem therapeutischen Konzept entgegenkommen – wahrscheinlich zu erhöhter Motivation und Therapiebereitschaft. Eine hohe fatalistische Kontrollerwartung könnten den Patienten zu einem Verhalten bewegen, das sich durch Hilflosigkeit oder Depressivität auszeichnet und nicht hilfreich im Prozess der Gesundung ist.

4 Entwicklung der Fragestellung

Aus den bisher dargestellten theoretischen Hintergründen ergeben sich mehrere Fragestellungen, die mit dieser Untersuchung beantwortet werden sollen. Ein Fragenkomplex bezieht sich darauf, herauszufinden, ob eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei einer Enuresis nocturna sinnvoll ist. In einem zweiten Fragenkomplex soll eruiert werden, ob es bestimmte Variablen gibt, die einen Erfolg einer stationären Therapie wahrscheinlicher machen. Anschließend soll ein möglicher Zusammenhang zwischen Kontrollerwartungen und dem Erfolg der Maßnahme überprüft werden. Diese drei Fragenkomplexe beinhalten einen eher erwachsenen Blick. In einem abschließenden, vierten Teil dieser Studie wird ein Interview mit einigen Patienten durchgeführt, um den kindlichen Blick besser miteinbeziehen zu können. Es sollen dabei sowohl mögliche protektive Faktoren herausgefiltert werden als auch der Zusammenhalt der Familie aus Sicht des Patienten deutlich gemacht werden. Die vier Teile der Studie werden im Folgenden näher erläutert.

1. Es soll untersucht werden, ob eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für Kinder und Jugendliche mit einer Enuresis nocturna, die in der Rehabilitationsklinik Neuhirschstein durchgeführt wurde, wirksam ist. Richter und Goldschmidt (1999) folgend, kann es durch die kurzfristige Herausnahme aus dem Milieu und der gezielten Therapie zu einer Verbesserung der Symptomatik kommen. Gleichzeitig lernt der Patient andere Kinder/Jugendliche kennen, die auch ins Bett nassen und kann sich austauschen (siehe Kap. 2.4.3). Dadurch könnte eine Verminderung des Leidensdrucks und folgend einer Verminderung der Symptomatik entstehen. Wenn es einen positiven Effekt der Maßnahmen gäbe, stellt sich anschließend die Frage, ob dieser Effekt auch in der ersten Zeit zu Hause nach der Rehabilitation erhalten bleibt. Es werden Variablen wie Alter und Geschlecht der Patienten in die Studie miteinbezogen. Diese Variablen zeigten im ambulanten Setting, bei der Behandlung durch apparative Verfahren und dem Dry-Bed-Training, keine Vorhersagekraft (siehe Kap. 2.4.2). Es wird angenommen, dass sie auch im stationären Kontext keinen Einfluss auf den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme haben.

Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

Hypothese 1: Die Kinder und Jugendlichen nassen am Ende der Rehabilitationsmaßnahme signifikant weniger ein als vor der Maßnahme. Der Erfolg der Maßnahme ist unabhängig von Alter und Geschlecht der Patienten.

Hypothese 2: Auch vier Wochen nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme nassen die Kinder und Jugendlichen weniger ein als vor der Maßnahme. Auch hier zeigen Alter und Geschlecht keine Auswirkung auf den Erfolg der Maßnahme.

2. Ein weiterer Bereich dieser Studie wird sich darauf beziehen, ob es Faktoren gibt, die sich positiv oder negativ auf den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme auswirken. Möglich wäre sowohl, dass bestimmte Belastungsfaktoren auf Seiten der Patienten bestehen, durch die eine stationäre Therapie weniger erfolgreich wird, als auch dass bestimmte Faktoren gibt, die einen Therapieerfolg wahrscheinlicher machen. Stegat (1991) stellte in einer Überblicksarbeit fest, dass der Therapieerfolg bei der Behandlung mit einem apparativem Verfahren durch verschiedene Faktoren beeinflusst wurde (siehe Kap. 2.4.2). In dieser Studie soll überprüft werden, ob einzelne Faktoren (auch) Einfluss auf den Erfolg einer stationären Maßnahme haben. Als Variable auf Seiten des Kindes wird zum einen die Komorbidität mit anderen psychischen Auffälligkeiten als Einflussgröße auf den Effekt von Therapiemaßnahmen berücksichtigt. Es soll in einem ersten Schritt verglichen werden, ob bei den Patienten überhaupt eine erhöhte Komorbidität vorliegt. Verschiedene Studien (siehe Kap. 2.3.2) zeigten eine erhöhte Komorbidität, besonders zur Enkopresis, zu aggressivem Verhalten, Überängstlichkeit und ADHS. Das zusätzliche Vorhandensein einer Enuresis diurna senkte in anderen Studien (siehe Kap. 2.4.2) den Therapieerfolg bei apparativen Verfahren und dem Dry-Bed-Training. Angenommen wird, dass zum einen eine hohe Komorbidität bei den Patienten in dieser Stichprobe vorliegt, zum anderen, dass das Vorhandensein von zusätzlichen psychischen Auffälligkeiten die Wirksamkeit des stationären Therapieprogrammes verringert.

Anzunehmen ist weiterhin, dass Kinder, die zu Hause ungünstige Bedingungen erleben (die z.B. kein eigenes Zimmer haben, oder eine Trennung der Eltern erlebt haben), mehr Stress erleben und diese Belastung durch eine Enuresis zum Ausdruck kommt (siehe Kap. 2.3.4). Neben alltäglichen Belastungsfaktoren, wie z.B. Streitigkeiten mit Eltern, spielen hier auch kritische Lebensereignisse eine Rolle. Ob die soziale Schicht der Eltern eine Auswirkung hat, blieb durch frühere Studien unbeantwortet (siehe Kap. 2.4.2). Durch diese Variable erfasst werden soll auch, ob es in einer Familie aus der Unterschicht aufgrund der geringen finanziellen Möglichkeiten zu vermehrten Streitigkeiten bzw. Stress kommt (siehe Kap. 2.3.8). In diese Studie miteinbezogen werden soll die Variable, ob einer oder beide Elternteile arbeitslos sind, da dies implizit auch Rückschlüsse zulässt darüber, ob in einer Familie Geldsorgen da sind oder nicht.

Nach Haug-Schnabels Ansatz möchte ein Kind mit einer Enuresis mehr Aufmerksamkeit der Eltern, speziell der Mutter, auf sich ziehen (siehe Kap. 2.3.10). Angenommen wird hier weiterhin, dass je mehr Geschwister ein Kind hat, desto weniger Aufmerksamkeit wird ein Kind durch die Mutter haben. Daher gewinnt das Symptom einen sekundären Krankheitsgewinn und wird durch einen Milieuwechsel, also eine stationäre Rehabilitation, kaum verschwinden. Zudem kommt hinzu, dass es zu mehr Streitigkeiten kommt, je mehr Familienmitglieder in einer Wohnung leben, bzw. dass es u.U. zu Platzproblemen kommt (siehe Kap. 2.3.9).

Hieraus ergeben sich:

Hypothese 3: Kritische Lebensereignisse, ungünstige häusliche Bedingungen und die Anzahl der Geschwister wirken sich negativ auf den Rehabilitationserfolg aus. Je mehr kritische Lebensereignisse ein Kind erlebt hat bzw. je mehr ungünstige häusliche Bedingungen vorliegen und je mehr Geschwister ein Kind hat, desto geringer wird der Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme sein.

Hypothese 4: In der Stichprobe sind viele Patienten, die eine zusätzliche Verhaltensauffälligkeit neben der Enuresis nocturna haben. Die Komorbidität in der Stichprobe ist höher als die Prävalenzraten der zusätzlichen psychischen Auffälligkeiten in der Normalpopulation.

Hypothese 5: Das Vorhandensein zusätzlicher Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten verringert den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme in dem Sinne, dass die enuretische Symptomatik weniger rückläufig ist als bei Patienten ohne weitere Diagnosen.

3. Ein weiterer Fragenkomplex bezieht sich darauf, ob Kontrollvorstellungen von Kindern in Bezug auf ihre Krankheit einen Einfluss auf die Wirksamkeit von Therapieprogrammen haben. Kinder, die zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine ausgeprägte fatalistische externe Kontrollerwartung haben, ziehen vermutlich weniger Gewinn aus einer Rehabilitationsmaßnahme als Kinder mit einer internalen Kontrollerwartung, da sie weniger motiviert sind, an der Maßnahme teilzunehmen (denn sie denken, dass es keine Rolle spielt, ob sie teilnehmen oder nicht). Zudem wird angenommen, dass Kinder mit einer ausgeprägten fatalistischen Externalität vor der Maßnahme eine höhere Einnässhäufigkeit haben als Kinder mit niedrig ausgeprägter fatalistischer Externalität, da sie schon zu Hause motivierter sind, z.B. nachts bei Harndrang aufzustehen und austreten zu gehen. Die fatalistische Externalität ist bei älteren Patienten u.U. höher, da sie langjährig die Erfahrung gemacht haben, dass weder sie selbst noch andere Menschen die Symptomatik heilen können. Weiterhin soll sich die Internalität während des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik erhöhen, da die Patienten lernen, Therapiemethoden selbstständig durchzuführen und anzuwenden. Betrachtet man eine langjährige Enuresis analog zu einer chronischen Krankheit ähnlich, lässt sich vermuten, dass Patienten, die viele Jahre einnässen, schon zu Beginn der Maßnahme eine weniger hoch ausgeprägte Internalität haben (siehe Kap. 3.1). Carr (1999) bezeichnet eine interne Kontrollvorstellung als Schutzfaktor (siehe Kap. 2.6). Dementsprechend könnte auch aus dieser Annahme heraus gefolgert werden, dass langjährig einnässende Kinder/Jugendliche eine niedrigere interne Kontrolle haben, da für sie dieser Schutzfaktor vielleicht nicht wirksam ist.

Hieraus ergeben sich folgende Hypothesen:

Hypothese 6: Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme haben gerade ältere Patienten, die schon jahrelang einnässen, eine ausgeprägtere fatalistische Externalität im Vergleich zu Patienten, die eine geringere Zeitspanne einnässen..

Hypothese 7: Zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme hat sich die internale Kontrollerwartung im Vergleich zur Ausprägung zu Beginn der Maßnahme erhöht. Dies gilt besonders bei den Patienten, bei denen die Maßnahme großen Erfolg hatte.

Hypothese 8: Die Ausprägung der Kontrollvorstellungen hat einen Einfluss auf die Einnässhäufigkeit vor der Rehabilitationsmaßnahme und auf den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme. Je geringer die fatalistische Externalität und je höher die soziale Externalität und die Internalität zu Beginn der Maßnahme ausgeprägt sind, desto größer ist der Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme.

4. Ein vierter Fragenkomplex ist eher explorativer Art. Für eine Rehabilitationsmaßnahme ist sicherlich die Compliance des Patienten besonders wichtig. Daher soll die Sicht des Kindes/Jugendlichen miteinbezogen werden, um mögliche Hilfen für die Therapie zu bekommen. Es soll zum einen überprüft werden, ob es bestimmte protektive oder günstige Faktoren gibt, durch die ein Rehabilitationserfolg wahrscheinlicher wird. Zum anderen soll untersucht werden, welche Vorstellungen die Patienten darüber haben, welche Methoden in der Familie schon gegen das Bettnässen angewandt wurden- und welche Methoden aus ihrer Sicht geholfen haben. Interessant ist auch, wie – aus Sicht des Patienten – das soziale Umfeld auf die Enuresis reagiert. Je weniger Druck durch das Umfeld aufgrund der Enuresis nocturna vorhanden ist, desto geringer wird der Leidensdruck sein. Auf der anderen Seite wird es u.U. keinen Veränderungswunsch geben, wenn kein Leidensdruck vorhanden ist. Daher soll erfasst werden, was sich verändern würde, wenn die Enuresis nocturna nicht mehr vorhanden wäre.

5 Methode

Als erstes wird im Folgenden das Setting der Untersuchung dargestellt, danach die Untersuchungsinstrumente und in einem letzten Punkt wird die Stichprobe beschrieben.

5.1 Vorstellung der Einrichtung und des Behandlungskonzeptes bei Enuresis nocturna

Die Rehabilitationsklinik Neuhirschstein ist eine Fachklinik für Kinder und Jugendliche zwischen 6-18 Jahren mit psychosomatischen und psychosozialen Erkrankungen. In der Klinik stehen 50 Patientenbetten zur Verfügung. Geleitet wurde die Einrichtung in der Erhebungsphase durch eine Kinder- und Jugendpsychiaterin, daneben gab es eine Kinderärztin in Verhaltenstherapieausbildung, einem Psychologen in Verhaltenstherapieausbildung und einer Psychologin in Weiterbildung zur Systemischen- und Familientherapeutin. Daneben waren an der Behandlung eine Krankenschwester, zwei Physiotherapeutinnen, eine Sporttherapeutin und eine Diätassistentin beteiligt. Die pädagogische Betreuung oblag elf Erzieherinnen und vier Erziehern.

Seit 1957 werden in der Rehabilitationsklinik Neuhirschstein Kinder und Jugendliche mit Enuresis behandelt. Ungefähr 75 % der Patienten eines Kurganges sind einnässende Kinder und Jugendliche. Die Jungen sind in einer Gruppe untergebracht, in der nur einnässende Jungen sind. In der Mädchengruppe sind enuretische Patientinnen und Mädchen mit anderen Störungen gemischt untergebracht.

Das Therapiekonzept zur Behandlung der Enuresis nocturna umfasst sowohl physiotherapeutische Maßnahmen sowie psychotherapeutische Maßnahmen. Zu ersterer Gruppe zählen:

- Beckenbodengymnastik
- Hydrotherapie
- Blasendruckübungen und Blasenfunktionstraining
- spezielle Bewegungstherapie.

Zur Gruppe der psychotherapeutischen Maßnahmen zählen:

- psychotherapeutische Gespräche mit den Kindern (je nach Therapieschule der Therapeutin, siehe Kap. 2.3.7 bis 2.3.10)
- hypnotherapeutische Vorsatzbildung (siehe Kap. 2.4.4)
- Registrierung des Miktionsverhaltens in der Nacht, Verstärkung für „trockene Nächte“ (siehe Kap. 2.4.2)
- Erlernen einer Entspannungstechnik zur psychophysischen Beruhigung
- Beratung der Eltern: Einzelgespräche sowie Seminar zur Enuresis nocturna
- Psychoedukation: Ursachen und Behandlungsmethoden der Enuresis nocturna

5.2 Darstellung der Instrumente

Für die vorliegende Studie wurden Daten durch einem Anamnesegespräch mit den Eltern, einem Interview mit dem betroffenen Kind, dem klinischen Urteil der Ärztinnen und Psychologinnen sowie aus Fragebogendaten, dem in der Einrichtung geführten „Kalender“ und dem Evaluationskalender erhoben. Im Folgenden soll diese Erhebung erläutert werden. Die Kodierung der einzelnen Variablen wird in Kapitel 5.3 (Beschreibung der Stichprobe) dargestellt.

5.2.1 Anamnesegespräch mit den Eltern

Am Aufnahmetag des Kindes wird von den Ärztinnen und Psychologinnen mit den Eltern ein ausführliches Erstgespräch durchgeführt, in dem das Familiengeschehen, der schulische Werdegang, mögliche kritische Ereignisse für das Kind, die Krankheitsanamnese und Ressourcen der Familie exploriert werden. Aus diesem Gespräch resultieren für diese Arbeit folgende Daten:

- Alter und Geschlecht
- Vorliegen einer primären oder sekundären Enuresis

- Anzahl der Geschwister
- Anzahl der von Arbeitslosigkeit betroffenen Elternteile
- Vorhandensein eines eigenen Zimmers
- Schulart
- Familiendynamik: statischer und dynamischer Aspekt
- Frühere Therapien in Bezug auf die Enuresis
- Häufigkeit des Einnässens im häuslichen Milieu
- Belastungsfaktoren für das Kind
- Aktueller Beruf der Erziehungsberechtigten

5.2.2 Klinisches Urteil der Ärztinnen und Psychologen

Während der Rehabilitation haben die Kinder und Jugendlichen ständig Kontakt zu Ärztinnen und Psychologinnen. In Gesprächen mit Eltern und Kind kann die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern beobachtet werden, durch Besuchstage und Kontaktaufnahme der Eltern zu den Kindern durch Post oder Telefonate entstehen weitere Eindrücke über die Familiendynamik. Zudem stehen diesem Fachpersonal die Krankenakte des Kindes zur Verfügung. Daraus entstehen viele Eindrücke von jedem Kind, die durch regelmäßigen Austausch zwischen dem behandelnden Personal validiert werden können. Von diesen Eindrücken gehen in diese Untersuchung mit ein:

- Beziehung des Kindes zu den aktuellen Bezugspersonen
- Vorhandensein einer zusätzlichen psychischen/körperlichen Auffälligkeit beim Kind (nach ICD-10).

5.2.3 Interview mit dem Kind

Von der Autorin wurde ein exploratives, strukturiertes Interview entwickelt, das mit einer kleinen Teilstichprobe durchgeführt wurde. Kein Patient verweigerte die Teilnahme am Interview, alle wirkten hochmotiviert und bemüht. Das Interview wurde eingeleitet mit der Erklärung, die Interviewerin (gleichzeitig Therapeutin) wolle mehr über den Patienten wissen, um sich eine bessere Vorstellung über dessen Lebenssituation machen zu können. Das Interview wurde mit 19 Patienten am ersten Tag nach der Aufnahme durchgeführt. Es nahmen 16 Jungen und drei Mädchen teil. Die Patienten wurden per Zufall ausgewählt. Das jüngste befragte Kind war sieben Jahre alt, das Älteste 14 Jahre. Der Altersmittelwert lag bei 10,7 Jahren. Der frühe Zeitpunkt für das Interview wurde gewählt, um eine möglichst wirklichkeitsnahe Erinnerung zu ermöglichen.

Die Fragen sind:

1. Wenn du an zu Hause denkst, was gefällt dir da am meisten?
2. Gibt es auch etwas, was dich zuhause stört?
3. Wenn das, was dich stört, nicht wäre, würdest du dann weniger ins Bett machen?
Ja-Nein-Vielleicht
4. Was wäre anders, wenn du nicht ins Bett machen würdest?
5. Wie reagiert dein Vater, wenn du ins Bett gemacht hast?
6. Und wie reagiert deine Mutter?
7. Was sagen deine Geschwister dazu?
8. Wissen deine Freunde, dass du ins Bett machst? Was sagen die dazu?
9. Wie geht es dir, wenn du ins Bett gemacht hast? (s. Anhang)
10. Kennst du ein anderes Kind, das auch ins Bett macht? Warum macht das wohl ins Bett?
11. Was habt ihr schon getan, damit du nachts nicht mehr ins Bett machst?
Hat das geholfen? (oder: Was hat am meisten geholfen?)

Herleitung der Fragen

Die erste Frage sollte zum einen einen Einstieg ins Interview erleichtern. Wenn etwas einem Kind zu Hause besonders gut gefällt, wird dies sicher dazu führen, dass es sich zu Hause auch wohl fühlen kann. Dies zu erzählen, würde den Kindern/Jugendlichen sicher leicht fallen. Zudem könnten die hier genannten Dinge oder Situationen u.U. als potenzielle Schutzfaktoren in Frage kommen. Durch Frage 2 sollten Belastungsfaktoren erfasst werden. Hier wurde eine offene Frage gewählt, um keine vordefinierte Belastungen (in Form von Kategorien) aus Sicht des Erwachsenen ins kindliche Denken zu bringen, sondern die eigenen Gedanken des Kindes/Jugendlichen dazu zu erhalten. Frage 3 sollte Hinweise auf das Ursachendenken des Kindes geben. Patienten könnten je nach Entwicklungsstand eine für Erwachsene eher unpassende Erklärung für die Enuresis haben (siehe Kap. 3.3). Es wurde nicht direkt gefragt, was der Patient als Ursache ansah, denn er könnte einfach die angenommene Erklärung der Eltern für die Enuresis wiedergeben, ohne sie selbst wirklich nachzuvollziehen. Gäbe es etwas Störendes, was vom Patienten als Ursache angesehen wird (z.B. eine fehlende Toilette in der Wohnung, oder ein Geschwisterkind, mit dem es immer Streitigkeiten gibt), könnte das Hinweise auf einen Therapieansatz geben. Es könnte entweder ein realistischer Zusammenhang sein, oder ein zu berichtigender Ansatz, um eventuelle, aus diesem Ansatz des Kindes resultierende Bemühungen zu Hause, trocken zu werden, in eine andere Richtung zu lenken. Frage 4 sollte einerseits Hinweise auf einen möglichen sekundären Krankheitsgewinn geben (wenn der Patient berichten würde, dass etwas Positives für ihn wegfallen würde), andererseits Belastungen eruieren (wenn etwas Negatives wegfallen würde). Die Fragen 5 bis 7 dienten dazu, das Beziehungsgefüge zwischen den Familienmitgliedern aus Sicht des Kindes zu erfassen. Nach Carr (1999) sind Faktoren wie wenig Familienstress zu haben, die Einbeziehung des Vaters und die Anerkennung des Problems protektive Faktoren (siehe Kap. 2.6). In Frage 8 wurde nach dem sozialen Netz gefragt, um herauszufinden, ob Freunde eine Unterstützung sein können (nach Carr (1999)) ein weiterer protektiver Faktor). Frage 9 sollte die eigene Einstellung zur Enuresis deutlich machen. Sie wurde an so später Stelle gestellt, um eine hohe Offenheit des Patienten zu erreichen, da davon ausgegangen wurde, dass der Patient im Verlauf des Interviews u.U. anfängliches Mißtrauen abgebaut haben würde. Durch Frage 10 sollte dem ursächlichen Denken des Patienten auf andere Art nahe gekommen werden, über seine Gedanken, warum eine *andere* Person ins Bett macht. Gleichzeitig sollte Auskunft darüber gegeben werden, ob es eventuelle Leidensgefährten gibt. Die letzte Frage sollte ermöglichen herauszufinden, welche Maßnahmen der Patient als in Zusammenhang zur Beseitigung der Symptome sah. Gemäß des Entwicklungsstandes des Patienten wurden hier neben den „offiziellen Therapiemaßnahmen“ (wie z.B. der Klingelmatte etc.) mehr oder weniger angemessene Maßnahmen als Antwort erwartet (siehe Kap. 3.3). Wenn ein Kind z.B. die Enuresis als Bestrafung für ein Fehlverhalten ansehen würde, würde es andere Maßnahmen nennen, als wenn es von einer Ansteckung durch andere ausgehen würde. Vielleicht würde der Patient Maßnahmen nennen, die er ohne Wissen der Eltern durchführt (z.B. zur heimlichen Wiedergutmachung eines noch nicht entdeckten Fehlverhaltens) und die daher im Gespräch im Beisein der Eltern nicht genannt werden würden. Gleichzeitig könnte hier der Leidensdruck des Kindes und der Eltern deutlich werden. Aus vielen durchgeführten Maßnahmen könnte auf einen hohen Leidensdruck geschlossen werden, und auch auf eine hohe Motivation zur Teilnahme an der Rehabilitationsmaßnahme.

Durchführung

Das Interview dauerte ca. 20 Minuten. Bei Fragen eins, fünf, sechs und neun wurden dem Kind, nachdem es seine Antwort gegeben hat, Antwortmöglichkeiten vorgegeben, das Kind sollte dann beurteilen, ob die jeweilige Möglichkeit für es zutraf oder nicht. Erfasst werden sollten hier sowohl emotionale Reaktionen als auch Verhaltensweisen der Eltern und des Patienten.

Die Fragen wurden der Reihe nach bearbeitet und die betreffenden Antwortmöglichkeiten bei geschlossenen Fragen direkt nach der offenen Antwort vorgelegt. Ausnahme ist hier die Frage 5. Da bei Frage 6 die offene Antwort des Kindes in eine bestimmte Richtung gelenkt worden wäre,

wenn es vorher die Antwortmöglichkeiten von Frage 5 gekannt hätte, wurden die Antwortmöglichkeiten für Frage 5 erst nach der offen gestellten Frage 6 vorgelegt.

Zu Frage 1 gibt es neun Antwortmöglichkeiten (mit den Eltern zusammen sein können; mit den Geschwistern spielen können; ein eigenes Zimmer haben; mit der Playstation spielen zu können; ein Haustier zu haben; mit dem Fahrrad fahren zu können; in die Schule zu gehen; viele Süßigkeiten zu haben und mein Musikinstrument) mit einer vierstufigen Skala (egal – manchmal – meistens – immer). Die Fragen 5 und 6 haben 13 Antwortmöglichkeiten mit einer vierstufigen Skala (nie – manchmal – oft – immer). Die Frage 9 hat neun Antwortmöglichkeiten mit derselben vierstufigen Skala wie Fragen 5 und 6.

Der komplette Fragebogen befindet sich im Anhang.

5.2.4 Fragebogendaten

Aufgrund der theoretischen Vorüberlegungen aus den letzten Kapiteln wurden zur Beantwortung der Hypothesen zwei validierte Instrumente ausgewählt: Die Child Behavior Checklist (CBCL) der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998) und der Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) von Lohaus und Schmitt (1989). Beide Fragebögen stehen unter Copyright.

Die CBCL wurde gewählt, da sie auch schon in der Studie von Byrd und Weitzman (1996) benutzt wurde, um psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit einer Enuresis nocturna festzustellen (siehe Kap. 2.3.2), so dass eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser Studie mit der hier aktuellen Studie möglich sein würde. Bei der Aufnahme der Patienten wurden die erziehungsberechtigten Personen gebeten, die CBCL auszufüllen.

Der KKG wurde ausgewählt, da er leicht einsetzbar und beantwortbar sein würde und theoretisch auf dem Modell von Levensohn (1974) fundiert, das in Kap. 3.1 dargestellt wurde. Um mögliche Veränderungen in den Kontrollvorstellungen messbar zu machen, wurde der KKG zweimal eingesetzt: Die Kinder/Jugendlichen im passenden Alter wurden entweder am Spätnachmittag des Anreisetages oder am Tag nach der Anreise (t_1) sowie am vorletzten oder letzten Tag der Maßnahme (t_2) gebeten, den KKG auszufüllen. Kein Patient verweigerte die Teilnahme.

5.2.4.1 Child Behavior Checklist (CBCL)

Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) ist eine deutsche Version der Child Behavior Checklist von Achenbach (1991). Mit dem Fragebogen wird das subjektive Urteil der Eltern zu Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 – 18 Jahren erfasst (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998). Die CBCL ist in zwei Unterteile gegliedert. Im ersten Teil, der Kompetenzskala, werden die Kompetenzen des Kindes eingeschätzt. Die Kompetenzskala besteht aus drei Unterskalen: In der ersten werden die Aktivitäten des Kindes eingeschätzt, dabei werden sportliche und außerschulische Aktivitäten und häusliche Pflichten oder Aufgaben beurteilt. Gewertet wird die Anzahl der Aktivitäten, wie gut die Aktivitäten ausgeführt werden sowie die für die Aktivität aufgebrauchte Zeit (jeweils im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern). Als Beispiel dafür Frage I: „Nennen Sie bitte die Sportarten, die Ihr Kind am liebsten ausübt“ und „Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?“ und „Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Aktivität, verglichen mit Gleichaltrigen?“

In der zweiten Unterskala („Skala Soziale Kompetenz“) werden Mitgliedschaften in Vereinen, Anzahl der engen Freunde und Häufigkeit des Kontaktes mit ihnen sowie die Güte der Beziehungen zu Geschwistern, anderen Kindern und Eltern und die Fähigkeit, sich alleine zu beschäftigen erfragt. Beispielsweise sei hier Frage V dargestellt: „Wie viele Freunde hat Ihr Kind?“ und „Wie oft pro Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden außerhalb der Schulstunden?“. In der dritten Unterskala wird die schulische Laufbahn und schulische

Leistungen erfragt. Hierzu Frage VII 2: „Besucht Ihr Kind eine Sonderschule bzw. hat es eine besondere Art der Beschulung (z.B. Integrationskind?)“

Am Schluss können die Eltern in offenen Fragen Angaben machen zu Erkrankungen des Kindes, was ihnen Sorgen bereitet und was ihnen am Kind besonders gefällt. Diese Antworten gehen allerdings nicht mit in die Auswertung ein.

Das Gesamtergebnis der Kompetenzskala wird aus der Summe der Werte der Unterskalen berechnet. Bei den Subskalen wird ein T-Wert ≤ 30 mit einem Grenzbereich von 34-30 als klinisch auffällig angesehen. Für den Gesamtwert wurde ein T-Wert ≤ 37 (entspricht einem Prozentrang von 10) mit einem Grenzbereich von 40-37 errechnet.

Im zweiten Teil der CBCL werden acht Syndromskalen gebildet. Diese Skalen wurden mittels Faktorenanalysen in drei Gruppen zusammengefaßt: Den internalisierenden Störungen, den externalisierenden Störungen und den gemischten Störungen (also solche, die keiner der vorherigen Skalen zugeordnet werden konnten).

Zur Gruppe der internalisierenden Störungen gehören drei Skalen: „Sozialer Rückzug“ (z.B. Item 42: „Ist lieber allein als mit anderen zusammen“), „Körperliche Beschwerden“ (z.B. Item 51 „Fühlt sich schwindelig“) und die Skala „Angst/Depression“ (z.B. Item 12 „Klagt über Einsamkeit“).

Zu den externalisierenden Störungen gehören zwei Skalen: Die Skala „Delinquentes Verhalten“ (z.B. Item 72 „Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt“) und die Skala „Aggressives Verhalten“ (z.B. Item 20 „Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt“).

In der Gruppe der gemischten Störungen sind drei Skalen enthalten: Die Skala „Soziale Probleme“ (z.B. Item 11 „Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig“), die Skala „Schizoid/zwanghaft“ (z.B. Item 83 „Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben“) und zuletzt die Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ (z.B. Item 10 „Kann nicht still sitzen, ist unruhig oder überaktiv“).

Insgesamt gibt es im zweiten Teil der CBCL 118 Items, von denen 33 zwar keiner Skala zugeordnet werden, aber in den Gesamtwert miteingehen. Der Beurteilungszeitraum für die Items bezieht sich auf die letzten sechs Monate. Die Einschätzung geschieht durch eine dreistufige Skala von 0 = nicht zutreffend über 1 = etwas oder manchmal zutreffend bis zu 2 = genau oder häufig zutreffend. Manche Items sollen durch die beurteilende Person genauer beschrieben werden, um einen besseren Eindruck vom jeweiligen Verhalten zu bekommen.

Bei den einzelnen Skalen zählt ein T- Wert ≥ 70 mit einem Grenzbereich zwischen 67 und 70 als klinisch auffällig. Für den Wert der internalisierenden Störungen und der externalisierenden Störungen sowie für den Gesamtwert gilt ein T- Wert ≥ 63 (entspricht einem Prozentrang von 90) mit einem Grenzbereich zwischen 60-63 als klinisch auffällig.

Die Kompetenzskalen haben sich im deutschsprachigen Raum nicht als hinreichend konsistent erwiesen, so dass ein Ergebnis vorsichtig gedeutet werden sollte. Die Konsistenz der meisten Syndromskalen hat sich als hinreichend gezeigt (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998).

In diese Untersuchung gehen der Gesamtwert der Kompetenzskala, der Wert der internalisierenden und externalisierenden Störungen und der Gesamtwert der Syndromskalen ein. Meßzeitpunkt war der Tag der Anreise.

Insgesamt gingen in diese Studie 180 verwertbare Kompetenzskalen und je 185 verwertbare Syndromskalen, externalisierende und internalisierende Skalen ein.

5.2.4.2 Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Der Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) wurde von Lohaus und Schmitt (1989) entwickelt. Er beruht auf dem Konzept der Kontrollerwartung von Levensohn (1974) und mißt allgemeine Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. Der Fragebogen kann auch spezifisch eingesetzt werden, wenn in der

Einführungsinstruktion der Bereich festgelegt wird, den der Proband berücksichtigen soll. Der KKG ist einsetzbar ab einem Alter des Probanden von 12 Jahren.

Theoretisch ist der KKG angelehnt an die Multidimensional Health Locus of Control Scale von Wallston, Wallston und DeVellis (1978). Der KKG enthält drei Subskalen, die unabhängig voneinander sind. Die Subskalen enthalten Items der Internalität (z.B. Item 1: „Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben.“), der sozialen Externalität (z.B. Item 12 „Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden.“) und der fatalistischen Externalität (z.B. Item 7 „Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen: Wenn ich Pech habe, sind sie plötzlich da.“). Insgesamt enthält der KKG 21 Aussagen, die der Proband auf einer 6stufigen Skala von „trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“ dahingehend einschätzen soll, inwieweit die jeweilige Aussage für ihn zutrifft. Nach Beantwortung der Items beantworten die Probanden die offen formulierte Frage, ob bzw. an welche Beschwerden beim Ausfüllen des Fragebogens gedacht wurden.

In dieser Studie wurde der KKG eingesetzt, um allgemeine Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit zu messen. Daher wurde auf eine spezifische Instruktion verzichtet. Durch die unspezifische Instruktion sollte überprüft werden, ob die Kinder und Jugendlichen die Items auch von selbst auf die Enuresis beziehen, d.h. ob sie die Enuresis als Beschwerde bzw. Krankheit ansehen. Meßzeitpunkte waren t_1 = Anreisetag oder Tag nach der Anreise und t_2 = Tag vor der Abreise.

Retest-Reliabilität in dieser Studie

Die Korrelation zwischen den beiden Werten der internalen Kontrolle betrug $r = .66$ und war hochsignifikant ($p < .01$). Auch die Korrelation der Werte der fatalistischen Externalität war hochsignifikant ($r = .62$, $p < .01$), ebenso die Korrelation der Werte für die soziale Externalität ($r = .72$, $p < .01$).

5.2.5 Kalender

Während des Aufenthaltes führen die Kinder und Jugendlichen einen „Kalender“. Darin wird von ihnen jeden Tag eingetragen, ob sie nachts eingenässt haben oder nicht. Zudem ist im Kalender ersichtlich, ob das Kind nachts von selbst aufgewacht und austreten gegangen ist. Der Kalender gibt also Auskunft über die Einnässfrequenz während der Rehabilitationsmaßnahme. Es handelt sich dabei um ein DIN A 4-Blatt mit acht leeren Reihen und Spalten, so dass jeder Tag durch ein Kästchen dargestellt wird.

In den statistischen Berechnungen wurden die Mittelwerte der Gesamtheit der Patienten in jeder Woche betrachtet. Ein Mittelwert von 1 bedeutet also, dass im Schnitt die Patienten einmal pro Woche nass waren. Ein Mittelwert von 7 bedeutet, dass die Patienten in jeder Nacht der Woche (sieben Mal) nass waren. Allerdings gab es auch Patienten, die mehrfach in der Nacht einnässten. Um dies zu beachten, wurde wie folgt kodiert: Ein Mittelwert von 7,5 bedeutet, dass ein Patient zweimal pro Nacht eingenässt hat. Ein Mittelwert von 8 bedeutet, dass ein Patient mehr als zweimal pro Nacht eingenässt hat. Dabei wurde nicht speziell kodiert, ob ein Patient an mehreren Tagen pro Woche mehrfach eingenässt hatte. Insgesamt wurde die Einnässhäufigkeit mit 7,5 oder 8 nur bei drei Patienten kodiert. Zudem gab es einen Patienten, der vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme weniger als einmal pro Woche einnässte, was mit dem Wert 0,1 kodiert wurde. Es kann davon ausgegangen werden, dass dadurch das Ergebnis nicht verfälscht wurde.

Wenn das Kind nach dem Aufenthalt nach Hause entlassen wurde, bekam es einen Kalender, in dem es in den auf den Aufenthalt folgenden vier Wochen täglich eintragen sollte, ob es eingenässt hatte oder nicht. Das Kind sollte nach den vier Wochen den Kalender an die Einrichtung zurückschicken. Durch diesen Kalender kann der Transfer der Intervention ins häusliche Milieu kontrolliert werden. Hier wurde analog dem Kalender in der Rehabilitationsmaßnahme kodiert. Die Rücklaufquote betrug 37,5 % (78 Patienten).

5.3 Beschreibung der Stichprobe

5.3.1 Anzahl, Alter, Geschlecht der Patienten und Art der Enuresis nocturna

Für die Untersuchung wurden die Patienten erfasst, die in den Kurgängen zwischen Januar 2001 bis Oktober 2002 in der Rehabilitationsklinik untergebracht waren. Die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten wurde eingeholt.

Insgesamt nahmen 208 Kinder und Jugendliche an der Untersuchung teil. Davon waren 131 männlich (53 %) und 77 weiblich (37 %). Bei 196 Kindern und Jugendlichen hatten die Eltern angegeben, ob eine primäre (bei 155 Patienten) oder sekundäre (bei 41 Patienten) Enuresis vorlag.

Das jüngste Kind war 7,1 Jahre alt, das älteste war 19,4 Jahre alt. Der Altersmittelwert lag bei 12,1 Jahren. Die Aufteilung der Altersklassen bei Jungen und Mädchen ergab folgendes Bild: Der Modalwert in der Stichprobe betrug 11 Jahre. Die am stärksten besetzten Altersklassen waren die vom 9. - 15. Lebensjahr. Einzelne Angaben können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Kreuztabelle zwischen Altersklassen und Geschlecht

Alter	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
7	1	1	2
8	10	3	13
9	13	7	20
10	18	10	28
11	28	13	41
12	16	16	32
13	19	9	28
14	11	8	19
15	12	5	17
16	2	5	7
19	1		1
Gesamt	131	77	208

5.3.2 Schulbildung

96 (46 %) Kinder und Jugendliche besuchten eine Mittelschule (entspricht der westdeutschen Realschule). 65 (31,3 %) Kinder besuchten die Grundschule. Eine Förderschule (dies beinhaltet die Schulen für Erziehungshilfe, die Schulen für Lernbehinderte und die Schulen für Geistig Behinderte) besuchten 36 (17,3 %) der Patienten. Zehn (4,8 %) Kinder und Jugendliche gingen auf ein Gymnasium. Der 19jährige Patient befand sich schon in einer Ausbildung (siehe Abbildung 2).

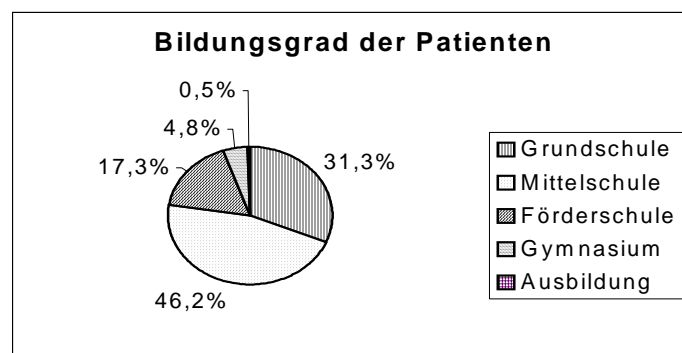


Abbildung 2: Bildungsgrad der Patienten

5.3.3 Familienstruktur

Es wurde zum einen erhoben, wie viele Geschwister die Patienten hatten. Ein Großteil der Patienten (46,6 %) hatte ein Geschwisterkind, 26,4 % der Patienten hatten zwei Geschwister. 12 % der Patienten waren Einzelkind. Andere Geschwisterzahlen traten bei weniger als 10 % der Patienten auf (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Anzahl der Geschwister

Anzahl der Geschwister	Häufigkeit	Prozente
0	25	12
1	97	46,6
2	55	26,4
3	15	7,2
4	9	4,4
5	4	1,9
6	1	0,5
7	1	0,5
10	1	0,5
Gesamt	208	100

Die Beurteilung der Familienstruktur erfolgte anhand der Klassifikation in typische und atypische Familien nach ICD-10. Unter einer atypischen Familie wird Scheidung oder Trennung der Eltern oder eine Herausnahme des Kindes aus der Familie verstanden. Insgesamt wurden 197 Angaben gemacht.

100 Kinder und Jugendliche (50,8 %) lebten in einer typischen Familie (also seit Geburt des Kindes verheiratete Eltern). 49,2 % der Patienten hatten bis zum Aufnahmetermin Veränderungen in der Familienstruktur miterlebt, wurden also als atypische Familie klassifiziert.

Es wurde eingeschätzt, wie die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Vater oder der Mutter während der Rehabilitationsmaßnahme war. Diese Einschätzung erfolgte durch Beobachtung der Interaktion zwischen dem Elternteil und dem Patienten durch die Psychologinnen und die Kinderärztinnen sowie durch Befragung der Familienmitglieder. Es handelt sich hierbei also um sehr subjektive Variablen. Als „gut“ wurde eine Beziehung eingeschätzt, wenn es eine klare Kommunikation zwischen Elternteil und Kind gab, eine stabile, emotional positive Bindung vorhanden zu sein schien und der Elternteil die Erziehungsaufgaben in angemessener Weise zu erfüllen schien. Als „schlecht“ wurde die Beziehung eingeschätzt, wenn es viele Streitigkeiten zwischen Elternteil und Kind gab, die Kontakte zum Kind bei getrennt lebenden Eltern eher unregelmäßig und für das Kind unberechenbar zu sein schienen, wenn ein Elternteil ein Kind vernachlässigte, nicht beachtete bzw. gleichberechtigt zu Geschwistern behandelte und es zu Übergriffen des Elternteils auf das Kind gekommen war. Es konnten Einschätzungen über die Beziehung zu 206 Müttern und 205 Vätern gemacht werden. 58 % der Patienten schienen ein gutes Verhältnis zum Vater zu haben, 15,1 % ein schlechtes. Ebenfalls 15,1 % der Patienten gaben an, den Vater nicht zu kennen. 6,3 % der Patienten hatten keinen Kontakt mehr zum Kindsvater. Bei 5,4 % der Patienten war der Kindsvater gestorben (siehe Tabelle 4).

In der Beziehung zur Mutter scheinen 79,6 % der Patienten einen guten Kontakt zu haben, bei 17,5 % der Patienten wirkte der Kontakt gestört. Jeweils eine Patientin hatte keinen Kontakt zur Mutter oder kannte sie nicht. Bei 1,9 % der Patienten war die Mutter gestorben (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Beziehung zu den Kindseltern: Häufigkeiten

	Gut	Schlecht	Keinen Kontakt	Unbekannt	Tod
Mütter	164 (79,6 %)	36 (17,5 %)	1 (0,5 %)	1 (0,5 %)	4 (1,9 %)
Väter	119 (58 %)	31 (15,1 %)	13 (6,3 %)	31 (15,1 %)	11 (5,4 %)

5.3.4 Bildungs- und Berufsstand der Bezugspersonen

Neben dem Bildungsstand des Patienten wurde der Bildungsstand der Eltern erhoben. Dabei wurde eine Einteilung nach Jürgens (1971) durchgeführt. Beurteilt wurde die aktuelle Berufstätigkeit als indirekter Hinweis auf den Bildungsstand. Der höchste Schulabschluss wurde nicht als Indikator gewählt, da die Eltern alle zu DDR-Zeiten zur Schule gingen. In dieser Zeit wurde nur einem ausgewählten, kleinen Teil der Schüler erlaubt, das Abitur zu machen. Dieser Indikator würde also ein verzerrtes Bild zeichnen.

5,3 % der Mütter und 1,5 % der Väter arbeiteten in einem ungelernten Beruf. 40,3 % der Mütter und 34,1 % der Väter arbeiteten in einem Beruf, den man der Grundschrift zuordnen würde. Einen Beruf, der der Mittelschicht zugeordnet werden kann, übten 37,4% der Mütter und 24,4 % der Väter aus. Akademiker waren unter den Müttern und unter den Vätern nur jeweils 3,9 % (siehe Tabelle 5). Es wurden 206 Mütter und 205 Väter miteinbezogen.

Tabelle 5: Schichtzugehörigkeit der Kindseltern: Häufigkeiten

	Keine Angabe	Ungelernt	Grundschrift	Mittelschicht	Oberschicht
Mütter	27 (13,1 %)	11 (5,3 %)	83 (40,3 %)	77 (37,4 %)	8 (3,9 %)
Väter	74 (36,1 %)	3 (1,5 %)	50 (24,4 %)	70 (24,4 %)	8 (3,9 %)

In einer weiteren Frage wurde erhoben, ob die Kindseltern zur Zeit der Rehabilitationsmaßnahme berufstätig waren oder nicht. In 38,9 % der Familien waren die Mutter und der Vater beide berufstätig (81 Fälle). Bei 88 Kindern und Jugendlichen (42,3 %) war ein Elternteil arbeitslos, bei 25 Patienten (12 %) waren beide Elternteile arbeitslos.

5.3.5 Vorbehandlungen

Unter der Variable der vorhergehenden Therapien wurden vorangegangene Rehabilitationsmaßnahmen, verhaltenstherapeutische Maßnahmen (Klingelhose/-matte; Kalenderführung), Psychotherapie (ohne Anwendung eines Gerätes wie einer Klingelhose, sondern Gespräche) sowie medikamentöse Therapie erfasst. 21 Patienten (10,2 %) hatten noch keine Vorbehandlung gehabt, 83 Patienten (40,5 %) hatten schon an einer Therapie aus einer der vier Gruppen teilgenommen. 72 weitere Patienten (35,1 %) hatten zwei Therapien gemacht, bevor sie zur Rehabilitationsmaßnahme in die Klinik kamen. Drei Therapien waren von 22 Patienten (10,7 %) und vier Therapien von sieben Patienten (3,4 %) durchgeführt worden.

5.3.6 Belastungsfaktoren

Als Belastungsfaktoren wurden Schulstress bzw. Interaktionsprobleme mit Peers, Interaktionsprobleme mit den Eltern, Interaktionsprobleme mit Geschwistern, Stress durch Scheidung der Eltern sowie ein Todesfall bei einem der Elternteile erfasst. Bis auf letztere waren alle Variablen durch das subjektive Urteil der Ärztinnen und Psychologen entstanden. Grundlage für die Einschätzung waren Berichte der Eltern oder des Patienten, sowie Beobachtungen der Interaktion zwischen Eltern, Geschwistern und Patient durch die Ärztinnen und Psychologen. 45 Patienten (21,6 %) erlebten Schulstress oder hatten Interaktionsprobleme mit Peers. Bei 66 Patienten (26,9 %) der Patienten gab es Streitigkeiten mit den Eltern, 22 Patienten (10,6 %) erlebten Streit mit Geschwistern. Stress durch eine Scheidung der Eltern erlebten 30 Patienten (14,4 %). Von 15 Patienten (2,2 %) war ein Elternteil gestorben.

6 Ergebnisse

Im Ergebnissteil werden im ersten Schritt die Ergebnisse bezüglich der gestellten Hypothesen dargelegt. Im zweiten Schritt erfolgt die Auswertung des Interviews.

Die Voraussetzungen, die zur Anwendung des jeweiligen statistischen Tests erfüllt sein müssen, wurden überprüft. In der Ergebnisdarstellung wird nur erwähnt, wenn eine Voraussetzung nicht erfüllt ist.

6.1 Auswertung der quantitativen Daten

Bei der Darstellung der Ergebnisse der quantitativen Daten wird eine Hypothese nach der anderen beschrieben. Dabei wurde sowohl bei der Überprüfung der Hypothese 1 als auch bei der Überprüfung der Hypothese 2 ein mehrschrittiges Verfahren gewählt: Im ersten Schritt wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung (gesättigtes Modell) berechnet, um generelle Mittelwertsunterschiede zwischen den Testzeitpunkten herauszufinden. Im zweiten Schritt wurden paarweise t-Tests zwischen einzelnen Testzeitpunkten berechnet, um diese Mittelwertsunterschiede zu spezifizieren und Unterschiede zwischen einzelnen Messzeitpunkten auszumachen. In einem dritten Schritt wurden Differenzwerte gebildet und verglichen. Dabei wurde pro Fall berechnet, inwiefern der Patient am Ende mehr oder weniger trockene Nächte hatte als zu Hause bzw. in der ersten Woche der Rehabilitationsmaßnahme. Hiermit zeigte sich deutlich, für wie viele Patienten die Maßnahme ein Erfolg darstellte.

6.6.1 Hypothese 1: Die Kinder und Jugendlichen nassen am Ende der Rehabilitationsmaßnahme signifikant weniger ein als vor der Maßnahme. Der Erfolg der Maßnahme ist unabhängig von Alter und Geschlecht der Patienten.

Varianzanalyse mit Messwiederholung

Zur Bearbeitung dieser Hypothese wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholungsdesign mit neun Abstufungen durchgeführt. Getestet wurde dabei der Mittelwert der Anzahl der nassen Nächte vor Beginn der Rehabilitation gegen die Mittelwerte der Anzahl der nassen Nächte pro Woche bis einschließlich der achten Woche der Rehabilitationsmaßnahme. In die Berechnung flossen nicht die Daten aller Patienten mit ein, da ein kleiner Teil der Patienten weniger als acht Wochen an der Rehabilitationsmaßnahme teilnahm. Zudem gab es nur von 180 Patienten eine konkrete Angabe über die Einnässhäufigkeit zu Hause.

Der Mauchly-Test auf Sphärizität war signifikant, daher wurden zur Auswertung die Werte des Greenhouse-Geisser-Tests gewählt. Der Unterschied zwischen den Messzeitpunkten war hoch signifikant ($F_{(5,356)} = 26.01$; $p < .001$): Nach acht Wochen nässten die Patienten weniger häufig ein als vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme (siehe Abbildung 3). Einzelne Mittelwerte sind in Tabelle 6 dargestellt.

Es ergaben sich keine Interaktionswirkungen mit den Faktoren Alter und Geschlecht.

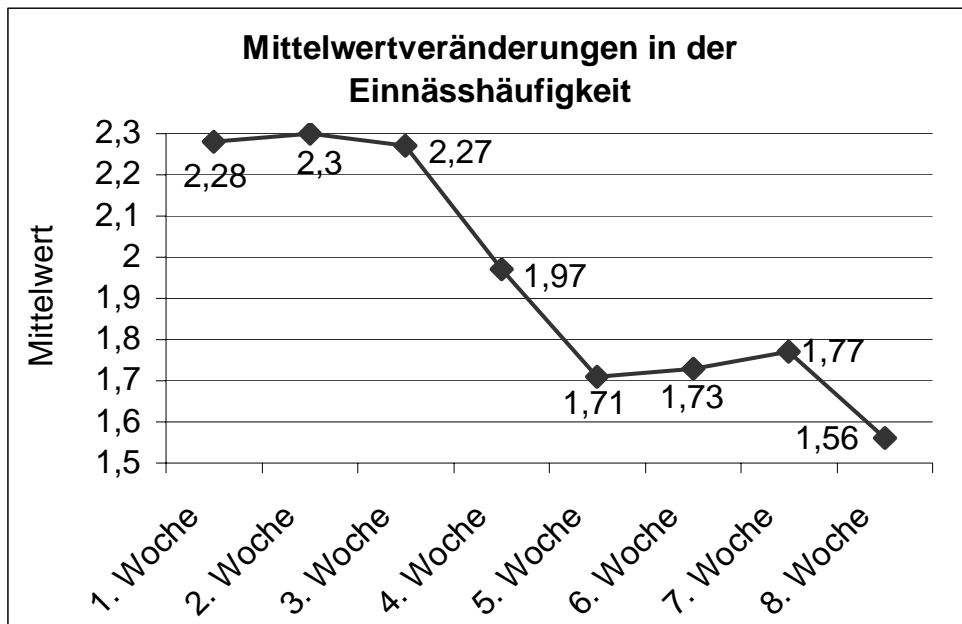


Abbildung 3: Mittelwertveränderung der Einnässhäufigkeit während der Maßnahme

Da sich der Mittelwert für die Angabe, wie oft der Patient zu Hause eingenässt hatte ($\bar{M} = 4,6$, $\underline{Sd} = 2,18$), und der Mittelwert für die erste Behandlungswoche ($\bar{M} = 2,28$, $\underline{Sd} = 2,12$) sehr unterschied, wurde eine weitere Varianzanalyse durchgeführt, um den reinen Effekt der Verbesserung während der Rehabilitationsmaßnahme zu erhalten. Dabei wurde eine Messwiederholungsanalyse mit acht Abstufungen durchgeführt (Mittelwert der Anzahl der nassen Nächte in der ersten Woche gegen die Mittelwerte bis zur letzten Woche). Auch hier wurde der Wert für den Greenhouse-Geisser-Test gewählt. Die Signifikanz ($F_{(5,492)} = 3,66$; $p < .02$) blieb erhalten, wurde aber geringer. Es ergaben sich keine Interaktionswirkungen mit den Faktoren Alter oder Geschlecht.

Tabelle 6: Daten: Anzahl der nassen Nächte vor und während der Maßnahme

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
vor der Maßnahme	180	0,1	7,5	4,60	2,18
1. Woche	208	0	8	2,28	2,12
2. Woche	208	0	8	2,30	2,08
3. Woche	208	0	7	2,27	2,11
4. Woche	208	0	7	1,94	2,05
5. Woche	206	0	7	1,71	1,93
6. Woche	205	0	7	1,73	1,91
7. Woche	190	0	7	1,77	1,88
8. Woche	186	0	7	1,56	1,81

Aufgrund der Vielzahl an möglichen Post-Hoc-Testungen, die durchgeführt werden könnten, von denen aber nur einige Paarungen inhaltliche sinnvoll erschienen, wurden nur einige Paarungen gebildet und auf Unterschiede hin getestet. Diese Paarungen wurden aus der praktischen Überlegung heraus gebildet, dass Rehabilitationsmaßnahmen für vier, sechs oder acht

Wochen von Kostenträgern bewilligt werden und daher Verbesserungen in diesen Zeiträumen besonders interessant sind.

Paarweise t-Tests

Zur Berechnung, zwischen welchen Wochen es einen signifikanten Unterschied gab, wurden paarweise t-Tests durchgeführt mit einem Konfidenzintervall von 91 %. Dieses strenge Konfidenzintervall wurde gewählt, um die Wahrscheinlichkeit des Alpha-Fehlers zu senken. Es wurden fünf Paare berechnet:

- Einnässhäufigkeit in der ersten Woche vs. der vierten Woche ($t_{(207)} = 2.32$; $p < .021$),
- Einnässhäufigkeit in der ersten Woche vs. der achten Woche ($t_{(185)} = 4.81$; $p < .001$),
- Einnässhäufigkeit in der vierten Woche vs. der achten Woche ($t_{(186)} = 3.19$; $p < .002$),
- Einnässhäufigkeit in der ersten Woche vs. der sechsten Woche ($t_{(204)} = 3.74$; $p < .001$),
- Einnässhäufigkeit in der sechsten Woche vs. der achten Woche ($t_{(185)} = 1.60$; $p < .111$).

In den ersten vier Paaren ergab sich also eine hochsignifikante Veränderung, der Mittelwert in der ersten Woche war größer als der in der vierten und achten Woche, der Mittelwert der vierten Woche war auch noch signifikant größer als der der achten Woche, der Mittelwert der ersten Woche war größer als der der sechsten Woche. Nur die Einnässhäufigkeit zwischen der sechsten und achten Woche der Maßnahme unterschieden sich nicht signifikant voneinander (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: paarweise t-Tests

Zeitpunkte	T-Wert	p-Wert für den T-Wert
erste vs. vierte Woche	2.23	< .021
erste vs. achte Woche	4.81	< .001
vierte vs. achte Woche	3.19	< .002
erste vs. achte Woche	3.74	< .001
sechste vs. achte Woche	1.60	< .111

Differenzwerte

Es wurden Differenzwerte berechnet, um neben der rein statistischen Signifikanz in der Gesamtgruppe auch Aussagen darüber treffen zu können, wie sich die Werte für die einzelnen Patienten verändert haben. Dabei wurde zum einen a) die Differenz zwischen dem angegebenen Wert vor der Rehabilitationsmaßnahme mit dem in der achten Woche der Maßnahme und zum anderen b) der Differenzwert zwischen der ersten und achten Woche betrachtet (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Individuelle Veränderungen während der Rehabilitationsmaßnahme

Differenz zwischen....	Verbesserung	gleichbleibend	Verschlechterung
vor der Maßnahme und der achten Woche	86,6%	6,7%	6,7%
erster und achter Woche	47,3%	52,7%	23,1%

a) Für die Differenz zwischen dem angegebenen Wert vor der Rehabilitationsmaßnahme mit dem in der achten Woche der Maßnahme zeigte sich, dass es bei 11 Patienten (6,7 %) zu einer Verschlechterung gekommen war. Bei weiteren 11 Patienten ergab sich keine Veränderung zum Ausgangswert (6,7 %). Bei 132 Patienten (86,6 %) kam es zu einer Verbesserung der Symptomatik (siehe Tabelle 10). Der Range lag bei einer Verschlechterung um 2,5 mal pro Woche bis hin zu einer Verbesserung um sieben mal pro Woche (siehe Abbildung 4). Es wurde deutlich, dass es bei vielen Patienten zu einer großen Verbesserung in der Symptomatik kam. Es wurden nur 164 Patientendaten miteinbezogen, da nicht alle Patienten acht Wochen zur Rehabilitation blieben.

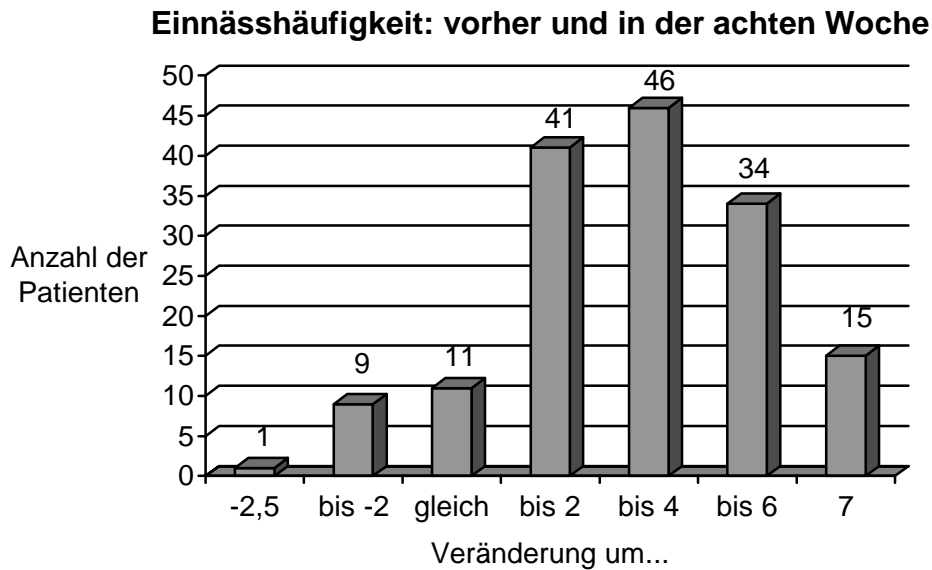


Abbildung 4: Veränderung in der Einnässhäufigkeit zwischen vor der Maßnahme und der achten Woche in der Maßnahme

b) Für den Differenzwert zwischen der ersten und achten Woche ergab sich ein etwas anderes Bild: Danach ergab sich für 43 Patienten eine Verschlechterung (23,1 %), für 55 Patienten keine Veränderung (52,7 %) und für 88 Patienten (47,3 %) eine Verbesserung (siehe Tabelle 8). Der Range lag bei einer Verschlechterung um vier mal pro Woche bis hin zu einer Verbesserung um sechs mal pro Woche (siehe Abbildung 5). Es wurden 186 Patientendaten miteinbezogen.

Nach der zweiten Betrachtungsweise war die Rehabilitationsmaßnahme für weniger Patienten gewinnbringend, und es kam für mehr Patienten zu einer Verschlechterung der Symptomatik. Zudem war der Grad der Verschlechterung mit vier nassen Nächten deutlich höher als im Vergleich zwischen dem Wert von vor der Maßnahme und dem der achten Woche.

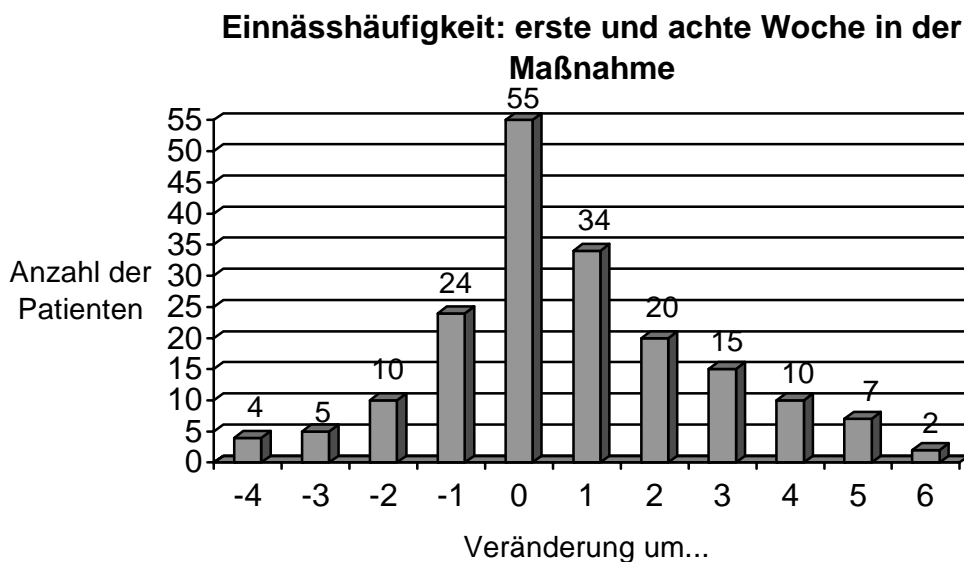


Abbildung 5: Veränderung in der Einnässhäufigkeit zwischen der ersten und achten Woche der Rehabilitationsmaßnahme

Die Hypothese 1 kann damit als bestätigt gesehen werden, wenn als Entscheidungsgrundlage das Ergebnis der Varianzanalyse gewählt wird: Während der Rehabilitationsmaßnahme verbessert sich die enuretische Symptomatik signifikant. Werden als Entscheidungsgrundlage die Differenzwerte genutzt, kann die Hypothese nicht eindeutig als angenommen oder widerlegt gelten: Im Vergleich zur enuretischen Symptomatik vor der Rehabilitationsmaßnahme verbesserte sie sich bei 86,6 % der Patienten, im Vergleich zum Zeitpunkt der ersten Woche in der Rehabilitation gab es eine Verbesserung nur für 47,3 % der Patienten, wohingegen es bei 23,1 % der Patienten sogar zu einer Verschlechterung der Symptomatik kam.

6.1.2 Hypothese 2: Auch vier Wochen nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme nassen die Kinder und Jugendlichen weniger ein als vor der Maßnahme. Auch hier zeigen Alter und Geschlecht keine Auswirkung auf den Erfolg der Maßnahme.

In diese Berechnung flossen für die ersten drei Wochen nach der Rehabilitationsmaßnahme Angaben von 78 Patienten mit ein. Für die vierte Woche gab es nur Eintragungen von 75 Patienten.

Der Mittelwert der nassen Nächte nach der Rehabilitationsmaßnahme stieg von anfangs 1.69 auf ein Maximum von 1.78 und sank dann in der vierten Woche auf 1.59 (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Einnässhäufigkeit nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme

... Woche nach der Maßnahme	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
erste	78	0	7	1.69	1.61
zweite	78	0	7	1.78	1.73
dritte	78	0	6	1.74	1.87
vierte	75	0	6	1.59	1.65

Varianzanalyse mit Messwiederholung

Auch hier wurde ein Messwiederholungsdesign (mit zehn Abstufungen) gewählt. Zu den Daten, die während des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik gesammelt wurden, kam bei dieser Berechnung die Anzahl der nassen Nächte, die der Patient in der vierten Woche nach Beendigung der Maßnahme hatte. Der Mauchly-Test auf Sphärizität war signifikant, daher wurden zur Auswertung die Werte des Greenhouse-Geisser-Tests gewählt. Der Unterschied zwischen den Messzeitpunkten war hoch signifikant ($F_{(2,835)} = 12.80$; $p < .001$). Die Variablen Alter und Geschlecht hatten keine Wechselwirkung mit der Anzahl der nassen Nächte.

Zudem wurde eine Messwiederholungsanalyse (neun Abstufungen) durchgeführt, um eine Verbesserung der Symptomatik seit Beginn der Rehabilitationsmaßnahme zu errechnen. In die Berechnung flossen die Daten von der ersten bis letzten Woche der Rehabilitation und die der vierten Woche nach Beendigung der Rehabilitation mit ein. Der Mauchly-Test auf Sphärizität war signifikant, daher wurden zur Auswertung die Werte des Greenhouse-Geisser-Tests gewählt. Es zeigte sich ein signifikantes Ergebnis ($F_{(3,426)} = 3.53$, $p < .023$).

Ähnlich wie bei Hypothese 1 wurden hier nur weitere Berechnungen mit den Paarungen der Messzeitpunkte durchgeführt, die für die Praxis sinnvoll erschienen.

Paarweise t-Tests

Zur Berechnung, zwischen welchen Wochen es einen signifikanten Unterschied gab, wurden paarweise t-Tests durchgeführt mit einem Konfidenzintervall von 91 %. Dieses strenge Konfidenzintervall wurde gewählt, um die Wahrscheinlichkeit des Alpha-Fehlers zu senken. Es wurden fünf Paare berechnet:

- Einnässhäufigkeit vor der Rehabilitationsmaßnahme vs. Einnässhäufigkeit der vierten Woche zu Hause ($t_{(62)} = 10.95$; $p < .01$),
- Einnässhäufigkeit der ersten Woche in der Rehabilitationsmaßnahme vs. Einnässhäufigkeit der vierten Woche zu Hause ($t_{(75)} = 2.87$; $p < .005$),
- Einnässhäufigkeit der achten Woche in der Rehabilitationsmaßnahme vs. Einnässhäufigkeit der ersten Woche zu Hause ($t_{(72)} = -1.07$; $p < .286$),
- Einnässhäufigkeit der achten Woche in der Rehabilitationsmaßnahme vs. Einnässhäufigkeit der vierten Woche zu Hause ($t_{(69)} = -0.33$; $p < .739$) und
- Einnässhäufigkeit der ersten Woche zu Hause vs. Einnässhäufigkeit der vierten Woche zu Hause ($t_{(74)} = 0.66$; $p < .543$).

Nur die t-Test zwischen der ersten Woche während der Rehabilitationsmaßnahme bzw. dem Wert von vor der Rehabilitationsmaßnahme und der vierten Woche nach der Rehabilitationsmaßnahme waren signifikant (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: paarweise t-Tests

Zeitpunkte	T-Wert	p-Wert für den T-Wert
vor der Maßnahme vs. vierte Woche zu Hause	10.95	< .01
erste Rehabilitationswoche vs. vierte Woche zu Hause	2.87	< .005
achte Rehabilitationswoche vs. erste Woche zu Hause	-1.07	< .286
achte Rehabilitationswoche vs. vierte Woche zu Hause	-0.33	< .739
erste Woche zu Hause vs. vierte Woche zu Hause	0.66	< .543

Obwohl die Mittelwerte nach Beendigung der Maßnahme erst wieder anstiegen (siehe Tabelle 9), um dann erneut zu fallen, ist dieser Anstieg also nicht entscheidend, um die Hypothese zwei verwerfen zu können.

Differenzwerte

Es wurde ein Differenzwert gebildet zwischen a) den Werten vor der Rehabilitationsmaßnahme und der vierten Woche nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme und b) den Werten in der ersten Woche der Rehabilitationsmaßnahme und denen der vierten Woche nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Individuelle Veränderungen durch die Rehabilitationsmaßnahme

Differenz zwischen....	Verbesserung	gleichbleibend	Verschlechterung
vor der Maßnahme und der vierten Woche zu Hause	92 %	4,8 %	3,2%
erster Woche der Rehabilitationsmaßnahme und vierter Woche zu Hause	50,3%	24,1%	25,3%

a) Für den Differenzwert der Werte vor der Rehabilitationsmaßnahme und denen der vierten Woche nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme ergab sich: Bei zwei Patienten (3,2 %) hatte sich die Symptomatik wieder verschlechtert, bei drei Patienten (4,8 %) war sie konstant geblieben, und bei 57 Patienten (92 %) ergab sich eine Verbesserung (siehe Tabelle 11). Der Range lag bei einer Verschlechterung um ein mal pro Woche bis hin zu einer Verbesserung um sieben mal pro Woche (siehe Abbildung 6). Es flossen 62 Datensätze mit ein. Ein Großteil der Patienten (53 %) erreichte eine Verbesserung der Symptomatik von bis zu vier trockenen Nächten

mehr als vor der Maßnahme, 17 Patienten (27,4 %) erreichten sogar eine Verbesserung bis zu sieben trockenen Betten mehr.

Einnässshäufigkeit: vor und vier Wochen nach der Maßnahme

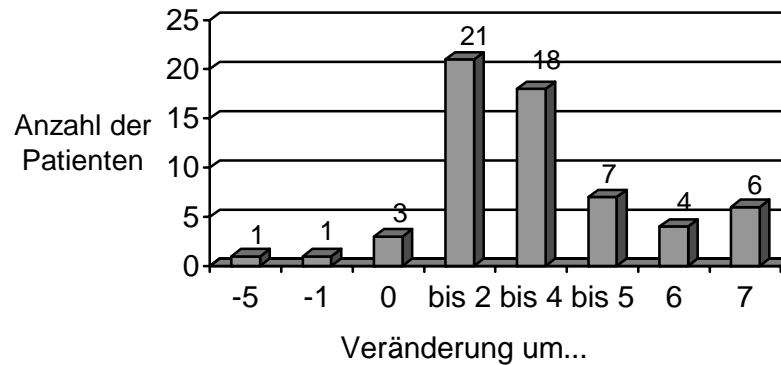


Abbildung 6: Veränderung in der Einnässshäufigkeit zwischen vor der Maßnahme und der vierten Woche nach der Maßnahme

b) Für den Differenzwert der Werte in der ersten Woche der Rehabilitationsmaßnahme und denen der vierten Woche nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme ergab sich: Bei 19 Patienten (25,3 %) hatte sich die Symptomatik wieder verschlechtert, bei 18 Patienten (24 %) war sie konstant geblieben, und bei 38 Patienten (50,7 %) ergab sich eine Verbesserung (siehe Tabelle 13). Der Range lag bei einer Verschlechterung um vier mal pro Woche bis hin zu einer Verbesserung um fünf mal pro Woche (siehe Abbildung 7). Es flossen 75 Datensätze mit ein.

Es zeigte sich hier bei beiden Varianten, dass der überwiegende Teil der Patienten eine Verbesserung der Symptomatik erlebte.

Auch für Hypothese 2 fanden sich somit bestätigende Ergebnisse: Nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme ist die enuretische Symptomatik weiterhin weniger häufig als vor der Rehabilitationsmaßnahme.

Einnässshäufigkeit: erste Woche in der Maßnahme und vierte Woche danach

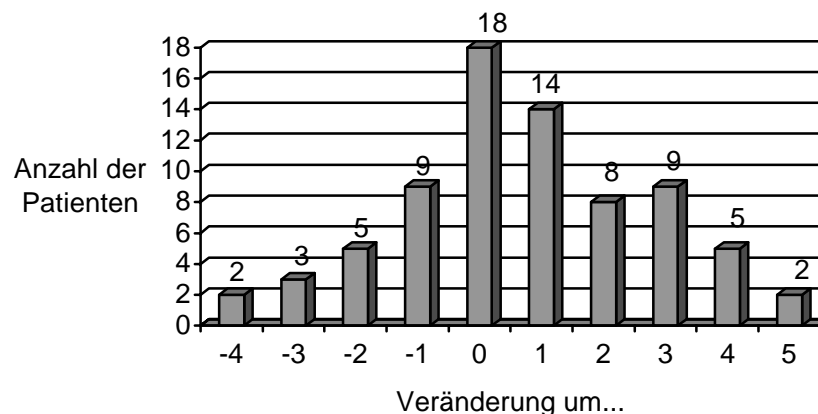


Abbildung 7: Veränderung in der Einnässshäufigkeit zwischen der ersten Woche in der Maßnahme und der vierten Woche nach der Maßnahme

6.1.3 Hypothese 3: Kritische Lebensereignisse oder ungünstige häusliche Bedingungen und die Anzahl der Geschwister wirken sich negativ auf den Rehabilitationserfolg aus. Je mehr kritische Lebensereignisse ein Kind erlebt hat bzw. je mehr ungünstige häusliche Bedingungen vorliegen und je mehr Geschwister ein Kind hat, desto geringer wird der Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme sein.

Es wurde zur Überprüfung dieser Hypothese eine Regressionsanalyse nach dem Einschluss-Verfahren berechnet, wobei die abhängige Variable der Wert für die Einnässhäufigkeit in der letzten Woche der Rehabilitationsmaßnahme war. Als Prädiktoren wurden folgende Variablen gewählt: Arbeitslosigkeit der Eltern, Familienstruktur, Schichtzugehörigkeit der Eltern, Vorhandensein eines eigenen Zimmers und die Anzahl der Belastungen sowie die Anzahl der Geschwister. Keiner der Faktoren hatte einen signifikanten Einfluss auf die Stärke der Symptomatik am Ende der Rehabilitationsmaßnahme.

Anhand des Differenzwertes zwischen der Einnässfrequenz in der ersten und achten Woche der Rehabilitationsmaßnahme wurden zwei Extremgruppen gebildet, um Unterschiede in der Ausprägung der Variablen Arbeitslosigkeit, Familienstruktur, Schichtzugehörigkeit der Eltern, Anzahl der Belastungen, Anzahl der Geschwister und eigenes Zimmer erkennen zu können. In der ersten Gruppe ($N = 9$) waren die Patienten, denen die Maßnahme nichts gebracht hatte (sie nässten am Ende in drei oder vier Nächten mehr ein als zu Hause), in der zweiten Gruppe ($N = 9$) waren die, die einen hohen Rehabilitationserfolg hatten (sie nässten in fünf oder sechs Nächten weniger ein als zu Hause). T-Tests zwischen den Gruppen bei einem Konfidenzintervall von 91 % ergaben keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die genannten Variablen.

Weiterhin wurde zur Überprüfung dieser Hypothese eine Regressionsanalyse nach dem Einschluss-Verfahren mit der abhängigen Variable des Differenzwertes zwischen erster und achter Woche der Rehabilitationsmaßnahme gerechnet. Eingeschlossen wurden folgende Prädiktoren: Arbeitslosigkeit der Eltern, Familienstruktur, Schichtzugehörigkeit der Eltern, Vorhandensein eines eigenen Zimmers und die Anzahl der Belastungen. Keiner der Prädiktoren hatte einen signifikanten Einfluss auf die Stärke der Symptomatik zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme.

Hypothese 3 kann als abgelehnt gelten. Die betrachteten Variablen wirkten sich nicht auf den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme aus.

6.1.4 Hypothese 4: In der Stichprobe sind viele Patienten, die eine zusätzliche Verhaltensauffälligkeit neben der Enuresis nocturna haben. Die Komorbidität in der Stichprobe ist höher als die Prävalenzraten der zusätzlichen psychischen Auffälligkeiten in der Normalpopulation.

In der Stichprobe hatten 54,8 % der Kinder und Jugendlichen keine weitere Diagnose. 37 % hatten eine weitere Diagnose und 7,7 % der Kinder und Jugendlichen zwei Zusatzdiagnosen neben der Enuresis nocturna auf. Nur 0,5 % (ein Kind bzw. Jugendlicher) bekam vier Zusatzdiagnosen (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Anzahl der Zusatzdiagnosen

Anzahl der Zusatzdiagnosen	Häufigkeit	Prozent
0	114	54,8
1	77	35
2	16	7,7
3	1	0,5
total	208	100

Wie aus Tabelle 13 ersichtlich, wurde am häufigsten eine Adipositas zusätzlich diagnostiziert (14,4%), am zweithäufigsten eine Enuresis diurna. Als dritthäufigste Diagnose wurde entweder eine Anpassungsstörung oder eine emotionale Störung vergeben. Alle anderen Diagnosen wurden bei je unter 5 % der Kinder und Jugendlichen festgestellt.

Tabelle 13: Zusatzdiagnosen

Diagnose	Absolute Anzahl	Prozent (in der Stichprobe)	Prävalenz
Adipositas	30	14,4	5,7-18% ¹
ADHS	9	4,3	3-5% ²
Enuresis diurna	26	12,5	(keine Angabe)
Psychosomatische Beschwerden	3	1,4	(keine Angabe)
Enkopresis	7	3,4	1% ²
Entwicklungsstörung	7	3,4	(keine Angabe)
Depression	3	1,4	2-5% ³
Störung des Sozialverhaltens	7 Jungen 3 Mädchen	3,4 (Jungen) 1,4 (Mädchen)	6-16% (Jungen) 2-9 % (Mädchen) ²
Eßstörung	1	0,5	0,5-1% ²
Anpassungsstörung oder emotionale Störung	15	7,2	5-20% ²
Körperbehinderung	1	0,5	(keine Angabe)
Gesamt:	112		

¹ nach Schmidt (1999); ²nach DSM-IV; ³ nach Blöschl (2001)

Im Vergleich erschien nur die Häufigkeiten der Enkopresis in der Klinik wesentlich höher als in der Normalpopulation. Dagegen waren in der Klinik weniger Patienten mit depressiven Symptomen und weniger Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens als in der Normalpopulation. Die anderen Störungen lagen innerhalb der Streuung in der Normalpopulation. In Bezug auf die Hypothese bedeutet das, dass sie nur für die Enkopresis bestätigt werden kann. Chi²-Test konnten aufgrund der geringen Besetzung der Zellen nicht durchgeführt werden.

Zudem wurden als Zeichen für eine weitere Auffälligkeit die Kennwerte der CBCL gewählt.

1. Für die Kompetenzskalen ergab sich, dass 16,7 % der Kinder und Jugendlichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Gesamtwert hatten. Im Normbereich ($40 \leq T \leq 60$) lagen 32,1 % der Kinder und Jugendlichen. 51,2 % der Patienten hatten einen überdurchschnittlich hohen Gesamtwert. Ein unterdurchschnittlicher Gesamtwert deutet auf wenig Kompetenzen hin; in der Normstichprobe bedeutet ein unterdurchschnittlicher Gesamtwert, dass nur 10 % aller Kinder/Jugendlichen schlechtere Werte hatten.

2. Bei der Syndromskala erhielten 10,8 % der Kinder und Jugendlichen einen signifikant erhöhten T-Wert ($T \geq 63$). In der externalisierenden Skala hatten 8,6 % und in der internalisierenden Skala 9,4 % aller Kinder und Jugendlichen einen signifikant erhöhten T-Wert.

Bei allen drei Werten gilt, dass in der Normstichprobe jeweils 10 % der Kinder/Jugendlichen höhere Werte erhielten. Signifikant erhöhte Werte deuten auf auffälliges Verhalten hin.

Die Hypothese kann also nur teilweise als bestätigt angesehen werden. Ist als Indikator die CBCL gewählt, kann sie wahrscheinlich abgelehnt werden. Bei den Werten für die Syndromskala, der internalisierende und externalisierende Skala gab es in dieser Stichprobe keine Werte, die augenscheinlich grob von den bedeutsamen 10 % abwichen. Für die internalisierende und externalisierende Skala gab es in dieser Stichprobe sogar weniger als 10 % Kinder/Jugendliche mit auffälligen Werten. Wurde als Indikator das klinische Urteil durch die ICD-10 gewählt,

zeigten sich bei 48,2 % aller Patienten noch weitere Auffälligkeiten. Im Vergleich zu den Prävalenzen der Störungen kann die Hypothese nur für die Enkopresis bestätigt werden.

6.1.5 Hypothese 5: Das Vorhandensein zusätzlicher Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten verringert den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme in dem Sinne, dass die enuretische Symptomatik weniger rückläufig ist als bei Patienten ohne weitere Diagnosen.

In einem weiteren Schritt wurden zwei Regressionsanalysen nach dem Einschluss-Verfahren mit einem Konfidenzintervall von 91 % berechnet unter der Fragestellung, ob bzw. welche Diagnose einen Einfluss auf den Behandlungserfolg hatte. In der ersten Regressionsanalyse wurde als abhängige Variable die Einnässhäufigkeit in der achten Woche gewählt, in der zweiten Regressionsanalyse war der Differenzwert zwischen der ersten und achten Woche die abhängige Variable. Miteingeschlossen wurden nur die Diagnosen, die häufiger als zehn Mal vergeben wurden. Prädiktoren waren damit: Adipositas, Enuresis diurna, Störung des Sozialverhaltens und Anpassungsstörung/emotionale Störung. Kein Prädiktor hatte einen signifikanten Einfluss auf die jeweilige abhängige Variable.

Zudem wurde in einer anderen Regressionsanalyse berechnet, ob die Ausprägung der Skalen der CBCL einen Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis hatte. Es ergaben sich keine signifikanten Werte. Zur weiteren Überprüfung wurden t-Tests durchgeführt, um die Kinder und Jugendlichen mit einem signifikanten Wert in einer der Skalen der CBCL mit denen zu vergleichen, die einen normalen Wert in der jeweiligen Skala hatten. Die Gruppen unterschieden sich nicht im Rehabilitationsergebnis.

Hypothese 5 kann als abgelehnt gelten. Zusatzdiagnosen beeinflussten den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme nicht.

6.1.6 Hypothese 6: Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme haben gerade ältere Patienten, die schon jahrelang einnässen, eine ausgeprägte fatalistische Externalität im Vergleich zu Patienten, die eine geringere Zeitspanne einnässen.

Es wurden nur Patienten mit einer primären Enuresis nocturna in die Berechnung eingezogen, da damit davon ausgegangen werden kann, dass ältere Patienten länger einnässen. Insgesamt wurden nach diesem Kriterium (und dem, mindestens 12 Jahre alt zu sein) 37 Patienten für diese Fragestellung ausgewählt. Die vier Kinder, die zum ersten Testzeitpunkt 11 Jahre alt waren, wurden während des Aufenthaltes in der Klinik 12 Jahre alt.

Es zeigte sich, dass keines der Kinder und Jugendlichen eine signifikant unterdurchschnittlich ausgeprägte fatalistische Externalität zeigte. Im Normbereich lagen 20 Kinder und Jugendliche, eine überdurchschnittlich hoch ausgeprägte fatalistische Externalität zeigten 17 Kinder und Jugendliche (siehe Tabelle 14).

Eine Korrelation zwischen dem Rohwert für die fatalistische Externalität und dem Alter war nicht signifikant, ebenso die Korrelation zwischen T-Wert und Alter .

Es wurde eine einfache lineare Regressionsanalyse berechnet. Als abhängige Variable wurde die Ausprägung der fatalistischen Externalität zum ersten Messzeitpunkt und als Prädiktor das Alter der Patienten ausgewählt. Es ergab sich keine signifikante Vorhersagekraft durch den Prädiktor.

Tabelle 14: Häufigkeiten: Ausprägung der fatalistischen Externalität

		T-Wert							gesamt
		45	50	55	60	65	70	80	
Alter	11			1		3			4
	12	1	1	3		4	1	1	11
	13		1	1	1	2			5
	14		1	3	1	1			6
	15		1		2	3	1		7
	16		1	1		1			3
	19	1							1
gesamt		2	5	9	4	14	2	1	37

Hypothese 6 kann als abgelehnt gelten. Das Alter der Patienten zeigte keinen Einfluss auf die Ausprägung der fatalistischen Externalität zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme.

6.1.7 Hypothese 7: Zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme hat sich die interne Kontrollerwartung im Vergleich zur Ausprägung zu Beginn der Maßnahme erhöht. Dies gilt besonders bei den Patienten, bei denen die Maßnahme großen Erfolg hatte.

Einen T-Wert von 65 oder höher hatten bei der ersten Messung 13 Jugendliche, bei der zweiten Messung zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme acht Jugendliche. Nur einen T-Wert von 75 erzielten gleich viele Jugendliche bei der ersten und zweiten Messung. Bis zu einem T-Wert von 45 war dies umgekehrt: Diese Werte erhielten sechs Jugendliche bei der zweiten Messung und elf Jugendliche bei der zweiten Messung. Einen T-Wert von 50 erhielten bei der ersten Messung wesentlich mehr Jugendliche als bei der Zweiten (siehe Abbildung 8).

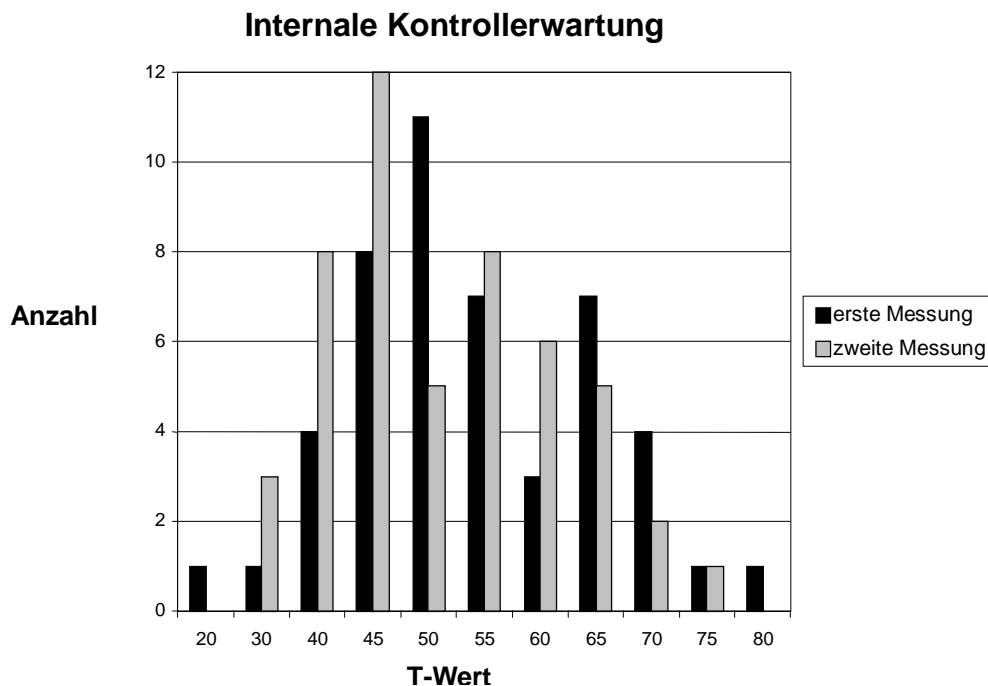


Abbildung 8: Veränderung der internalen Kontrollerwartung

Es kam also im Verlauf zu einer tendenziellen Verschiebung, zu einer größeren Häufigkeit von Werten im unteren Bereich und einer geringeren Häufigkeit von Werten im oberen Bereich.

Veränderungen gab es im Range der Werte: Bei der ersten Messung lag er zwischen einem minimalen T-Wert von 20 bis zu einem maximalen T-Wert von 80, bei der zweiten Messung bei einem minimalen T-Wert von 30 bis zu einem maximalen T-Wert von 75. Damit lagen bei der ersten Messung 15 Jugendliche ausserhalb des Normbereiches ($40 \leq T \leq 60$), bei der zweiten Messung nur noch elf Jugendliche.

Es wurde ein t-Test bei gepaarter Stichprobe mit 45 Patienten durchgeführt, um eine Veränderung der Rohwerte der internalen Kontrolle zu überprüfen. Dieser Test wurde bei einem Konfidenzintervall von 91 % signifikant ($T_{(44)} = 2.76, p < .008$). Der Mittelwert der internalen Kontrolle verringerte sich von der ersten zur zweiten Messung: Bei der ersten Messung lag der Mittelwert bei 29.09 ($Sd. = 4.87$), der Mittelwert der zweiten Messung lag bei 27.36 ($Sd. = 4.64$).

Durch die, vor der Hypothesenbildung nicht erwartete, geringe Anzahl an Patienten, die im geeigneten Alter waren, erschien es nicht sinnvoll, eine Varianzanalyse durchzuführen, um einen Interaktionseffekt zu überprüfen.

Die Hypothese 7 kann als abgelehnt gelten. Eine Erhöhung der internalen Kontrolle, wie in der Hypothese angenommen, konnte nicht festgestellt werden, sondern eine Verringerung. Ein Interaktionseffekt mit dem Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme konnte nicht berechnet werden.

6.1.8 Hypothese 8: Die Ausprägung der Kontrollvorstellungen hat einen Einfluss auf die Einnässhäufigkeit vor der Rehabilitationsmaßnahme und den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme. Je geringer die fatalistische Externalität und je höher die soziale Externalität und die Internalität zu Beginn der Maßnahme ausgeprägt sind, desto größer ist der Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme.

Eine Regressionsanalyse unter der Fragestellung, ob die Ausprägung in einer der drei Arten der Kontrollvorstellung einen Einfluss auf die Einnässhäufigkeit vor der Rehabilitationsmaßnahme hatte, ergab bei einem 91 %igen Konfidenzintervall kein signifikantes Ergebnis.

Auch das Ergebnis der Rehabilitationsmaßnahme, gemessen als Differenzwert zwischen erster und achter Woche der Rehabilitationsmaßnahme wurde nicht signifikant durch die Ausprägungen der Kontrollerwartungen beeinflusst.

Neben Regressionsanalysen wurden bivariate Korrelationen berechnet. Dabei wurden die Rohwerte der einzelnen Kontrollskalen bei der ersten Messung korreliert mit der Einnässfrequenz in der achten Woche der Rehabilitationsmaßnahme. Es ergaben sich eine nicht signifikante Korrelation zwischen der fatalistische Externalität und der Anzahl der nassen Nächte in der achten Woche. Auf dem Niveau von .05 zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen Internalität und der Anzahl der nassen Nächte in der achten Woche ($r = .30$); ebenso zwischen der sozialen Externalität und der Anzahl der nassen Nächte in der achten Woche ($r = .36$).

Alle Korrelationen der Ausprägung der Kontrollvorstellungen zum zweiten Messzeitpunkt mit der Einnässfrequenz in der achten Woche waren nicht signifikant.

Die Korrelationen zwischen dem Differenzwert der ersten Rehabilitationswoche und der letzten Rehabilitationswoche mit dem Rohwert der zweiten Testung der internalen Kontrolle war auf dem 95 % - Niveau signifikant ($r = .26, p < .044$). Die Korrelationen zwischen dem Differenzwert der ersten Rehabilitationswoche und der letzten Rehabilitationswoche mit den Rohwerten für die Externalität sowie die soziale Internalität des zweiten Messzeitpunktes waren nicht signifikant. Die Korrelationen zwischen dem Differenzwert der ersten Rehabilitationswoche und der letzten Rehabilitationswoche mit den Rohwerten für die Skalen des KKG zum ersten Messzeitpunkt waren alle nicht-signifikant.

Hypothese 8 kann als abgelehnt gelten. Die Ausprägungen der Kontrollvorstellungen waren weder Prädiktoren für die Einnässhäufigkeit vor der Rehabilitationsmaßnahme noch für den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme.

6.2 Analyse des Interviews

Des Weiteren wurde das Interview ausgewertet, das mit 19 Patienten durchgeführt wurde. Im Folgenden werden die einzelnen Fragen nacheinander ausgewertet.

Die erste Frage lautete: „Wenn du an zu Hause denkst, was gefällt dir da am meisten?“ Jedem Befragten fiel hierzu etwas ein. Fünf Patienten machten eine Angabe, Acht machten zwei Angaben. Weitere fünf Patienten machten drei Angaben und ein Patient erinnerte vier Aspekte. Mehr Nennungen als vier kamen nicht vor. Bei der Art der Nennungen tauchten auf:

- Gegenstände (z.B. Lego, Fernseher) 11mal,
- interpersonale Aspekte (z.B. viele Freunde) sieben Mal,
- abstrakte Werte (z.B. Liebe, Verständnis) sechs Mal,
- sportliche Aktivitäten (z.B. Radfahren, Fußball) acht Mal sowie
- ein allgemeines „alles“ sechs Mal.

Nachdem die Patienten die offene Frage beantwortet hatten, wurde ihnen eine Liste mit möglichen positiven Aspekten vorgelegt. Im Folgenden wird nur die Antwort erwähnt, bei der die Häufigkeit am größten war (siehe Tabelle 15, nächste Seite). Beim Item „mit den Eltern zusammen sein zu können“ gaben 11 Patienten an, dies „immer“ besonders wichtig zu finden. Keinem Patienten war dies egal. „Mit den Geschwistern spielen zu können“ war für sieben Patienten „manchmal“ besonders schön. „Ein eigenes Zimmer zu haben“ gefiel 11 Patienten „meistens“. Bei den Items „mit der Playstation spielen zu können“ und „mein Musikinstrument“ konnte keine eindeutige Mehrheit ausgemacht werden. Der überwiegende Teil der Patienten besaß weder eine Playstation noch ein Musikinstrument. „Ein Haustier zu haben“ gefiel 12 Patienten „immer“ besonders gut. „Mit dem Fahrrad fahren zu können“ war für sieben Patienten „immer“ besonders gut. Beim Item „in die Schule zu gehen“ lag der Modalwert bei der Antwortmöglichkeit „manchmal“ (sieben Patienten) ebenso beim Item „viele Süßigkeiten zu haben“ (acht Patienten).

Die zweite Frage lautete: „Gibt es auch etwas, was dich zuhause stört?“. Acht Patienten gaben an, es würde sie nichts stören. Acht Patienten machten eine Angabe und drei Patienten machten zwei Angaben. Ein Patient gab an, die Enuresis würde ihn stören, ein weiterer Patient gab einen räumlichen Aspekt an (fehlendes eigenes Zimmer), ein Patient benannte Streit mit Freunden als störenden Punkt, ein Patient gab als störend an, dass seine Katze tot sei. Familiäre Probleme wurden neun Mal benannt, dabei gab es sechsmal Streit mit Geschwistern und dreimal Streit mit Eltern.

Tabelle 15: Antworthäufigkeiten bei der Frage „Wenn du an zu Hause denkst, was gefällt dir da am meisten?“

Item	Häufigkeit absolute Anzahl (Prozent)				
	egal	manchmal	meistens	immer	fehlend
mit den Eltern zusammen sein zu können	0	2 (11%)	5 (26%)	11 (58%)	1 (5%)
mit den Geschwistern spielen zu können	2 (11%)	7 (37%)	3 (16%)	3 (16%)	4 (21%)
ein eigenes Zimmer zu haben	1 (5%)	1 (5%)	11 (58%)	1 (5%)	5 (26%)
mit der Playstation spielen zu können	2 (11%)	2 (11%)	1 (5%)	2 (11%)	12 (63%)
ein Haustier zu haben	1 (5%)	1 (5%)	0	12 (63%)	5 (26%)
mit dem Fahrrad fahren zu können	1 (5%)	4 (21%)	6 (32%)	7 (37%)	1 (5%)
in die Schule zu gehen	2 (11%)	7 (37%)	5 (26%)	4 (21%)	1 (5%)
viele Süßigkeiten zu haben	2 (11%)	8 (42%)	6 (32%)	2 (11%)	1 (5%)
mein Musikinstrument	2 (11%)	1 (5%)	1 (5%)	0	15 (79%)

Bei Frage 3 („Wenn das, was dich stört, nicht wäre, würdest du dann weniger ins Bett machen?“) gaben drei Kinder an, dass sie dann weniger ins Bett machen würden: Ein Kind gab an, von Klassenkameraden verprügelt zu werden, ein anderes meinte, sein Bruder würde nicht genug mit ihm spielen, der Dritte sagte, seine kleinen Geschwister würden ihn ärgern und die Mutter würde bei den Hausaufgaben drängeln. Fünf Patienten gaben „nein“ an, ein Patient sagte „vielleicht“: Er würde woanders als zu Hause nicht einnässen, seiner Meinung nach lag das Bettnässen daran, dass er zu Hause kein eigenes Zimmer hatte. Zehn Patienten wurde die Frage nicht gestellt, weil sie bei Frage zwei keine Antwort gefunden hatten. Ein realistischer Zusammenhang zur Enuresis ist bei den Antworten auf den ersten Blick nur bei dem Patienten klar, der das fehlende eigene Zimmer als Ursache angab. Bei den anderen „Störungen“ gibt es einen Zusammenhang eher indirekt darüber, dass die geschilderten Probleme mit anderen Menschen für den Patienten Stress bedeuten und sich dieser Stress durch die Enuresis zeigte. Es könnte auch sein, dass gar kein Zusammenhang besteht, dieser Frage würde in weiteren Gesprächen mit den Patienten geklärt werden müssen.

Frage 4 lautete: „Was wäre anders, wenn du nicht ins Bett machen würdest?“. Jeder Befragte fand hierbei mindestens eine Antwort. Neun Patienten machten eine Angabe, sieben Patienten machten zwei Angaben und drei Patienten machten drei Angaben. Folgende Aspekte wurden von den Patienten genannt:

- pragmatische Aspekte (weniger Arbeit als durch das nasse Bett) (neun Mal),
- interpersonale Aspekte in Bezug auf die Familie (weniger Streit, bessere Laune) (vier Mal),
- interpersonale Aspekte in Bezug auf Peers (Fremdübernachtung oder Spielgefährten ins Zimmer kommen lassen) (fünf Mal),
- weniger negative Emotionen (fünf Mal),
- die Bettruhe würde sich ändern (vier Mal),
- mehr Freiraum (drei Mal),
- eine Belohnung bekommen, wenn sie trocken werden würden (zwei Mal),

- der Wellensittich könne dann frei im Zimmer fliegen (ein Mal).

Es wurde eine Vielzahl an unterschiedlichen Aspekten genannt, die von den Patienten als einschränkend erlebt wurden. Manchen Patienten schienen die zwischenmenschlichen Aspekte am prägnantesten zu sein, anderen fiel eher die wegfallende Arbeit ein. Eine Belohnung zu bekommen war eher ein Dazugewinn als ein Wegfall etwas Negativen. Ein sekundärer Krankheitsgewinn wird nicht deutlich, kein Patient befürchtete, mit Ende der Symptomatik etwas Positives zu verlieren. Der fliegende Wellensittich wirkte etwas unpassend, wurde erst dadurch logisch, dass bei trockenem Bett nicht so häufig gelüftet werden muss, und damit die Gefahr, dass ein frei fliegender Vogel davonfliegt, geringer wird.

Die Fragen 5 und 6 „Wie reagiert dein Vater/deine Mutter, wenn du ins Bett gemacht hast?“ wurden zuerst offen gestellt.

- Sieben Väter und vier Mütter zeigten sich unbeeindruckt und reagierten gar nicht auf ein nasses Bett.
- Zwei Väter und drei Mütter schimpften.
- Drei Väter und vier Mütter machten dem Patienten Vorwürfe.
- Ein Vater und vier Mütter würden morgens das Bett neu beziehen.
- Ein Vater und keine Mutter gaben morgens dem Patienten den Auftrag, das Bett neu zu machen.
- Ein Vater und fünf Mütter machten dem Patienten Mut oder munterten ihn auf.

Im Anschluss an die offene Frage wurde den Befragten eine Tabelle mit möglichen Reaktionen des jeweiligen Elternteils gegeben. Die Items umfassten einerseits Verhaltensweisen, andererseits emotionale Reaktionen der Eltern. Erfragt wurde die Häufigkeit, mit der die Eltern die jeweilige Verhaltensweise bzw. die Emotion zeigten.

Der jeweils höchste Prozentsatz lag bei den Items, die sich auf die Reaktion des Vaters bezogen (siehe Tabelle 16), bei allen Items ausser beim Item „Er tröstet mich“ (Modi lagen mit jeweils zwei Nennungen bei „manchmal“ und „oft“) und beim Item „Er ist traurig“ (Modus lag bei „manchmal“) bei der Antwortmöglichkeit „trifft nie zu“. Beim Item „Er tröstet mich“ sind die Antworthäufigkeiten relativ gleichverteilt.

Die Reaktionen, die ein Teil der Väter in der Wahrnehmung der Patienten als „immer“ ausgeführt genannt wurden, waren: Das Bett neu machen (zwei Patienten), reaktionslos weggehen (zwei Patienten), Tröstung (zwei Patienten), helfen beim Bettbeziehen (zwei Patienten) und „egal-sein“ (ein Patient). Negative Reaktionen vom Vater wie Auslachen oder Bestrafen des Befragten kamen nie vor. Allerdings wurden drei Patienten mindestens manchmal ausgeschimpft; zwei Befragte erlebten, dass der Vater sich mindestens manchmal lustig machte.

Auch bei den Items, die sich auf die Reaktion der Mutter bezogen (ebenfalls Tabelle 16), lag der höchste Prozentsatz bei den meisten Items bei der Antwortmöglichkeit „nie“. Ausnahmen waren hier die Items „Sie tröstet mich“ und „Sie ist traurig“ (hier lag der Modus bei „manchmal“); und bei den Items „Sie macht mein Bett neu“ sowie „Sie hilft mir dabei, das Bett neu zu beziehen“ lag der höchste Prozentsatz bei der Antwortmöglichkeit „immer“ (jeweils 37 % der Mütter).

Im Vergleich der Prozentzahlen zeigten sich einige erhebliche Unterschiede in den wahrgenommenen Reaktionsweisen der Eltern. 75 % der Väter machen nie das Bett neu, aber nur 16 % der Mütter machen nie das Bett neu. „Immer“ machten dagegen 37 % der Mütter, aber nur 13 % der Väter das Bett neu. Getröstet wurden die Patienten von 31 % der Väter und 5 % der Mütter oft, dagegen aber von 13 % der Väter und 26 % der Mütter immer. Auch bei den Angaben, inwiefern Eltern helfen beim Bettmachen, verändert sich das Verhältnis: 56 % der Väter, aber nur 11 % der Mütter helfen nie, 6 % der Väter und 21 % der Mütter helfen oft, und nur 13 % der Väter versus 37 % der Mütter helfen immer. 44% der Väter würden sich nie ärgern, dagegen 37 % der Mütter; 16 % der Väter ärgerten sich oft, im Vergleich zu 28 % der Mütter. 40 % der Väter versus 26 % der Mütter waren manchmal enttäuscht über ein nasses Bett, 7 % der Väter und 16 % der Mütter waren darüber oft enttäuscht.

Tabelle 16: Reaktionen der Eltern

Item	Antworthäufigkeit			
	nie	manchmal	oft	immer
Er schimpft mich aus.	13 (81 %)	2 (13 %)	1 (6 %)	0
Sie schimpft mich aus.	15 (79 %)	2 (11 %)	1 (5 %)	1 (5 %)
Er macht mein Bett neu.	12 (75 %)	1 (6 %)	1 (6 %)	2 (13 %)
Sie macht mein Bett neu.	3 (16 %)	5 (26 %)	4 (21 %)	7 (37 %)
Er geht weg, ohne etwas zu sagen.	10 (63 %)	3 (19 %)	1 (6 %)	2 (13 %)
Sie geht weg, ohne etwas zu sagen.	14 (74 %)	4 (21 %)	1 (5 %)	0
Er lacht mich aus.	16 (100 %)	0	0	0
Sie lacht mich aus.	18 (95 %)	1 (5 %)	0	0
Er bestraft mich.	16 (100 %)	0	0	0
Sie bestraft mich.	18 (85,5 %)	1 (5 %)	0	0
Er macht sich über mich lustig.	14 (88 %)	2 (13 %)	0	0
Sie macht sich über mich lustig.	18 (95 %)	1 (5 %)	0	0
Er tröstet mich.	4 (25 %)	5 (31 %)	5 (31 %)	2 (13 %)
Sie tröstet mich.	6 (32 %)	7 (37 %)	1 (5 %)	5 (26 %)
Er hilft mir dabei, das Bett neu zu beziehen.	9 (56 %)	4 (25 %)	1 (6 %)	2 (13 %)
Sie hilft mir dabei, das Bett neu zu beziehen.	2 (11 %)	6 (32 %)	4 (21 %)	7 (37 %)
Er ärgert sich.	7 (44 %)	6 (32 %)	3 (16 %)	0
Sie ärgert sich.	7 (37 %)	5 (28 %)	5 (28 %)	1 (6 %)
Es ist ihm egal.	12 (75 %)	3 (16 %)	0	1 (6 %)
Es ist ihr egal.	15 (79 %)	3 (16 %)	1 (5 %)	0
Er ist traurig.	6 (32 %)	9 (56%)	1 (6 %)	0
Sie ist traurig.	7 (37 %)	9 (47%)	1 (5 %)	2 (11 %)
Er ist enttäuscht	8 (53 %)	6 (40%)	1 (7 %)	0
Sie ist enttäuscht.	11 (58 %)	5 (26%)	3 (16 %)	0
Er ist ratlos.	7 (44 %)	5 (31 %)	4 (25 %)	0
Sie ist ratlos.	8 (42 %)	7 (37 %)	4 (21 %)	0

In der Beantwortung der offen gestellte Frage gab es also nur vier Antworten, die mit einer geschlossenen Antwortmöglichkeit korrespondierten: „Aufgemuntert zu werden“ war von selbst von sechs Patienten genannt worden, bei der geschlossenen Frage nach dem Trost durch die Eltern zeigte sich, dass insgesamt 25 Väter oder Mütter mindestens manchmal trösteten. „Ausgeschimpft werden“ wurde ungefragt von fünf Patienten genannt, in der geschlossenen Frage ergab sich, dass drei Väter und vier Mütter schimpften. Bei dieser Frage ergab sich also eine relativ hohe Übereinstimmung zwischen den selbst genannten, wahrgenommenen und erinnerten Reaktionen und den vorgegebenen Möglichkeiten. „Das Bett neu beziehen“ wurde von fünf Patienten von selbst genannt, in der geschlossenen Frage gab es immerhin insgesamt 20 Väter und

Mütter, die das Bett neu bezogen. Die offen genannte Antwort, die Eltern zeigten sich unbeeindruckt, läßt sich am ehesten vergleichen mit der geschlossenen Möglichkeit, „weggehen, ohne etwas zu sagen“ oder mit „egal sein“ als Reaktion. Nach der offenen Frage reagierten elf Elternteile unbeeindruckt. „Weggehen, ohne etwas zu sagen“ war auch elfmal als mindestens manchmal in der geschlossenen Beantwortung genannt; „egal sein“ wurde bei acht Elternteilen als Reaktion gesehen.

Auch die Antworten der Frage 7 „Was sagen deine Geschwister dazu?“ waren unterschiedlich. Bei zwei Patienten zeigten die Geschwister gar keine Reaktion, für die Geschwister von fünf Patienten war das Bettnässen Normalität und die Geschwister machten den Patienten Mut. Ein Patient wurde von den Geschwistern erpresst, ein anderer fühlte sich ausgegrenzt. Zwei Patienten fühlten sich durch die Geschwister geärgert. Zwei Patienten erlebten Vorwürfe und negative Emotionen von ihren Geschwistern.

Auf die Frage 8 „Wissen deine Freunde, dass du ins Bett machst? Was sagen die dazu?“ antworteten elf Patienten, dass mindestens ein Freund es wisse. Neun davon erlebten neutrale oder positive Reaktionen der Freunde, zwei Patienten wurden wegen des Bettnässens von Freunden geärgert. Von diesen elf Patienten gab nur einer an, dass alle Freunde das Problem kennen würden, die anderen Patienten hatten es nur wenigen gesagt. Sechs Patienten gaben ohne weitere Begründung an, niemand würde vom Bettnässen wissen, ein weiterer Patient gab Angst vor negativen Konsequenzen als Grund an, warum er es niemandem sagen würde. Ein Patient gab an, seinem Freund gesagt zu haben, er sei nierenkrank (Fehlinformation).

Auf die Frage „Wie geht es dir, wenn du ins Bett gemacht hast?“ fiel vier Patienten spontan keine Antwort ein. Ein Patient gab die pragmatische Antwort, er würde das Bett abziehen. Neun Patienten erlebten negative Emotionen, einer war ratlos, zwei Patienten gaben an, neutral zu reagieren. Eine Patientin sagte, sie würde sich „doof fühlen“, weil sie das Bett neu beziehen müsse (Mischung aus Pragmatik und negativem Gefühl als Reaktion). Ein Achtjähriger sagte: „Mutti weiß es dann schon, weil wir zusammen in einem Bett schlafen. Ich bin ein Kuschelmax“. Diese Aussage war nonverbal durch ein Strahlen im Gesicht begleitet. Die negativen Gefühle, die angegeben wurden, waren unspezifische Gefühle wie „doof“, aber auch spezifische Gefühle wie „wütend“, „verärgert“ oder „traurig“. Nachdem die Patienten die Frage beantwortet hatten, wurde ihnen eine Liste mit möglichen emotionalen Reaktionen vorgelegt (Tabelle 17). Der höchste Prozentsatz lag bei den Items „Ich freue mich.“ (alle 19 Patienten), „Ich bin wütend.“ (zehn Patienten), „Es ist mir egal“ (15 Patienten) und „Ich bin ratlos“ (neun Patienten) bei der Antwortmöglichkeit „nie“. Bei den Items „Ich bin genervt“ (acht Patienten), „Ich bin traurig“ (neun Patienten), „Ich ärgere mich“ (acht Patienten) und „Ich bin enttäuscht“ (elf Patienten) war der höchste Prozentsatz bei der Antwortmöglichkeit „manchmal“. Bei den Antwortmöglichkeiten „oft“ und „immer“ lag der Modus bei keinem Item.

Tabelle 17: Antworthäufigkeiten auf die Frage „Wie geht es dir, wenn du ins Bett gemacht hast?“

Item	Antworthäufigkeit			
	nie	manchmal	oft	immer
Ich bin genervt.	6 (32 %)	8 (42 %)	3 (16 %)	2 (11 %)
Ich freue mich.	19 (100 %)	0	0	0
Ich schäme mich.	5 (26 %)	9 (47 %)	4 (21 %)	1 (5 %)
Ich bin wütend.	10 (53 %)	6 (32 %)	2 (11 %)	1 (5 %)
Ich bin traurig.	3 (16 %)	9 (47 %)	6 (32 %)	1 (5 %)
Es ist mir egal.	15 (79 %)	4 (21 %)	0	0
Ich ärgere mich.	6 (32 %)	8 (42 %)	4 (21 %)	1 (5 %)
Ich bin ratlos.	9 (47 %)	3 (16 %)	6 (32 %)	1 (5 %)
Ich bin enttäuscht.	5 (26 %)	11 (58 %)	2 (11 %)	1 (5 %)

Wenn die Verteilung der Antwortmöglichkeiten in den Bereichen „nie“ und „manchmal“ versus „oft“ und „immer“ betrachtet wird, ergibt sich ein klares Bild: Die ersten beiden Kategorien wurden immer von weniger Patienten genutzt als die letzten beiden Kategorien (siehe Abbildung 9).

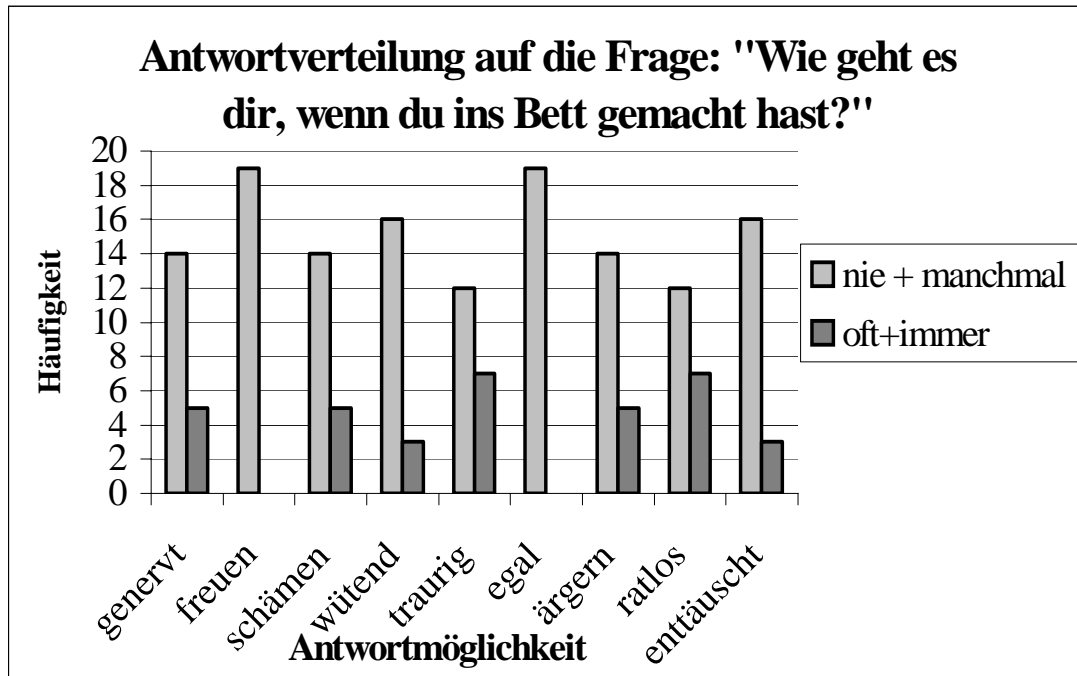


Abbildung 9: Antwortverteilung auf die Frage: „Wie geht es dir, wenn du ins Bett gemacht hast?“

Am deutlichsten war der Unterschied zwischen den beiden Kategorien bei den Items „Ich freue mich“ und „Es ist mir egal“. Der geringste Unterschied war bei den Items „Ich bin traurig“ und „Ich bin ratlos“.

Auf die Frage 10 „Kennst du ein anderes Kind, das auch ins Bett macht? Warum macht das wohl ins Bett?“ gaben sechzehn Patienten an, niemand anderen zu kennen. Drei Patienten kannten jemanden, davon waren es bei zwei Patienten Freunde und bei einem ein Geschwisterkind. Nur ein Patient hatte eine Idee für eine Verursachung: Der Freund würde zu viel trinken.

Als Letztes wurden die Patienten gefragt: „Was habt ihr schon getan, damit du nachts nicht mehr ins Bett machst? Hat das geholfen?“. Ein Patient gab nur eine Antwort, sieben Patienten hatten schon zwei Methoden ausprobiert, sechs Patienten gaben drei Antworten, drei Patienten hatten vier Methoden ausprobiert. Zwei Patienten gaben sogar fünf Antworten.

Am Häufigsten genannt wurden „Medikamente“ von 13 Patienten, gefolgt von apparativen Verfahren (elf Patienten) und der Einschränkung der Trinkmenge (bei neun Patienten). Sieben Patienten gaben an, schon mal durch Wecken in der Nacht versucht zu haben, das Bettnässen zu beeinflussen, drei Patienten gaben „windeln“ als Methode an, jeweils zwei Patienten gaben an, sie würden „zum Psychologen gehen“ oder extra nochmals auf die Toilette gehen (einer davon nur abends, der zweite ab 15 Uhr stündlich). Ein Patient gab an, autosuggestiv vorzugehen („ich sage mir manchmal vor'm Schlafengehen, dass ich nicht einpullere“), ein Weiterer hatte Beckenbodengymnastik ausprobiert, ein Patient hatte einen Kalender geführt. Ein Patient gab an, sich abends Hausschuhe anzuziehen, damit die Füße nicht kalt werden. Ein Patient hatte schon Kuren gemacht. Bei einem Patienten war die Schadensbegrenzung eine Methode, bei ihm wurden Handtücher auf das Bett gelegt, damit das Bett nicht nass wird.

7 Diskussion

Ziel dieser Untersuchung war, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme auf ihre Wirksamkeit hin zu testen und zu überprüfen, ob die im ambulanten Setting gefundenen Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit von Therapiemethoden auch im stationären Setting Einfluss haben. Ein weiterer Aspekt dieser Untersuchung war, inwiefern Kontrollvorstellungen Auswirkungen auf die Symptomatik und den Rehabilitationserfolg haben. In einem explorativen Interview mit einigen Patienten sollte die kindliche Sicht auf die Enuresis und ihre Auswirkungen auf Familie und Peers erkundet und potentielle Resilienzfaktoren ausfindig gemacht werden.

Die Untersuchung wurde in der Rehabilitationsklinik Neuhirschstein durchgeführt, daran nahmen in den Jahren 2001 und 2002 208 Kinder und Jugendliche mit der Hauptdiagnose Enuresis nocturna teil. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden im Folgenden diskutiert. Dabei werden erst die Ergebnisse des quantitativen Teils der Studie diskutiert, anschließend das Interview. In den abschließenden Teilen sollen direkte Auswirkungen dieser Studie und ein Ausblick auf weiterführende Aspekte gegeben werden. Dabei wird eine Überschneidung dieser beiden Teile deutlich, da sich für mich aus dieser Studie direkt resultierende Überlegungen nur schlecht von den weiterführenden, von dieser Studie losgelösten Aspekten trennen lassen.

7.1 Diskussion der Ergebnisse

Ergebnisse des quantitativen Teils

Die erste Fragestellung in der vorliegenden Arbeit war, ob wirklich eine deutliche Verbesserung der Symptomatik durch die Rehabilitationsmaßnahme stattfand. Es zeigte sich ein hochsignifikanter Effekt: Die Patienten nässten am Ende der Rehabilitationsmaßnahme weniger ein als vorher. Dies kann als Zeichen für die Bedeutung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme angesehen werden. Wurden aber nicht die statistischen Kennwerte, sondern die Mittelwerte betrachtet, ergab sich ein etwas anderes Bild: Vor der Rehabilitation hatten die Patienten im Schnitt 4,6 mal pro Woche eingenässt, in der ersten Woche der Rehabilitationsmaßnahme im Durchschnitt 2,3 mal, ab der fünften Woche schwanken die Mittelwerte zwischen 1,71 und 1,77, in der letzten Woche ergab sich dann noch eine geringfügige Verbesserung des Durchschnittes auf 1,56.

Als erstes fällt der Unterschied im Mittelwert von vor der Maßnahme und der ersten Woche auf. Hier lässt sich kritisch fragen, ob der erhöhte Wert zu Beginn so „richtig“ war oder sich aus einem Erinnerungsfehler der Patienten oder der Eltern ergab. Die wenigsten Familien führen vor der Maßnahme Protokoll über die Häufigkeit des Einnässens, vielleicht überschätzten sie die Frequenz einfach. Dies könnte durch den Stress entstehen, der mit der Erkrankung zusammenhängen kann, dadurch wird die Symptomatik unter Umständen als schlimmer wahrgenommen, als sie wirklich ist. Oder Eltern übertreiben bewußt, um die Dringlichkeit der Rehabilitationsmaßnahme deutlich zu machen, also um überhaupt eine Rehabilitationsmaßnahme bewilligt zu bekommen. Andererseits zeigen meine eigenen Erfahrungen in der Befragung der Eltern, dass es vielen Eltern peinlich ist, die Frage, wie oft das Kind zu Hause einnässt, zu beantworten. Manche Eltern geben dann eher einen zu geringen Wert an. Im Verlauf des Aufenthaltes sagen die Kinder dann häufig, wie oft sie einnässen – diese Angabe ist oft höher als die der Eltern (kann aber auch einem Gedächtnisfehler entsprechen). Um dieses Problem zu lösen, wurde in der Messwiederholungsanalyse ein Vergleich ohne den Wert vor der Maßnahme durchgeführt. Dennoch blieb das statistische Ergebnis hochsignifikant.

Durch die Berechnung zeigte sich, dass es nach der sechsten Woche der Rehabilitationsmaßnahme keine weitere signifikante Veränderung der Einnässhäufigkeit gab (im Vergleich der Mittelwerte zwischen der sechsten und achten Woche der Maßnahme).

Auf der individuellen Ebene ergab sich zwischen der ersten und achten Woche der Rehabilitationsmaßnahme für 47,3 % der Patienten eine Verbesserung in der Häufigkeit des Einnässens. Wird als Ausgangswert die angegebene Häufigkeit zu Hause vor der Maßnahme

gewählt, ergab sich eine Verbesserung sogar für 86,6 %. Je nachdem, welcher Wert als der „wahre“ Wert angenommen wird, zeigt sich also ein anderes Bild.

Eine zweite Fragestellung in dieser Arbeit war, ob eine positive Veränderung der Einnässfrequenz auch nach der Rehabilitation noch stabil blieb. Hierbei wurde, ähnlich wie bei der ersten Hypothese, in zwei Schritten sowohl mit dem Wert vor der Maßnahme als auch ohne diesen Wert gerechnet. Es ergaben sich auch hier hochsignifikante Unterschiede in den Mittelwerten. Die Patienten nässt zu Hause nach der Maßnahme weniger ein als vor der Rehabilitationsmaßnahme. Einschränkend für die Validität dieses Ergebnisses ist allerdings, dass nur eine geringe Patientenzahl (37,5 %) an der Nachbefragung teilgenommen hat. Es gibt mehrere mögliche Ursachen dafür:

- Die Patienten haben vergessen, den Kalender weiter auszufüllen;
- den Patienten geht es zu Hause so gut, dass sie es nicht notwendig finden, den Kalender weiterhin auszufüllen, oder
- den Patienten geht es zu Hause wesentlich schlechter und sie schämen sich, negative Rückmeldung zu geben.

Eine ähnliche Frage stellt sich dazu, ob der geschickte Kalender den „wahren“ Werten entsprach. Manchen Kalendern war anzusehen, dass sie nach vier Wochen insgesamt angemalt wurden oder dass ein paar nasse Betten dazu gemalt wurden. Andere erschienen wirklich ernsthaft ausgemalt.

Die bei beiden Fragestellungen angenommene Moderatorvariablen Alter und Geschlecht hatten keinen Einfluß auf das Ergebnis der Maßnahme. In einigen anderen Studien, in denen allerdings entweder ein ambulantes Setting oder eine Befragung im Feld durchgeführt wurde, wurde auch kein Einfluss dieser Variablen auf das Ergebnis von Behandlungen festgestellt (siehe Kap. 2.4.2).

In einer nächsten Fragestellung wurde überprüft, ob es psychosoziale Faktoren gibt, die die Heilungschancen erhöhen (oder verringern). In der Literatur gibt es dazu einige Stellungnahmen, keine davon beschäftigt sich mit dem stationären Setting.

In dieser Untersuchung wurden die Arbeitslosigkeit der Eltern, die Familienstruktur, die Schichtzugehörigkeit der Eltern, das Vorhandensein eines eigenen Zimmers für den Patienten, die Anzahl der Geschwister sowie die Anzahl von Belastungen für den Patienten einbezogen. Im Gegensatz zum ambulanten Setting, wo einige der obengenannten Faktoren einen Einfluss zeigten (siehe Kap. 2.4.2), zeigte keiner der angenommenen Faktoren eine Auswirkung. In der Übersichtsarbeit von Stegat (1991) zeigten eine zusätzliche Enuresis diurna, kein eigenes Zimmer und eine Vernachlässigung durch die Eltern einen negativen Einfluss auf die Therapie mit einer Klingelhose oder –matratze; bei Butler, Brewin und Forthyse (1988) zeigten sich die Enuresis diurna und eine unbefriedigende Haushaltsführung (was u.U. einer Vernachlässigung ähnelt) als Faktoren mit negativem Einfluss auf den Erfolg eines Dry-Bed-Trainings. Das Zimmer mit einem Geschwisterkind oder den Eltern teilen zu müssen, kann ein Kind daran hindern, bei erhöhtem Blasendruck auf die Toilette zu gehen, wenn z.B. die Gefahr besteht, dass es einen anderen Menschen dabei weckt. In dieser Studie könnte der Faktor eine negative Auswirkung gehabt haben, weil den Patienten bewusst war, dass es keine negativen Konsequenzen haben würde, wenn sie nachts aufstehen würden. Die Vernachlässigung durch die Eltern kann bei ambulanter Therapie eine Auswirkung haben, da Eltern gerade bei jüngeren Patienten Therapiemaßnahmen unterstützen müssen, so dass eine korrekte Anwendung einer Klingelmatte unter Umständen nicht gewährleistet werden kann, wenn Eltern ihre Kinder vernachlässigen. Dieser Gefahr wird in der stationären Rehabilitation aus dem Weg gegangen bzw. es wird als deutlicher Vorteil der stationären Therapie benannt, dass Eltern abwesend sind bei der Durchführung von Therapien. Es ist also insgesamt ein positives Ergebnis, dass diese Faktoren keinen Einfluss zeigten. Einschränkend zur Übertragbarkeit muss festgestellt werden, dass in der Klinik weder mit apparativen Verfahren, noch mit der Gabe von Medikamenten gearbeitet wird.

Auch angenommene Belastungsfaktoren wie Scheidung der Eltern oder Streitigkeiten mit Peers hatten in dieser Studie keinen Einfluss auf den Erfolg der Maßnahme. Die generelle Annahme, dass eine Trennung der Eltern eine Belastung für Kinder darstellt, wird von vielen Seiten inzwischen als fragwürdig angesehen. Bruner (1999) z.B. schreibt, dass „...Trennung der

Eltern immer ein Indikator für vorbestehende ungünstige Lebensbedingungen sind bzw. ungünstige Lebensbedingungen für das Kind nach sich ziehen“; und „...Verlusterlebnisse erhöhen bei mangelnder Verarbeitung die Vulnerabilität einer Person in Richtung späterer Verlusterlebnisse“ und „...Wenn ein Verlusterlebnis zu negativen Veränderungen im kindlichen Umfeld führt, dann steigt auch die Vulnerabilität in Richtung psychopathologischer Symptomatik in späteren Lebensaltern“ (Zitate). Hieraus kann geschlossen werden, dass Trennungen oder Scheidungen negative Folgen für ein Kind haben *können* – nicht zwangsweise haben *müssen*.

In vielen Studien, wurde gefunden, dass es neben der Enuresis nocturna oft noch eine weitere Verhaltensauffälligkeit bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen gibt. In dieser Studie wurde überprüft, ob bei den Patienten in der Klinik auch eine Komorbidität der Enuresis nocturna mit einer oder mehreren weiteren Auffälligkeiten auftrat. Über die Hälfte der Patienten hatten nur eine Enuresis nocturna (54,8%) und keine weitere Diagnose. Die am meisten auftauchende komorbide Problematik war die Adipositas (14,4%), gefolgt von der Enuresis diurna (12,5%). Bei einem Vergleich der Auftretenshäufigkeit in dieser Stichprobe mit der Prävalenz in der Gesamtbevölkerung fällt auf, dass die Enkopresis die einzige Störung ist, deren Prävalenz (1%) höher ist als die Häufigkeit der Störung in der Stichprobe (3,4%). Bei den anderen Auffälligkeiten liegt die Auftretenshäufigkeit innerhalb des Ranges der Prävalenz. Da die Stichprobe in dieser Studie zu klein war, konnte nicht gemessen werden, ob der Unterschied signifikant war.

Zur Erklärung dieses Unterschiedes ist Folgendes möglich: Es könnte sein, dass Einkoten eine noch viel größere Scham bei der Öffentlichmachung bedeutet und so dem Kinderarzt gar nicht mitgeteilt wird. Es gibt Eltern, die beim Erstgespräch zur Aufnahme zum ersten Mal von diesem Problem berichten mit der Anmerkung, sie würden dem Kinderarzt nicht genug vertrauen. Durch dieses Verschweigen sinkt die Prävalenz in der Gesamtpopulation künstlich (da eigentlich viel mehr Kinder und Jugendliche betroffen sind), wenn davon auszugehen ist, dass es noch mehr solche Eltern gibt, denen es zu peinlich ist, eine Enkopresis zu erwähnen.

In mehreren Studien betont wird, dass es eine hohe Komorbidität zur ADHS oder zur Störung des Sozialverhaltens gibt. Wenn in dieser Studie die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung (3-5 %) im Vergleich zur Komorbidität (4,3 %) gesehen wird, gibt es keinen Unterschied. Damit relativiert sich die Aussage, dass es eine erhöhte Komorbidität gibt. Vielleicht zeigt sich in den Studien nur die „normale“ Prävalenzrate – und nicht eine überhöhte Komorbidität! D. h. es wäre interessant zu wissen, ob in den Studien, die von einer erhöhten Prävalenz sprechen (siehe Kap. 2.3.2), dieser Gesichtspunkt bei der Beurteilung der Daten miteinbezogen wurde. Von einer erhöhten Prävalenz könnte erst dann gesprochen werden, wenn die Quote größer wäre als die Prävalenzrate.

Neben den durch die Beurteilung durch Psychologen und Ärzte diagnostizierten psychischen Auffälligkeiten wurde in dieser Studie als weiteres Maß die Child Behavior Checklist gewählt. Für die Kompetenzskalen zeigte sich, dass 53,2 % aller Patienten besonders hoch ausgeprägte Kompetenzen in den Bereichen „Soziale Kompetenz“, „Schule“ und „Aktivitäten“ aufwiesen. D.h. entgegen den Annahmen haben bettnässende Kinder und Jugendliche hoch ausgeprägte Fähigkeiten und Fertigkeiten. Hier zeigt sich wieder, dass der einseitige Blick auf Defizite den Blick für potentielle Stärken und damit Resilienzfaktoren behindert. In den Skalen, die die „Defizite“ messen, zeigten sich keine besonderen Auffälligkeiten bei den Bettnässern.

In dieser Studie sollte untersucht werden, ob und wie Kontrollvorstellungen Einfluss auf die enuretische Symptomatik hatten. Dazu war das Modell von Levensohn (1974) und darauf bezogen der Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) von Lohaus und Schmitt (1989) als Messinstrument ausgewählt worden. Bei der Planung dieser Studie war nicht davon ausgegangen worden, dass nur ein geringer Teil der Patienten im Alter von 12 Jahren war, so dass die Teilstichprobe der Patienten, mit deren Beantwortungen des Fragebogens gerechnet werden konnte, nur klein war.

Es war angenommen worden, dass ältere Patienten, die schon jahrelang einnässen, eine ausgeprägte fatalistische Externalität zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme vorweisen. Hinter dieser Hypothese stand die Annahme, diese Patienten hätten schon lange Zeit die Erfahrung gemacht, dass weder sie selbst noch andere Menschen ihnen bei der Heilung helfen können. Sie erklären sich die Enuresis vielleicht eher mit „Schicksal“ oder „Zufall“. Dies scheint aber nicht

der Fall zu sein. Alter und Ausprägung der fatalistischen Externalität hängen nicht signifikant zusammen.

Ebenso war angenommen worden, dass im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme die interne Kontrollvermutung ansteigen würde. Im Behandlungskonzept ist beinhaltet, den Glauben an die Selbstwirksamkeit bei den Patienten zu erhöhen. Andererseits werden die Patienten in der Klinik nur von „Experten“ behandelt, was zu einem Absinken der internalen Kontrollvorstellung und zu einem Anstieg der sozialen Externalität führen könnte.

Tatsächlich, bei Betrachtung der absoluten Zahlen, taucht eine überdurchschnittlich hohe Internalität eher am Anfang der Maßnahme auf. Dagegen taucht zu Ende häufiger eine unterdurchschnittliche Internalität auf. Da die Stichprobe recht klein ist, liegt hier nur eine Tendenz vor. Bei einer statistischen Testung zeigte sich diese augenscheinliche Veränderung auch: Die interne Kontrolle verringerte sich. Dieses Ergebnis war entgegen der aufgestellten Hypothese. Es kann u.U. sein, dass Patienten während der Rehabilitationsmaßnahme lernen, sich auf das Urteil und die Anweisungen der Experten zu verlassen und weniger ihren eigenen Vorstellungen nachgehen. Etwas provokativ könnte ein Zusammenhang dieser Veränderung zu Goffmanns Theorie über den Kontrollverlust in totalen Institutionen angedacht werden (siehe Kap. 2.4.3). Patienten geben mit Beginn der Rehabilitationsmaßnahme einen Teil ihrer Selbstbestimmung ab und müssen sich an ein neues Regelwerk gewöhnen. Diese Veränderung könnte sich in der geringeren internalen Kontrolle widerspiegeln.

In der Fragestellung war das Thema der Kontrollvorstellungen aufgenommen worden, weil angenommen wurde, dass Kontrollvorstellungen Einfluss auf gesundheitsbezogenes Handeln haben. In dieser Studie zeigte sich, dass sie keinen Einfluss auf den Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme in Bezug auf die Enuresis nocturna haben. Auch hatte die Ausprägung der Kontrollvorstellungen keinen Zusammenhang zur Einnässhäufigkeit vor der Maßnahme. Entweder haben Kontrollvorstellungen wirklich keine Auswirkung auf die Symptomatik, oder der KKG ist kein sensibles Instrument, um einen Zusammenhang bei diesem Störungsbild offen zu legen. Oder die Kinder und Jugendlichen blendeten bei der Beantwortung aus, dass sie einer Enuresis leiden und es konnte daher kein Zusammenhang festgestellt werden.

Ergebnisse des Interviews

Mit dem Interview sollte versucht werden, zum einen Schutzfaktoren für die Kinder und Jugendlichen zu finden, zum anderen das Klima oder die Atmosphäre in der betroffenen Familie und den Umgang mit der „Störung“ zu analysieren.

Bei der Durchführung des Interviews gab es die Schwierigkeit, dass es im Alltag der Patienten kaum Zeit zur Durchführung gab. Die Interviewten waren überwiegend Jungen, weil die Autorin in dem Interviewzeitraum die Jungenstation leitete und daher Gespräche mit Jungen in den Tagesablauf passten.

Positiv ist zuerst einmal anzumerken, dass alle befragten Patienten spontan etwas besonders Angenehmes erinnerten. Spiele und sportliche Tätigkeiten schienen sehr wichtig zu sein für die Patienten, viele erlebten aber auch die Unterstützung und Zuneigung der Eltern als positiv. Abstrakte Werte wie „Freundschaft“ wurden genauso oft genannt wie ein undifferenziertes „alles gefällt mir besonders gut“. Ob den Kindern und Jugendlichen vor der Befragung dies so deutlich war (also dass es etwas gibt, was für sie besonders wichtig ist), oder ob sie durch die Frage erst daran erinnert wurden und es sich deutlich machten, bleibt offen. Die Verschiedenheit der Antworten machte auf jeden Fall sichtbar, wie unterschiedlich wichtig Aspekte des Alltags für die Patienten sind.

Es fiel auch auf, dass für die meisten Kinder und Jugendliche sehr wichtig war, mit den Eltern zusammen sein zu können. Geschwister schienen weniger eine Rolle zu spielen. Statt dessen hatte das eigene Haustier große Bedeutung für die Patienten. Sachgegenstände wie die Playstation, ein Fahrrad oder auch Süßigkeiten schienen nicht so wichtig zu sein. Inhaltlich könnte der Unterschied zwischen Eltern/Haustier und Geschwistern so gedeutet werden, dass Geschwister in gewissem Sinne auch Konkurrenten um die Zuneigung und Zeit der Eltern sind. Die Zuneigung eines Haustier ist dem Kind sicher, für gewöhnlich zeigen Haustiere sich nicht empört bei

„Fehltagen“ des Kindes. Für die Fragestellung nach potenziellen Schutzfaktoren bestätigt sich Carrs Beobachtung der Wichtigkeit einer intakten Familie (siehe Kapitel 2.6 zu Resilienzfaktoren). In erster Linie wirkt sich die Beziehung zu den Eltern positiv auf das Wohlbefinden aus, Geschwister werden, wie auch aus der Beantwortung der Frage 7 deutlich wurde, nur von einigen Patienten als Unterstützung angesehen. Neu ist hier die Erkenntnis, dass es auch Tiere sein können, die als wichtig angesehen werden.

Die Frage, was zu Hause störe, wurde von der Hälfte der Patienten mit „nichts“ beantwortet. Dies ist an sich ein beruhigendes Ergebnis. Bei dieser offen gestellten Frage hatte nur ein Kind ans Bettnässen gedacht – trotz des Settings. Die Enuresis scheint als in den Gedanken nicht so bedeutsam zu sein, dass es den Kindern direkt einfiel. Andererseits könnte dies auch als Zeichen für einen geringen Leidensdruck gewertet werden. Wenn ein Patient stark beeinträchtigt wäre, würde er sich hier eher erinnern. Ob die genannten Aspekte wirklich im Zusammenhang mit der Enuresis standen, war nicht Ziel der Fragestellung des Interviews. Zumindest gäbe es Ansatzpunkte für therapeutisches Arbeiten, bei dem sich die Patienten erst genommen fühlen würden (was nach dem Dodo-Verdikt eine gute Basis für eine erfolgreiche Therapie ist).

Alle Befragten hatten eine Idee, was ohne die Enuresis besser wäre. Einem Großteil fielen pragmatische Aspekte ein, nämlich weniger Arbeit mit der dreckigen Wäsche bzw. mit dem Beziehen des Bettes zu haben. Es waren aber auch interpersonale Aspekte wie die Beziehung zu Familienangehörigen oder Treffen mit Freunden, die den Befragten einfielen.

Aus den Antworten auf die Fragen nach den Reaktionen der Eltern kann deutlich die Tendenz gesehen werden, dass Mütter immer noch eher „zuständig“ sind als Väter. Mütter machen häufiger das Bett des Kindes, muntern eher auf, machen aber auch eher Vorwürfe. Väter erscheinen in der Wahrnehmung der Kinder eher reaktionslos. Tendenziell involvierter erschienen Väter bei der Betrachtung der Antworten auf die geschlossenen Frage. Immerhin wirkte es für die Patienten so, als ob es 75 % der Väter nicht egal sei, ob das Bett morgens nass war. Wenig Reaktion wie z.B. Trost oder Bettmachen zu zeigen, mag für die Kinder wenig tröstlich sein – verhaltenstherapeutisch betrachtet kann eine Nichtbeachtung aber auch zur Löschung eines Verhaltens führen bzw. die positiven Aspekte des Bettnässens (Aufmerksamkeit der Eltern, Trost) werden verringert.

Die Reaktionen des Vaters, die ungefähr gleichverteilt häufig vorkamen, waren „Er tröstet mich“ und „Er ist ratlos“. Ratlosigkeit, Enttäuschung und Traurigkeit waren auch häufig wahrgenommene Gefühle beim Vater. Negative Reaktionen vom Vater wie z.B. Bestrafungen oder ausgelacht werden, tauchten nicht auf. Manche Kinder wurden ausgeschimpft, bei Zweien machte sich der Vater lustig und ein Großteil der Väter ärgerte sich über das Bettnässen.

Bei den Antworten auf die geschlossene Frage zeigte sich insgesamt, dass Mütter als involvierter wahrgenommen wurden als die Väter. In den meisten Fällen machte die Mutter das Bett des Kindes neu, nur drei Befragte gaben an, die Mutter würde dies nie tun. Mütter trösteten oft und halfen oft beim Bettenmachen. Viele Mütter wurden als traurig, enttäuscht oder ratlos angesehen. Negative Reaktionen wie ausgelacht werden oder sich lustig machen wurden jeweils einmal genannt.

Die Antworten auf diese beiden Fragen zeigten, wie vielschichtig Kinder ihre Eltern sehen. Es schien auch, als ob auch jüngere Kinder schon in der Lage waren, die Perspektive der Elternteile einzunehmen. Nach Piaget wäre diese Fähigkeit erst ab dem Alter von 12 Jahren ausgereift. Es kann natürlich sein, dass die befragten Kinder ihre eigenen Emotionen unbewusst auf die Eltern projizieren und die Antwort eigentlich Auskunft über die eigene Befindlichkeit gibt. Dass die Betroffenen sehr emotional auf das Bettnässen reagierten, zeigten die Antworten zur eigenen emotionalen Reaktion auf das nasse Bett. Kinder sind genervt, schämen sich, sind traurig, ärgern sich, sind ratlos oder enttäuscht. Nur der Patient, der nachdem er ins Bett machte, zu seiner Mutter ins Bett durfte, schien etwas Positives durch das Bettnässen zu bekommen.

Im Vergleich zur Studie von Gimpel und Warzak (1998), die fanden, dass 33 % aller Eltern auf die Enuresis mit Bestrafungen reagierten (siehe Kap. 2.3.2), sind in dieser Studie kaum negative Reaktionen der Eltern genannt worden. Es könnte sein, dass die Patienten in dieser Studie ihre Eltern schützen wollten und darum nicht sagen wollten, dass sie bestraft werden; oder dass es ihnen peinlich war, eine Bestrafung zuzugeben.

Ähnlich wie bei den Antworten zur ersten Frage wirkte es auch bei den Antworten auf die Frage, wie Geschwister auf das Bettnässen reagieren, als ob Geschwister in nur der Hälfte der Fälle als unterstützend wahrgenommen werden.

Bettnässende Kinder scheinen auch gut auszuwählen, welchen Freunden sie von ihrem „Problem“ berichten. Die meisten Befragten gaben an, es nur ausgesuchten Freunden mitgeteilt zu haben. Tatsächlich erleben sie die Freunde als hilfreich – und zwar zu einem höheren Prozentsatz, als Geschwister als hilfreich angesehen werden. Freunde erleben das Bettnässen wohl in den wenigsten Fällen und haben daher mehr Distanz dazu als Geschwister. Viele Kinder wollten keinem Freund davon berichten – vielleicht aus Angst vor negativen Reaktionen. Die wenigsten Befragten kannten ein anderes bettnässendes Kind.

Deutlich wurde durch das Interview, dass die meisten Kinder schon mehrere Therapiemethoden durchgemacht hatten, bevor sie zur Rehabilitationsmaßnahme kamen. Die Befragten gaben größtenteils realistische Behandlungsmethoden an, nur ein Kind führte eine Therapiemethode an, die eher nicht in einem Lehrbuch enthalten ist (es zog sich abends Hausschuhe an). Dieser Realismus der Kinder ist umso erstaunlicher, wenn die Piagetsche Theorie zur Entwicklung zu Vorstellungen zu Krankheit und Gesundheit auch auf dieses Krankheitsbild übertragen wird. Danach wäre es bei den jüngeren Kinder nicht so, dass sie Medikamente oder Beckenbodengymnastik als Therapiemethoden verstehen würden.

Leider war es in der Interviewsituation nicht sinnvoll, die Kinder direkt zu befragen, welche Ursache sie für das Bettnässen sehen. Da die Eltern schon am Vortag im Erstgespräch danach befragt wurden, hielt die Interviewerin es für wahrscheinlich, dass die Kinder nicht ihre eigene Meinung, sondern die der Eltern vom Vortag angeben würden. Statt der direkten Frage wurde indirekt danach gefragt, ob das Bettnässen besser werden würde, wenn ein für das Kind störender Faktor im Alltagsleben weg wäre bzw., welche Ursache sie für das Bettnässen eines anderen betroffenen Kindes sehen. Aufgrund der wenigen Antworten auf die Fragen konnte dazu keine Erkenntnis gewonnen werden. Das die meisten kein anderes betroffenes Kind kannten, lässt eher überlegen, ob die Kinder sich als „besonders“ oder „anders“ fühlen und sich daraus resultierend schlecht fühlen. Zumindest schienen sie niemanden zum Erfahrungsaustausch zu haben.

Es könnte allerdings sein, dass die bettnässenden Patienten zwar eigene Ursachenvorstellungen haben, sich diese aber nicht zu äußern wagen – weil sie unter Umständen so anders sind als das, was Eltern oder Experten sagen. Oder dass Kinder diese „erwachsenen“ Vorstellungen zwar übernehmen, sie aber nicht verstehen. Auswirkung kann dann sein, dass die Compliance bei den Behandlungen ohne tiefere Überzeugung oder Beteiligung vorhanden ist und die Heilung daher verzögert wird.

7.2 Implikationen

In diesem Abschnitt sollen direkte Implikationen, die sich aus dieser Studie ergeben, erörtert werden. Zuerst soll darauf eingegangen werden, welche Schlussfolgerungen für die Dauer einer Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der Ergebnisse gezogen werden können. Dann wird eine mögliche Behandlung im ambulanten Setting angedacht, des Weiteren die Wichtigkeit eines systemischen Herangehens und eines Arbeiten nah am kindlichen Denken und mit Hilfe der Stärken des Kindes herausgestellt. Zuletzt soll die Bedeutung von Selbsthilfegruppen für Betroffene dargestellt werden.

Dauer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Die Studie ergab, dass sich die Einnässhäufigkeit bei den Patienten im Durchschnitt signifikant um 0,74 verbesserte, d.h. die Patienten nässten im Durchschnitt 0,74mal pro Woche weniger ein. Was aber bedeutet eine Verbesserung um 0,74 (zwischen der ersten Woche und der achten Woche in der Maßnahme) im Alltag? Doch eigentlich recht wenig. Faktisch wäre das etwas weniger als einmal weniger pro Woche ein nasses Bett zu haben. Damit sind die meisten Eltern und Patienten eher nicht zufrieden, sie erhoffen sich von einer Rehabilitationsmaßnahme

mehr. Anders wird die Quote bei Betrachtung des Einzelfalles und nicht des Mittelwertes. Doch: Rechtfertigt eine Verbesserung der Einnässfrequenz bei 47,3 % (zwischen erster und achter Woche) der Patienten die hohen Kosten für eine achtwöchige Rehabilitationsmaßnahme? Bei einer Prozentzahl von 86,6 % (Angabe von vor der Maßnahme und achter Woche) sicherlich. Es erscheint allerdings aus obengenannten Fragen der Validität der Angaben der Eltern bezüglich der Einnässhäufigkeit vor der Maßnahme sinnvoller, als validen Wert den der ersten Woche in der Maßnahme zu wählen. Zudem zeigten Berechnungen, dass sich zwischen der sechsten und achten Rehabilitationswoche keine entscheidenden Verbesserungen mehr ergaben. Ein Kompromiss zwischen den hohen Kosten für eine achtwöchige Rehabilitationsmaßnahme und einer Verbesserung der Symptomatik für knapp die Hälfte der Patienten wäre u.U. eine nur sechswöchige Maßnahme. Es erscheint in jedem Fall für Rehabilitationskliniken förderlich, Therapiemaßnahmen zu evaluieren, um Erfolge sichtbar zu machen – aber auch um überflüssige Ausgaben zu vermeiden. Weitere Studien mit dem Ziel herauszufinden, was an der stationären Rehabilitationsmaßnahme wirkt, könnten diese Maßnahme optimieren. Wirkungsvolle Therapiemaßnahmen ausfindig zu machen und weniger wirkungsvolle zu verändern, könnte zu einem schnelleren und höheren Therapieerfolg führen.

Ambulante Therapiezentren als Alternative zur stationären Rehabilitation

Sinnvoller und kostengünstiger für das Erreichen der Symptomfreiheit sind meiner Meinung nach ambulante Therapiezentren im Sozialraum des Patienten. Eine Sozialraumorientierung wird zur Zeit als ein Mittel angesehen, um Menschen besser unterstützen zu können. In ambulanten Therapiezentren kann interdisziplinäre Zusammenarbeit stattfinden, bettnässende Kinder könnten dort gleichzeitig an physiotherapeutischen Maßnahmen teilnehmen und an Beratungsgesprächen. Ein weiterer Vorteil wäre, dass die Mitarbeit der Eltern besser sichergestellt werden kann. Wenn Kinder zur Rehabilitation gebracht werden, erleben wir immer wieder, dass Eltern die Verantwortung für die Heilung ganz dem Klinikpersonal überlassen und eigene Anteile am Problem nicht sehen. Viele Eltern können Besuche nicht realisieren, mangels Auto oder aufgrund der großen Entfernung zum Wohnort, die meisten betroffenen Kinder fühlen sich dann einsam und sind traurig (was auch nicht förderlich für den Therapieerfolg ist).

Therapie mit systemischem Blick: Einsteigen in die Lebenswelt des Kindes

Zudem zeigte es sich als hilfreich, dem Patienten gut zuzuhören und seine Lebenswelt und sein Verständnis über Vorgänge zu verstehen. Das Sprechen über und die Unterstützung bei der Verarbeitung der negativen Emotionen bezüglich des Bettnässens sollte der Experte, der zur Behandlung des Bettnässens hinzugezogen wird, nicht vergessen. Gerade die so auf Funktionalität ausgelegten verhaltenstherapeutischen Verfahren wirken oft so, als ob sie diese Aspekte vernachlässigen – vielleicht ist dies ein Grund für die hohen Abbrechraten bei der Behandlung mit der Klingelhose/-matte oder für die hohe Rückfallquote. Aus systemischer Sicht ist ein „Rückfall“ sprachlich als „Vorfall“ benannt, um zum Ausdruck zu bringen, dass im (Familien)- System etwas vorgefallen ist, das dazu geführt hat, dass der Betroffene zum „alten“ Verhalten zurückgekehrt ist. Das wäre z.B. eine Anforderung, die eine zu hohe Hürde für ein Kind ist, oder ein belastendes Ereignis. Wenn also die Verhaltenstherapie klassisch am Symptom orientiert ist, und das Familiensystem außer Acht läßt, kann ein „Vorfall“ schneller passieren, falls die Ursache für das Bettnässen nicht in fehlenden neuronalen Verbindungen bzw. schlechtem Lernen von Reiz-Reaktions-Verbindungen sondern in familiären ungünstigen Mustern liegt. In solchen Familien, in denen häufig „Vorfälle“ geschehen, ist ein familientherapeutischer Ansatz, in dem die Interaktionen der Familienmitglieder so verändert werden, dass ein Symptom nicht nötig ist, um Aufmerksamkeit zu bekommen, u.U. hilfreicher als der verhaltenstherapeutische Ansatz. Die hier durchgeführte Studie machte deutlich, dass ein „Forscherblick mit kindlichen Augen“ Aufschlüsse geben kann über mögliche Belastungen bzw. Schutzfaktoren. Weitere Interviews mit betroffenen bettnässenden Kindern könnten helfen, diesen Blick zu verstärken. Interessant wäre ein zirkuläres Vorgehen, in dem Eltern gefragt werden, wie sie die Sichtweise des Kindes einschätzen oder ein Vergleich zwischen elterlichen und kindlichen Einschätzungen.

Therapeutisches Arbeiten mit Hilfe der Stärken des Kindes

Sowohl die quantitativen Daten als auch das Interview zeigten an verschiedenen Stellen, dass es protektive Faktoren zu geben scheint, bzw. Patienten besondere Fähigkeiten haben (ausgeprägte Kompetenzen in der CBCL), denen in der Forschung kaum Beachtung geschenkt wird. Zudem wird in der Forschung und in der Behandlung von Patienten ein „erwachsener“ Blick präferiert, die Betrachtung aus kindlicher Sicht steht im Hintergrund. Eine die Therapie unterstützende Maßnahme könnte zum einen sein, die Beziehung zwischen Geschwistern zu verbessern, um den betroffenen Bettnässern Druck zu nehmen, der durch ungünstige Reaktionen der Geschwister auf das Bettnässen entsteht. Zum anderen kann das Selbstbewusstsein und der Selbstwert der Betroffenen gestärkt werden, indem der Blick auf die Stärken gerichtet wird.

Ursachenerklärung anhand des Entwicklungsstandes des Kindes

Aufgrund der Definition der Enuresis nocturna ist anzunehmen, dass Patienten zumindest in der konkret-operationalen Phase sind, wenn sie an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen. Kinder können dann also schon einfache somatische Abläufe verstehen. Wenn ihnen Wissen über die Genese und Behandlung der Enuresis vermittelt wird, sollte dies so erfolgen, dass Kinder es verstehen – und ihnen Ängste und Befürchtungen genommen werden. Dazu kann z.B. eine Abbildung der Ausscheidungsorgane in vereinfachter Form dienen, um Erklärtes anschaulicher zu machen. Gerade bei jüngeren Kindern besteht die Gefahr, dass zu abstrakt oder komplex erklärt wird, so dass sie wenig verstehen. Individuelle Erklärungen der Kinder für ihre Krankheit sollten eruiert und notfalls berichtigt werden.

Die Verwendung des Interviews erwies sich im therapeutischen Alltag der Klinik als sehr hilfreich. Es ergaben sich daraus Informationen, die bei der Therapie der Patienten wichtig waren. Sind manche Prozesse innerhalb der Familie schon zu Beginn der Maßnahme offengelegt, kann zielgerichteter interveniert werden. Eine Weiterentwicklung des Interviews, z.B. durch genaueres Nachfragen nach Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen, der Ursachen, die Kinder heranziehen, oder wie sie sich den Prozess der Ausscheidung vorstellen und Wünschen in Bezug auf die Ziele der Rehabilitationsmaßnahme könnten den Nutzen des Interviews optimieren.

Selbsthilfegruppen als unterstützendes Forum für Familien

Es zeigte sich auch der Sinn von Selbsthilfegruppen, in denen Eltern – aber auch betroffene Kinder und Jugendliche Erfahrungen austauschen können. Zumindest die betroffenen Kinder kannten zu Hause fast alle kein anderes betroffenes Kind, ihnen könnte diese Art der Unterstützung. In einer weiterführenden Studie könnte z.B. neben einer ambulanten Therapiemaßnahme für einen Teil der Patienten einen Gesprächskreis zum Thema Bettnässen angeboten und für einen anderen Teil der Patienten nichts neben der ambulanten Therapie angeboten werden, um zu überprüfen, ob sich in einer Gruppe ein schnellerer oder größerer Therapieerfolg zeigt.

7.3 Ausblick

Zuletzt wird in einem Ausblick versucht, losgelöst von den konkreten Ergebnissen Vorschläge für zukünftiges Handeln und Forschen zu unterbreiten. Dabei wird die Forschung mit Kontrollgruppen, ein Vergleich verschiedener Kliniken sowie die Erforschung von Zielen, die Betrachtung protektiver Faktoren aus dem Blickwinkel des Kindes, die weitere Erforschung von Kontrollvorstellungen und Auswirkungen auf gesundheitsbezogenes Verhalten sowie der Erforschung der Enuresis unter der These, dass sie Ursache einer dauerhaften Frustration ist, dargestellt.

Vergleiche mit Kontrollgruppe

Einschränkend zur Bewertung der Ergebnisse ist die nicht zu realisierende Kontrollgruppe, durch die eine bessere Bewertung der Ergebnisse möglich gewesen wäre. Durch die geringe Anzahl an Patienten in der Rehabilitationsklinik und deren Fokus auf die Enuresis nocturna war es nicht möglich, in der Klinik eine Kontrollgruppe mit einem anderen Störungsbild zu bilden. Dadurch wäre möglich gewesen, den Wirkfaktor „Milieuwechsel“ im Vergleich zum Faktor „Wirkung der Therapiemaßnahmen“ setzen zu können.

Vergleiche verschiedener Kliniken

Es war nicht möglich, eine andere Klinik mit enuretischen Patienten zu finden, um z.B. soziodemografische Daten zu vergleichen. Spannend wäre gewesen, ob es in anderen Kliniken auch so ist, dass eine große Zahl an Patienten aus eher unterprivilegierten Familien oder aus Familien mit geschiedenen Eltern stammt. Dies könnte Zufall sein, eine Besonderheit in Sachsen, eine Besonderheit dieser Klinik – oder eine Besonderheit bei enuretischen Kindern. 1999 lag die Arbeitslosenquote in Sachsen bei 18,6 % (Statistisches Jahrbuch Sachsen). In dieser Patientenstichprobe waren 88 Elternteile arbeitslos, was einem Prozentsatz von 42,3 % entsprach. Dieser Prozentsatz ist deutlich höher als die allgemeine Arbeitslosenquote. Nach Angaben des Deutschen Ärzteblattes (1/04) lebten 2001 84 % aller Kinder mit beiden Elternteilen zusammen. 1997 gab es in der BRD eine Scheidungsquote von 40,6 % (Stiehler, 2000). In der Studie lebten 49,2 % aller Patienten in einer nach ICD-10 definierten atypischen Familie. Schon dieser Prozentsatz ist höher als die Rate der Geschiedenen. Da nach Definition der ICD-10 auch Alleinerziehende oder Getrenntlebende sowie Familien, in denen Kinder fremduntergebracht werden, unter den Begriff der atypischen Familie fallen, wird der Unterschied zwischen den Prozentsätzen noch höher, denn Stiehlers Angabe bezieht sich nur auf Geschiedene. In der Patientenstichprobe ergaben sich keine Unterschiede zwischen Patienten aus einer typischen versus atypischen Familie bzw. zwischen Familien, in denen mindestens ein Elternteil arbeitslos war und solchen, in denen niemand arbeitslos war. Weiterführende Forschung könnte diese Unterschiede untersuchen.

Ziele der an der Rehabilitation beteiligter Menschen/Institutionen untersuchen

Der Trend in den letzten Jahren geht dahin, dass sich immer mehr Rehabilitationskliniken nach DIN zertifizieren lassen und qualitätssichernde Maßnahmen durchführen. Genaue Angaben darüber, was Qualität ausmacht, helfen vielleicht, die Ziele der Kostenträger und der Kliniken überein zu bringen, und gleichzeitig den Patienten im Auge zu behalten. Meiner Meinung nach ist allerdings fraglich, ob es überhaupt möglich ist, Kriterien festzulegen, die Qualität bestimmen. Denn diese Kriterien werden auch von jemandem festgelegt, der damit bestimmte Ziele verfolgt, die wiederum anderen Zielen/Kriterien anderer Gruppen entgegenstehen. Wenn andere Rehabilitationsziele gesetzt werden, z.B. eine generelle „Erholung“, oder der Patient nur für eine gewisse Zeit aus seinem Umfeld genommen werden soll, können vielleicht andere Angebote geschaffen werden als die Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme. Für einen erfolgreichen Abschluss einer Therapiemaßnahme wäre es gewinnbringend, Ziele aller Beteiligten zu erfragen und Unterschiede zu klären. Gerade, wenn ein Patient u.U. wenig konkrete Ziele hat, ist seine Therapiemotivation vielleicht nur gering. Das Bewusstmachen von gesundheitsförderlichem Verhalten könnte die Handlungsbereitschaft erhöhen. In Verbindung dazu könnten in einem Interview Gesundheitsvorstellungen eruiert werden. Ein Patient, dessen Motivation, gesund zu werden, nur gering ist (weil z.B. die Symptomatik durch erhöhte Zuwendung verstärkt wird), wird u.U. ein „schlechteres“ Rehabilitationsergebnis haben als ein motivierter Patient. Ebenso könnte bei einer Befragung nach Gesundheitsvorstellungen zudem erarbeitet werden, was für den jeweiligen Patienten als stressiges Ereignis erlebt wird, und der Zusammenhang zwischen Stress und Verringerung von Gesundheit könnte deutlich gemacht werden.

Auswirkungen von protektiven Faktoren

Familientherapeutisch gesehen war das Ergebnis, dass die Ausprägung der Familienstruktur keinen Einfluss hat, so deutbar, dass bettnässende Kinder und Jugendliche so „robust“ sind, dass ihnen eine Veränderung in der Familie nichts ausmacht. Wo doch, nach systemischer Erklärung, jedes Verändern der Struktur die Hömöostase der Familie ändert, so dass sich die Familie wieder neu einrichten muss (Simon, Clement & Stierlin, 1999). Hier wäre es also für die weitere Forschung wichtig, den Fokus mehr auf protektive Faktoren zu legen, die potenzielle negative Auswirkungen von familiären Veränderungen kompensieren können. Eine andere Möglichkeit ist, die Kinder und Jugendlichen genauer zu befragen, wie sie subjektiv bestimmte Faktoren einschätzen. In mancher Lebenswelt erscheint „normal“ und daher u.U. wenig negativ belastend, was in anderen Lebenswelten als unangenehm bezeichnet wird. Daher erscheint es weniger nützlich, bestimmte Kriterien aufzustellen, die für ein Kind belastend sind. Z.B. gibt es Familien, in denen es „normal“ zu sein scheint, dass Familienmitglieder sich anschreien. Für Kinder aus solchen Familien ist dieser Umgangston wahrscheinlich weniger belastend als für Kinder aus Familien, in denen es ungewöhnlich ist, dass Familienmitglieder sich anschreien. Einerseits könnte ständiges Anschreien Kinder abstupfen lassen, sie wissen vielleicht, dass das Schreien keine weiteren Konsequenzen hat. Oder aber sie erleben diese Kommunikation zwischen Eltern immer als stressig.

Wirkungen von Kontrollvorstellungen auf stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Ein weiterer Ansatzpunkt ist, den Zusammenhang zwischen Kontrollvorstellungen und deren Auswirkungen auf das Rehabilitationsergebnis bei der Enuresis nocturna weiter zu erforschen, bzw. generell herauszufinden, wie Kontrollvorstellungen bei Patienten in Bezug auf die Enuresis sind. Ein Einsatz des KKG mit der spezifischen Anleitung „denke dabei an das Bettnässen“ kann dabei möglich sein. Zudem könnte bei Kindern/Jugendlichen mit verschiedenen Krankheitsbildern, die eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchleben, die Veränderung in Kontrollvorstellungen untersucht werden. Weitere Forschung könnte unter der Fragestellung stattfinden, wie sich Kontrollvorstellungen während einer Rehabilitationsmaßnahme generell verändern. In dieser Studie lag der Fokus auf der Internalität und der fatalistischen Extnernalität, und die Vorhersagekraft der drei Ausprägungen der Kontrollerwartungen auf das Rehabilitationsergebnis. Durch die geringe Patientenzahl waren manche Berechnungen nicht möglich, eine weiterführende Analyse wäre aufschlussreich.

Enuresis als Ergebnis einer andauernden Frustration

Eine neue Blickrichtung wäre, zu erforschen, ob die Enuresis die Folge eines nicht eingetretenen positiven Ereignisses sein könnte. Es gibt nur wenig Forschung dazu, ob psychische Auffälligkeiten wie z.B. Depressionen, daraus resultieren, dass Erwartungen nicht erfüllt wurden oder ein Lebenstraum nicht realisiert werden konnte (Auth, Preiser, & Buttkewitz, 2003). Forschung bezieht sich hierbei auf Erwachsene, aber auch Kinder und Jugendliche können Träume haben, die sich nicht erfüllen lassen bzw. unerfüllte Erwartungen haben – wahrscheinlich handelt es sich bei Kindern und Jugendlichen nur um andere Thematiken als bei Erwachsenen. Je nachdem, wie sensibel ein Kind/Jugendlicher ist, könnte z.B. ein jahrelang zu Weihnachten gewünschtes, aber nie bekommenes Haustier zu einer belastenden Situation werden. Oder der lange erhoffte, aber nicht zu realisierende Reitunterricht. Auch hier gilt es wieder, die Perspektive des Kindes einzunehmen, um herauszufinden, ob es einen Zusammenhang gibt.

7.4 Schlusswort

Aus den letzten Abschnitten ist mein Plädoyer für ambulante Therapien in Zusammenwirken mit den Eltern, ein systemisches Vorgehen und ein am kindlichen Denken orientiertes Vorgehen deutlich geworden. Kinder/Jugendliche lassen sich sicherlich eher unter die Bettdecke schauen, wenn sie merken, dass sie ernst genommen werden und dass der Experte wirklich versucht, sie zu verstehen und nicht in seinem Expertentum verhaften bleibt. Wenn das Dodo-Verdikt (siehe Kap. 2.7) Gültigkeit besitzt, ist die Beziehung zwischen Klient und Therapeut wichtiger als die Therapiemethode für die Heilung. Eine gute, tragfähige Beziehung wird sicher schneller entstehen, wenn Therapeuten sich auf die kindliche Ebene begeben und sich nicht nur als die „besserwissenden“ Erwachsenen darstellen. Gleichwohl bleibt der Therapeut Therapeut, also Experte - die Kunst ist die gelungene Gradwanderung. Auch der Machtunterschied zwischen Kind/Jugendlichem und Therapeuten kann so ein wenig unbedeutender werden, obwohl er natürlich erhalten bleibt (siehe Kap. 2.4.3).

8 Zusammenfassung

In dieser Arbeit sollten verschiedene Aspekte verfolgt werden: Zum einen sollte ein stationäres Rehabilitationsprogramm für Kinder und Jugendliche mit einer Enuresis nocturna auf seine Effektivität überprüft werden. Durchgeführt wird diese Rehabilitationsmaßnahme in einer Kinderrehabilitationsklinik in Sachsen. Die Patienten blieben dort größtenteils für die Dauer von acht Wochen und wurden einer einheitlichen Therapie unterzogen. Überprüft wurde die Veränderung der Häufigkeit des Einnässens, sowohl während der Maßnahme, als auch bis maximal vier Wochen nach Beendigung der Maßnahme. Es zeigte sich, dass es zu einer kontinuierlichen Verringerung des Einnässens kam. Eine signifikante Verbesserung trat nicht mehr ein zwischen der sechsten und achten Woche der Maßnahme. Auch nach der Beendigung der Maßnahme blieb der Wert konstant und signifikant unterhalb des Wertes von vor der Maßnahme.

Als weitere Fragestellung war überprüft worden, ob es soziografische Merkmale gab, durch die ein besonders hoher (bzw. ein schlechter) Rehabilitationserfolg vorhergesagt werden konnte. Als Faktoren, die Auswirkungen haben könnten, waren gewählt worden: Alter und Geschlecht der Patienten, Vorhandensein einer komorbiden Störung beim Patienten, Anzahl der Geschwister, Vorhandensein eines eigenen Zimmers, Schichtzugehörigkeit der Eltern, Belastungsfaktoren für den Patienten und Familienstruktur. Keiner dieser Faktoren war ein Prädiktor für das Ergebnis der Rehabilitationsmaßnahme.

Auch die Auswirkungen von Kontrollvorstellungen bei den Patienten auf das Ergebnis der Maßnahme wurde getestet, sie zeigten ebenfalls keine Vorhersagekraft. Als besonders relevant für einen Therapieerfolg war die Erhöhung der internale Kontrollvorstellung durch die Maßnahme angesehen worden. Entgegen der Hypothese sank die internale Kontrollvorstellung während der Rehabilitationsmaßnahme sogar anstatt zu steigen.

Um einen besseren Eindruck der Erfahrungswelt des Patienten zu bekommen und darüber mögliche protektive Faktoren eruieren zu können, wurde ein exploratives Interview mit einem Teil der Patienten durchgeführt, durch das die Vielschichtigkeit des Problems Bettnässen deutlich wurde.

Als Folgerungen aus dieser Studie wurde geschlossen, dass stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nicht für jedes Kind/Jugendlichen nützlich sind. Es ergibt sich weiterer Forschungsbedarf, für welche Kinder/Jugendlichen eine achtwöchige Maßnahme sinnvoll ist und welche Therapiemaßnahmen und kindliche Kontrollvorstellungen den Erfolg einer so kostenintensiven Maßnahme maximieren.

9 Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M. & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1991): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen- CBCL/4-18. Universität Köln.

Abramovitch, I. B. & Abramovitch, H. H. (1989): Enuresis in Cross-Cultural Perspective: A Comparison of Training for Elimination Control in Three Israeli Ethnic Groups. The Journal of Social Psychology, 129 (1), pp. 47-56.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV). Washington, D.C.: Author.

Auth, A., Preiser, S. & Buttkewitz, S. (2003): Viele Wege führen aus der Sackgasse. Report Psychologie, 10, pp. 584 – 594.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4 – 18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung; 2. Auflage, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Bakwin, H. (1972): The Genetics of Enuresis. In: I. Kolvin, R. C. McKeith & S. R. Meadow (eds.). Bladder Control and Enuresis. Philadelphia: JB Lippincott.

Bibace, R. & Walsh, M. E. (1981): Children's Conceptions of Health, Illness and Bodily Functions. In: R. Bibace & M. E. Walsh (eds.). New Directions for Child Development, 14. San Francisco: Jossey-Bass.

Blöschl, L. (2001): Depression. In: G. Lauth, U. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch. Weinheim: Beltz.

Bruner, R. (1999): Kap. 9: Vulnerabilität und Symptomgenese. In: F. Resch (Hrsg.). Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: PVU.

Buchanan, A. (1992): Children who Soil: Assessment and Treatment. Chichester: Wiley.

Butcher, J., Mineka, S. & Hooley, J. (2004): Abnormal Psychology. Chapter 3: Causal Factors and Viewpoints. Boston: Pearson Education Inc.

Butler, R.J., Brewin, C.R. & Forsythe, W.I. (1988): A Comparison of Two Approaches of the Treatment of Nocturnal Enuresis and the Prediction of Effectiveness Using Pre-Treatment Variables. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 29, No. 4, pp. 501-509.

Byrd, R. & Weitzmann, M. (1996): Bed-Wedding in US Children: Epidemiology and Related Behavior Problems. Pediatrics, Vol. 98, Issue 3, pp. 414-420.

Carr, A. (1999): The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach. Problems of Infancy and Early Childhood. London: Routledge.

Crider, C. (1981): Children's Conceptions of the Body Interior. In: R. Bibace & M. E. Walsh (eds.). New Directions for Child Development, 14. San Francisco: Jossey-Bass.

Deutsches Ärzteblatt (2004): Psychoanalyse und Familie. Andere Lebensformen – andere Innenwelten, Heft 1, Seiten 33-34.

Eggers, Ch. (1993): Psychologisch-psychiatrische Aspekte der Enuresis im Kindes- und Jugendalter. In: H. Olbing (Hrsg.), Enuresis und Harninkontinenz bei Kindern. München: Hans-Marseille Verlag GmbH.

Fergusson, D. & Horwood, L. (1994): Nocturnal Enuresis and Behavioral Problems in Adolescence: A 15-Year Longitudinal Study. Pediatrics, Volume 94, pp. 662-669.

Fisher, E. P. & Fisher, R. L. (1981): Parents of Disturbed, Enuretic and Non-Enuretic Children. Perceptual and Motor Skills 52, pp. 181-182.

Fielding, D. (1980): The Response of Day and Night Wetting Children Who Wet Only at Night to Retention Control Training and the Enuresis Alarm. Behavior Research and Therapy 18, pp.305-318.

Gimpel, G. A. & Warzak, W. J. (1998): Clinical Perspectives in Primary Nocturnal Enuresis. Clinical Pediatrics, 37, pp. 23-30.

Ginsburg, H. & Opper, S. (1978): Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Goffman, C. (1973): Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.

Gontard, A. von (2002): Enuresis. Göttingen: Hogrefe.

Grosse, S. (1991): Bettnässen: Diagnostik und Therapie. Weinheim: PVU.

Grosse, S. (1996): Enuresis. In: H.- C. Steinhausen (Hrsg.), Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder – und Jugendpsychiatrie. München: Urban und Schwarzenberg.

Hackett, R., Hackett, L., Bhakta, P. & Gowers, S. (2001): Enuresis and Encopresis in a South Indian Population of Children. Child: Care, Health and Development, Volume 27, Issue 1.

Haug-Schnabel, G. (1994): Enuresis. Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hetherington, E. M. (1984): Stress and Coping in Children and Families. In: A.- B. Doyle, D. Gold & D. S. Moskowitz (Hrsg.), Children in Families under Stress. New Direction for Child Development, 24. San Francisco: Jossey- Bass.

Issenman, R., Filmer, R. & Gorski, P. (1999): A Review of Bowel and Bladder Control Development in Children: How Gastrointestinal and Urologic Conditions Relate to Problems in Toilet Training. Pediatrics, Vol. 103, Issue 6, pp. 1346-1353.

Jarvålin, M. R. (1989): Developmental History and Neurological Findings in Enuretic Children. Developmental Medicine and Child Neurology, 31, pp. 728-736.

Jürgens, H. W. (1971): Soziale Unterschiede in Wachstum und Reifung. Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 119, 336-342.

Kaffmann, M. & Elizur, E. (1977): Infants who become enuretics: A longitudinal study of 161 kibbutz children. Monographs of the Society for Research in Child Development, 41.

- Kammerer, E. (1985): Enuresis. In: H. Remschmidt & M. H. Schmidt (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band 3, Seiten 83-95. Stuttgart: Thieme.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (2000): Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter (2. überarb. und erw. Auflage des Trainingsprogrammes 'Bleib locker'). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1979): Differenzierungen des Konstruktes der Kontrollüberzeugungen. Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie, 26, 573-595.
- Lau, R. S. & Klepper, S. (1988): The Development of Illness Orientations in Children aged 6 to 12 Years. Journal of Health and Social Behavior 29, pp.149-168.
- Levensohn, H. (1974): Activism and powerful others: Distinction within the concepts of internal-external control. Journal of Personality Assessment, 38, pp.377-383.
- Lewin, K. (1935): A Dynamic Theory of Personality. New York: McGraw Hill.
- Lohaus, A. (1990): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A. (1993): Review: Krankheitskonzepte von Kindern: Ein Überblick zur Forschungslage. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 41, 117-129.
- Lohaus, A. & Schmitt, G. (1989): Fragebogen zur Erhebung von Kontrollvorstellungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Londen, A. van (1989): Wek-training voor enuresis nocturna bij kinderen: onderzoek naar het effect van beloning en boete bij het gebruik van een wekapparaat. Unveröffentlichte Dissertation der Reichsuniversität Utrecht.
- Longstaffe, S., Moffatt, M. & Whalen, J. (2000): Behavioral and Self-Concept Changes after Six Month of Enuresis Treatment: A Randomized, Controlled Trial. Pediatrics, Vol. 105.
- Lorenz, R. A., Christensen, N. K. & Pichert, J. W. (1985): Diet-related knowledge, skill and adherence among children with Insulin-dependent Diabetes mellitus. Pediatrics, 75, 873-876.
- Menzel, K. (1993): Psychosomatische und psychosoziale Aspekte der Enuresis im Kindesalter. In: H. Olbing (Hrsg.), Enuresis und Harninkontinenz bei Kindern. München: Hans- Marseille Verlag GmbH.
- Moilanen, I. & Rantakallio, P. (1987): Personality and Family Characteristics of Enuretic Children. Psychiatria Fennica 18, pp. 53-61.
- Moilanen, I. & Rantakallio, P. (1988): The Single Parent Family and the Child's Mental Health. Social Science and Medicine 27, pp. 181-186.
- O'Leary, K. D. (1984): Marital Discord and Children: Problems, Strategies, Methodologies, and Results. In: A.- B. Doyle, D. Gold & D. S. Moskowitz (Hrsg.), Children in Families under Stress. New Direction for Child Development, 24. San Francisco: Jossey- Bass.
- Olbing, H., Norgaard, J. P. & Djurhuus, J.C.: Primäre isolierte Enuresis nocturna. In: H. Olbing (Hrsg.), Enuresis und Harninkontinenz bei Kindern. München: Hans- Marseille Verlag GmbH.
- Petermann, U. & Essau, C. (1998): Störungen der Ausscheidung: Enuresis und Enkopresis. In: F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. & Petermann, U. (2002): Störungen der Ausscheidung: Enuresis und Enkopresis. In: F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Quaschner, K. & Mattejat, F. (1989): Kooperation und Behandlungsabbruch: Eine Untersuchung zum Verlauf von Therapien bei Kindern mit Enuresis. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 17, pp. 119-124.

Richter, D. & Goldschmidt, H. (1999): Enuresis- Diagnostik und Therapie in der stationären Rehabilitation. In: F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), Kinderrehabilitation. Göttingen: Hogrefe.

Richter, D. & Goldschmidt, H. (2001): Enuresis- Diagnostik und Therapie in der stationären Rehabilitation. In: F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), Kinderrehabilitation (2., erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Rutter, M. (1989): Isle of Wright Revisited: Twenty-five Years of Child Epidemiology. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, pp. 633-653.

Schmidt, A. & Altmann-Herz, U. (1992): Krankheitskonzepte bei Kindern. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20, 243-253.

Schmidt, C. (1998): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Auswirkungen auf Selbstwert und Lebensqualität. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Universität Bielefeld.

Schulman, S. L., Colish, Y., von Zuben, F. C. & Kodman- Jones, Ch. (2000): Effectiveness of Treatments for Nocturnal Enuresis in a Heterogeneous Population. Clinical Pediatrics, 39, pp. 359-365.

Shaffer, D. (1994): Enuresis. In: M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Hrsg.), Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Simon, F., Clement, U. & Stierlin, H. (1999): Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stegat, H. (1991): Einflußgrößen auf die Apparative Verhaltenstherapie der Enuresis. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 19, pp. 38-48.

Steward, M. S. & Steward, D. S. (1981): Children's conceptions of medical procedures. In: R. Bibace & M. E. Walsh (eds.). Children's conceptions of health, illness and bodily functions, pp.67-83. San Francisco: Jossey-Bass.

Statistisches Jahrbuch Sachsen (2000). Dresden: Sächsische Druck- und Verlagshaus AG.

Stiehler, S. (2000): Alleinerziehende Väter- Sozialisation und Lebensführung. Weinheim, München: Juventa.

Süss-Burghart, H. (2001): Störungen der Ausscheidung. In: G. Lauth, U. Brack, & F. Linderkamp. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz PVU.

Tallmann, K. & Bohart, A. (2001). Kapitel III: Gemeinsamer Faktor KlientIn: Selbst-HeilerIn. In: S. D. Miller, M. A. Hubble & B. C. Duncan. So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag Modernes Leben.

Tijen, N. M. van, Messer, A. P. & Namdar, Z. (1996): Psychological Impact and Perceived Stress from Nocturnal Enuresis. Pediatrics, 100 [Suppl].

Tolor, A. (1978): Some antecedents and personality correlates of health locus of control. Psychological Reports, 43, pp. 1159-1165.

Wallston, K. A., Wallston, B. S. & DeVellis, R. (1978): Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Health Education Monographs, 6, 160-170.

Weltgesundheitsorganisation (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V. Bern: Huber.

Anhang: Interview

Interviewleitfaden

- 1. Wenn du an zu Hause denkst, was gefällt dir da am meisten?

- 2. Gibt es auch etwas, was dich zuhause stört?

- 3. Wenn das, was dich stört, nicht wäre, würdest du dann weniger ins Bett machen?
Ja-Nein-Vielleicht

- 4. Was wäre anders, wenn du nicht ins Bett machen würdest?

- 5. Wie reagiert dein Vater, wenn du ins Bett gemacht hast?

- 6. Und wie reagiert deine Mutter?

- 7. Was sagen deine Geschwister dazu?

- 8. Wissen deine Freunde, dass du ins Bett machst? Was sagen die dazu?

- 9. Wie geht es dir, wenn du ins Bett gemacht hast? (s. Anhang)

- 10. Kennst du ein anderes Kind, das auch ins Bett macht? Warum macht das wohl ins Bett?

- 11. Was habt ihr schon getan, damit du nachts nicht mehr ins Bett machst?
Hat das geholfen? (oder: Was hat am meisten geholfen?)

1. Wenn du an zu Hause denkst, was gefällt dir da am meisten?

	Gefällt mir besonders...
- mit den Eltern zusammen sein zu können	<input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer
- mit den Geschwistern spielen zu können	<input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer
- ein eigenes Zimmer zu haben	<input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer
- mit der Playstation spielen zu können	<input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer
- ein Haustier zu haben	<input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer
- mit dem Fahrrad fahren zu können	<input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer
- in die Schule zu gehen	<input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer
- viele Süßigkeiten zu haben	<input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer
- mein Musikinstrument	<input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer

5. Wie reagiert dein Vater, wenn du ins Bett gemacht hast?

	Trifft zu
Er schimpft mich aus.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er macht mein Bett neu.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er geht weg, ohne etwas zu sagen.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er lacht mich aus.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er bestraft mich.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er macht sich über mich lustig.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er tröstet mich.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er hilft mir dabei, das Bett neu zu beziehen.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er ärgert sich.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Es ist ihm egal.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er ist traurig.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er ist enttäuscht.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Er ist ratlos.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer

6. Wie reagiert deine Mutter, wenn du ins Bett gemacht hast?

	Trifft zu
Sie schimpft mich aus.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie macht mein Bett neu.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie geht weg, ohne etwas zu sagen.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie lacht mich aus.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie bestraft mich.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie macht sich über mich lustig.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie tröstet mich.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie hilft mir dabei, das Bett neu zu beziehen.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie ärgert sich.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Es ist ihr egal.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie ist traurig.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie ist enttäuscht.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Sie ist ratlos.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer

9. Wie geht es Dir, wenn Du ins Bett gemacht hast?

	Trifft auf mich zu
Ich bin genervt.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Ich freue mich.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Ich schäme mich.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Ich bin wütend.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Ich bin traurig.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Es ist mir egal.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Ich ärgere mich.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Ich bin ratlos.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer
Ich bin enttäuscht.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer