

# Vom Sichverpissen, Sichverdrücken und Zupottekommen – Ein integrativer Behandlungsansatz von Enuresis und Enkopresis

MARTIN BLESSING

## 1. Vorspiel

In der gegenwärtigen Literatur zur psychotherapeutischen Behandlung von Einnässen und Einkoten bei Kindern und Jugendlichen kann man mehrere Richtungen unterscheiden: Psychodynamisch und psychoanalytisch orientierte AutorInnen betrachten die Symptomatik als Folge und Äußerung eines intrapsychischen, biographisch bedingten Konflikts oder Traumas, das nicht bewusstseinsfähig ist und daher durch „Erinnern, Durcharbeiten, Verändern“ der kognitiven Kontrolle zugänglich gemacht werden muß. Konnte das Problem gelöst werden, so verschwindet auch die Symptomatik, deren Wert eben als Hinweis darauf, dass das Kind leidet, betont und respektiert wird. Von einer Behandlung des Symptoms selbst wird daher eher Abstand genommen.

Diese Perspektive ist in trivialisierter Form in handelsüblichen Erziehungsratgebern ebenso weit verbreitet wie bei vielen Kinderärzten: „Bloß keinen Druck machen! Das verwächst sich schon! Das Kind muß es *selber* wollen!“ Implizit sind damit Schuldzuweisungen an die Eltern verbunden („Was hab ich falsch gemacht?“).

Diese Wertschätzung des Symptoms wird von einer großen Anzahl familientherapeutischer und systemischer AutorInnen geteilt – wenn auch die Frage „Wozu?“ statt „Woher?“ im Mittelpunkt steht. Welche Funktion hat die Symptomatik im Familiensystem, eine Lösung auf welches Problem könnte sie darstellen? Sollen dadurch vielleicht die Eltern, die als Paar am Rande der Trennung stehen, über ihre gemeinsame elterliche Verantwortung zusammengehalten werden? Soll die Mutter, die vielleicht sehr mit einem jüngeren Geschwister beschäftigt ist, dazu genötigt werden, sich auch mit dem Indexpatienten zu beschäftigen, und könnte man dazu auch weniger „anrühige“ Wege finden? Ist es dem berufsbedingt häufig abwesenden Vater vielleicht ganz recht, wenn seine Frau keine Muße hat, um auf „dumme Gedanken“ (die ja recht gescheit sein könnten) zu kommen, oder steht die Mutter nach dem Tod ihres Vaters kurz vor einem depressiven Zusammenbruch, von dem sie um die Sorge für das „kranke“ Kind abgelenkt werden soll? Was müsste sich ändern, damit das Kind guten Gewissens auf das Einnässen verzichten kann? –Dieser teleologische bzw. finalistische Ansatz hat es mit einer Änderung der Symptomatik also auch nicht allzu eilig.

Ganz anders gehen VerhaltenstherapeutInnen, aber auch manche HypnosystemikerInnen mit Sauberkeitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen um: hier *ist* das Symptom das Problem, folglich sind Symptom- und Problembewältigung identisch. Das Symptom hält das Kind nicht nur in einem soziokulturell elementaren Lebensbereich auf einem seinem Alter unangemessenen Entwicklungsniveau fest, sondern erschwert ihm durch seine Eigendynamik in Form eines „Teufelskreises“ auch dessen Überwindung – z. B. durch unmögliche oder erschwerte Teilnahme an Aktivitäten, die außerhäusliche Übernachtungen erfordern. Also muß das Symptom, woher auch immer es kommen und wofür auch immer es gut sein möge, so schnell und nachhaltig wie möglich, durch positive oder negative Verstärker, mit oder ohne Einsatz von Medikamenten oder technischen Hilfsmitteln, zum Verschwinden gebracht werden, damit sich keine Sekundärsymptomatik entwickeln kann.

Ein weiterer, bei Eltern wie Fachleuten überraschend *unpopulärer* Standpunkt betont, dass ja nun keineswegs alle einnässenden oder einkotenden Kinder persönlich oder familiär schwer

traumatisiert wurden, sondern viele einfach nicht ausreichend *motiviert* seien, um sauber zu werden.

Jeder dieser Ansätze ist plausibel und hat Vorteile für die therapeutischen Haltung - aber eben auch Risiken. Ich möchte im folgenden einen während meiner psychotherapeutischen Tätigkeit an der Psychosomatischen Abteilung eines Kinderkrankenhauses im Verlauf mehrerer Jahre entstandenen, sehr wirkungsvollen Behandlungsansatz vorstellen, der meiner Meinung nach die Vorzüge der oben thesehaft umrissenen verschiedenen Vorgehensweisen bündelt und eben dadurch ihre Nachteile vermeidet. Gleichzeitig sollen dabei die Vorzüge einer integrativen gegenüber einer schulenorientierten Psychotherapie deutlich werden.

## **2. Auftritt**

Auf Empfehlung des Haus- oder Kinderarztes, der Schule oder befreundeter Familien erscheint nach telephonischer Terminvereinbarung der Indexpatient, zumeist ein Junge von 6-12 Jahren, in Begleitung seiner Eltern, Geschwister und vielleicht noch der Oma, die ihn wegen der Berufstätigkeit der Eltern gelegentlich nachmittags betreut.

Oft noch bevor die Mutter sich richtig gesetzt hat, beginnt sie sich (und mich) mit Selbstvorwürfen zu überströmen. Der Vater stimmt darin entweder ein und beteuert, was schon alles versucht worden sei, oder er schaut ratlos und unbehaglich vor sich hin. Die Oma versichert gelegentlich quasi aus dem off, das liege bei ihnen in der Familie, ihr jüngster Sohn habe auch bis zum Wehrdienst (oder bis zu seiner ersten Freundin) eingenässt, und da könne man halt nichts machen. Vielleicht pinkelt sie auch der (Schwieger-)Tochter ans Bein, indem sie laut darüber nachdenkt, dass der Enkel ja erst seit der Geburt des jüngeren Geschwisters/der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit durch die Mutter/deren Teilnahme an Discoabenden mit Freundinnen usw. einnässe. Die Geschwister spielen vergnügt mit den vorhandenen Materialien oder äußern als Grund des Gesprächs nicht ohne leichte Süffisanz, weil der Bruder ins Bett/in die Hose pinkete/piesele.

Der Indexpatient sitzt derweil eher still, aber dem Eindruck nach entspannt auf seinem Stuhl und hört zu – vielleicht schaukelt er auch ein bisschen. Ihn scheint das Ganze am wenigsten anzugehen. Während er gleichsam mit einem Ohr das Gespräch verfolgt, könnte etwa Folgendes in ihm vorgehen: „Jaja, die Mama oder die Eltern machen was falsch, deshalb mach ich halt ins Bett. Und wenn sie mit dem Mann hier rausgefunden haben, was sie falsch gemacht haben, dann wird's schon aufhören...“

Die in der Literatur häufig anrührend geschilderten, von Scham- und Schuldgefühlen geplagten und beim Ansprechen des Einnässens von Weinkrämpfen geschüttelten Kinder habe ich in 15 Jahren noch *nie* kennengelernt!

### **2.1. Wer war's ?**

Bereits in diesem frühen Stadium des Erstgesprächs nach vielleicht 15 Minuten finde ich es nützlich, die nur scheinbar triviale Frage zu klären, *wer* denn nun eigentlich einnässt. Es ist ganz erstaunlich, wie viel zähen Insistierens es oft bedarf, um vom Indexpatienten des simplen Satz zu hören: „*Ich* nässe ein!“ Mit weniger gebe ich mich aber nicht zufrieden, also auch nicht mit Antworten wie „das passiert mir“ oder „es passiert halt“ oder „ich schlaf ja, wenn's passiert“. Gar nicht selten rekurrieren die Kinder auf die andiskutierten „Fehler“ von Eltern oder Geschwistern, wobei aber spätestens die freundlich-ironische Frage „ach, schleicht sich dann vielleicht nachts, wenn du schläfst, die Mama heimlich an dein Bett und pinkelt rein?!“ nicht nur für große Heiterkeit, sondern auch für sofortige Klärung sorgt: dass

nämlich der Indexpatient (bewusst oder unbewusst und aus welchen Gründen oder Motiven auch immer) etwas *tut*, was er folglich auch *lassen* kann – wofür er somit *verantwortlich* (nicht zu verwechseln mit schuldig!) ist.

### **3. Anamnese**

Nach dieser etwas konfrontativen Klärung führe ich im allgemeinen eine ausführliche Anamnese sowohl der Symptomatik (primär? sekundär? Ausnahmen bzw. beobachtete Regelmäßigkeiten? Was hat schon mal geholfen? Somatische Abklärung schon erfolgt?) wie auch eine „klassische“ Dreigenerationen-Familienanamnese durch, wobei ein besonderes Augenmerk der Verbindung von mutmaßlich bedeutsamen life events (z.B. Todesfälle, Geburten, Einschulung, schwerere Krankheiten, Umzügen, Arbeitslosigkeit, Trennungen oder Scheidungen) und dem Auftreten oder Sistieren der Symptomatik gilt. Wenn von den Eltern nicht spontan berichtet, erlaube ich mir danach mit entsprechender Entschuldigung für meine Distanzlosigkeit nach so kurzer Bekanntschaft die Frage, ob es irgendetwas eine Phase gegeben habe, in der sie *ernsthaft* über eine Trennung gesprochen hätten – mit erstaunlich häufiger, meist leicht verlegener Bestätigung.

Es geht dabei um die Gewinnung von Informationen, die die Konstruktion einer *sinnvollen* Symptomgeschichte erlauben – nicht um die erneute Verlagerung der Verantwortung weg vom Indexpatienten. Zugleich ergeben sich dabei öfter Anhaltspunkte für eine umfassendere Diagnostik – wenn z.B. des Einnässen regelmäßig während der Schulzeit oder seit Beginn der Notengebung auftritt, in den Ferien aber weitgehend unterbleibt, so dass etwa eine Überforderungssituation in Form einer Teilleistungsstörung, Lernbehinderung oder sozialer Konflikte in der Schule bzw. auf dem Schulweg ausgeschlossen werden muß.

Grundsätzlich fühle ich mich allerdings auch verpflichtet, schlimmstenfalls die diversen Formen von Kindesmisshandlung im Hinterkopf zu behalten. Mehr beiläufig mache ich klar, dass manche Kinder auch einnässen, weil sie schlimme Dinge erlebt hätten, über die ihnen vielleicht sogar das Sprechen verboten worden sei. Dann sei das Einnässen wie bei jedem anderen Kummer natürlich aber keine Lösung, sondern das Aufsuchen einer Vertrauensperson. Ausdrücklich frage ich nach, mit wem das Kind sprechen könne, wenn es etwas sehr belaste, wobei die Kinder meist die Eltern nennen. Für alle Fälle frage ich dann noch, wen es denn gebe, falls das Kind aus welchen Gründen auch immer etwas nicht mit den Eltern besprechen wolle, und erhalte meist gleichfalls Auskunft – wenn nicht, gebe ich ein paar Anregungen (LehrerInnen, Pfarrer, JugendgruppenleiterInnen, Notruftelefon für Kinder...).

### **4. Mach deine Krankheit zum Hobby!**

Nun halte ich der Familie eine kleine Ansprache mit etwa folgendem Inhalt:

„Ich schlage Ihnen vor, das Einnässen nicht als Krankheit, sondern als ein Hobby Ihres Kindes zu sehen. Manche werden vielleicht denken: „blödes Hobby!“ Aber manche Leute trinken, manche rauchen, betreiben Sportfliegerei, Fallschirmspringen oder Abenteuerreisen, und auch das finden viele Leute blöd und verstehen nicht, warum Menschen so was machen. Alle solche Hobbies haben eins gemeinsam: sie kosten Geld. Auch das Hobby Ihres Kindes kostet Geld: mehr Strom, Wasser und Waschmittel für die Waschmaschine, die Wäsche muß öfter gewaschen werden und verschleißt dadurch schneller usw.

(Frage an Indexpatienten) Bekommst du Taschengeld? (Erstaunlich oft nicht! Eltern intervenieren und sagen, wenn das Kind etwas brauche, bekomme es das schon...) Möchtest

du gern Taschengeld haben? (Antwort ausnahmslos JA!)

Aber nur große Kinder können Taschengeld haben – und nur Babies dürfen einnässen. Babies dürfen einnässen, weil sie es noch nicht anders können, aber dürfen sie auch vieles nicht – z.B. Taschengeld, Fernsehen, abends länger aufbleiben usw. Große Kinder müssen zwar einiges, während Babies gar nix müssen, aber dafür dürfen sie auch viel mehr. Möchtest du gern lieber ein Baby sein? (Antwort ausnahmslos NEIN!)

O.k., aber eines geht nicht: nämlich die Rechte von einem großen Kind und die Pflichten von einem Baby haben! Also entweder ein großes Kind sein, in die Schule gehen, aufs Klo gehen und manchmal im Haushalt mithelfen usw., aber auch Taschengeld kriegen, fernsehen und abends länger aufbleiben dürfen – oder ein Baby sein, in die Windel pinkeln dürfen, Brust oder Flasche kriegen und den ganzen Tag im Bettchen liegen. Möchtest du lieber ein großes Kind oder ein Baby sein? (Antwort ausnahmslos: GROSSES KIND!)“

Hier schlage ich den Eltern nun folgendes vor:

1. das Führen des bekannten Sonne-Wolken-Kalenders (bei einkotenden Kindern statt der Wolke ein „ekkliger, stinkender Scheißhaufen, um den vielleicht noch ein paar Fliegen schwirren“) zu einer festen, im Kontext des Problems sinnvollen Tageszeit (bei nächtlichem Einnässen z.B. morgens beim Frühstück, bei Einnässen tagsüber oder Einkoten nach dem Abendessen bzw. vor dem Schlafen gehen) möglichst stets durch dieselbe Person, wobei ich besonders an die Väter (soweit vorhanden) appelliere.
2. Für jede „Sonne“ erhält das Kind *ein Siebtel* des vereinbarten wöchentlichen Taschengelds, und zwar *bar auf die Hand!* Dies schärfe ich den Eltern besonders ein – also *keine* „Bilanzen“ wie „ich hab’s grad nicht klein, du kriegst es dann morgen nachgereicht!“ Falls die Kinder bereits Taschengeld erhalten, achte ich darauf, dass die maximal erreichbaren sieben Siebtel einen geringfügig höheren als den ursprünglichen Betrag ergeben (z.B. 7 x 0,50 € = 3,50 € statt zuvor 3 €). Es spricht auch nichts gegen eine „Sonderprämie“ nach 2 oder 4 Wochen Sauberkeit am Stück. (Aber *Vorsicht*: Helmut überzeugte seinen Onkel nach 3 Wochen durchgehender nächtlicher Trockenheit, dass dies doch ebenso gut sei wie die zunächst vereinbarten 4 Wochen und er daher das teure ferngesteuerte Flugzeug doch auch gleich erhalten könne – was der Onkel einsah; woraufhin Helmut sein Flugzeug erhielt und ab sofort wieder einnässte!)
3. Für die Folgen ihres Einnässens sind die Kinder *selbst* verantwortlich, d.h. sie müssen z.B. das Bett selbst ab- und neu beziehen, die Schmutzwäsche ins Bad oder die Wäschetonne befördern oder die eingekoteten Unterhosen selbst mit der Hand auswaschen. Die Eltern behalten einen Blick darauf, dass z.B. keine Schmutzwäsche versteckt wird, kümmern sich im übrigen aber so wenig wie möglich.
4. Einkotenden Kindern wird ein 10-minütiges Stuhltraining nach den Hauptmahlzeiten dreimal täglich verordnet, wobei ich empfehle, es sich mit einem Comic-Heft oder dgl. auf dem Klo gemütlich zu machen. Die Eltern sollen aber (z.B. mit Hilfe eines Küchenweckers) auf die genaue Einhaltung der Zeit achten.
5. Falls es ohnehin Hinweise auf eine kränkende Geschwisterrivalität oder auf Verhöhnungen durch ein Geschwister wegen des Einnässens gibt, konnotiere ich dies positiv als „Unterstützung“ und gebe dem fraglichen Kind den verantwortungsvollen Auftrag, das einnässende Geschwister nach nassen Nächten morgens *fünf* Minuten (aber nicht länger und zu anderen Zeiten!) deswegen zu ärgern – was in aller Regel zu einer Verminderung der Kränkungen führt: ob aus Motivationsverlust seitens des Kränkenden oder erhöhter Motivation und daher weniger Anlässen durch den Gekränkten sei dahingestellt...

Manche Kinder (und auch Eltern) geben zu bedenken, dass das nächtliche Einnässen doch auf den ungewöhnlich tiefen Schlaf des Indexpatienten zurückzuführen sei, der dafür folglich doch nicht verantwortlich gemacht werden könne. Hierauf antworte ich völlig unempathisch: „Dann musst du halt zusehen, dass du *nicht* so fest schläfst!“, gebe dafür aber auch einige praktische Tips (z.B. Wecker stellen, Licht brennen lassen, leise Musik, leicht spannendes Gummiband ums Handgelenk, im Sommer Übernachtung im Zelt im Garten, Nutzung von Ferienzeiten, wenn es nicht so wichtig ist, ob das Kind morgens ausgeschlafen ist). Ich bestehe aber konsequent darauf, dass das Kind es „irgendwie“ selbst anstellen müsse, trocken zu bleiben. Manchmal frage ich auch die Eltern oder älteren Geschwister, ob *sie* wüssten, wie es ihnen gelungen sei, in der vergangenen Nacht trocken zu bleiben – was regelmäßig verneint wird. Ich bestätige, dass ich selbst „auch nur ganz selten“ einnässen würde, aber keine Ahnung habe, wie ich das schaffe.

### **5. Laufenlassen oder zu Potte kommen?**

Der Erfolg dieser eigentlich eher „instruktiven“ Intervention ist nicht immer, aber sehr häufig geradezu verblüffend – in Einzelfällen wurden primär einnässende Kinder oder Jugendliche danach *schlagartig* trocken. Ein intelligenter 14-jähriger Gymnasiast (über den ich im Erstgespräch von seiner Familie kein gutes Wort hörte, wobei zugleich aber immer wieder betont wurde, sein größtes Problem sei mangelndes Selbstbewusstsein!) fand heraus, dass er stets trocken blieb, wenn er eine halbe Stunde später zu Bett ging (warum auch immer...); nachdem der um die Nachtruhe und den Schulerfolg des Sohnes sehr besorgte Vater zögernd seine Zustimmung gab, blieb der Junge nachhaltig trocken. Ein gleichfalls hochintelligentes 15-jähriges Mädchen hatte alle denkbaren Fachärzte völlig ergebnislos abgeklappert und nun zum ersten Mal von seinen bislang übermäßig taktvollen Eltern den klaren Auftrag erhalten, mit dem Einnässen endlich (wie auch immer) aufzuhören – dass *sie selbst* dafür verantwortlich sei, war ihr bislang vorenthalten worden. Es gelang ihr unter Nutzung von anstehenden Ferien mit entsprechenden Abstrichen am Tiefschlaf nahezu von heute auf morgen. Ein 7-jähriger griff die Anregung mit dem Band ums Handgelenk während der WM mittels eines schicken Frotteebandes in den Nationalfarben auf und wurde (mit zusätzlicher Unterstützung durch nächtliches Wecken seitens der Mutter) gleichfalls in kurzer Zeit trocken.

Umgekehrt ist jedoch zu beobachten, dass Familien aus unerfindlichen Gründen die vereinbarten Maßnahmen noch nicht einmal *eine* Woche durchführen, sondern zum zweiten Termin (wenn überhaupt) mit der (leicht vorwürflichen) Nachricht kommen, es habe sich nix geändert, man habe aber auch nichts gemacht. Hier scheint das „Laufenlassen“ gleichsam ein Teil des Lebensstils zu sein, der sich daher ohne entsprechende Motivation auch nur schwer ändern lässt.

Gar nicht selten stellt sich in der Folge heraus, dass auch ein Erwachsener Probleme mit dem „Trockensein“ bzw. ein Alkoholproblem hat.

In einem anderen Fall wurde bei der Mutter eines 15-jährigen Enuretikers, dessen Behandlung nach guten Anfangserfolgen bei ca. „80-%iger Trockenheit“ stagnierte, anlässlich der Sauberkeitserziehung des 3-jährigen Halbbruders eine ausgeprägte Ambivalenz deutlich. Es stellte sich heraus, daß sie mit dem Einnässen eine emotionale Verbundenheit, mit dessen autonomer Bewältigung jedoch Trennung und gleichsam den

„Anfang vom Ende“ der Mutter-Kind-Beziehung assoziierte – was zu regelrechten „double-binds“ gegenüber dem Älteren führte, die dieser sehr wohl empfand.

## 6. So what?

Abschließend möchte ich am oben geschilderten Beispiel der Enuresisbehandlung verdeutlichen, wie *unsinnig* die Zuordnung von therapeutischen Methoden und Handlungen zu bestimmten Schulen ist:

- PsychoanalytikerInnen wird völlig klar sein, dass der ehrgeizige, materialistische anal-urethale Charakter auf Geld besonders anspricht (tatsächlich gaben seinerzeit psychoanalytische Konzepte die Anregung für diesen anscheinend sehr wirksamen Verstärker!); vermutlich würden sie die beschriebene Vorgehensweise allerdings zu direktiv finden.
- VerhaltenstherapeutInnen werden selbstverständlich das operante Konditionieren wieder erkennen und vermutlich ohnehin meinen, dass der dargestellte Behandlungsansatz nicht neu und eigentlich sowieso reine Verhaltenstherapie sei; und
- Systemische TherapeutInnen werden sich durch die Veränderung der Interaktionsmuster, und zwar sowohl in der elterlichen Haltung dem Kinde gegenüber wie auch durch die Einbeziehung des Vaters (so sie denn gelingt...) bestätigt fühlen.

Ich vermute, dass die Methode ziemlich unabhängig von der theoretischen Orientierung der TherapeutInnen funktionieren wird – schließlich ist die Wirksamkeit eines Medikaments auch nicht von Markennamen oder Standort der Fabrik abhängig. Umgekehrt finde ich es schade, dass *innerhalb* der therapeutischen Schulen ein gelegentlich sektenhaft wirkender (Selbst-) Rechtfertigungsdruck hinsichtlich der *reinen Lehre* entsteht; vielmehr sollte eine sachgerechte Theorie doch *jede* wirksame therapeutische Intervention in ihrem je eigenen Referenzsystem erklären und damit auch integrieren können.