

*eine Sekunde lang anhält, so dass in jedem Falle die Reaktion, nämlich die Muskelkontraktion als kausal für eine Beendigung des Reizes "empfunden" werden muss. Nach diesem konditionierten aversiven Reiz und einer anschliessenden Pause von einer Minute folgt ein Summton, der die Eltern aufwecken soll (und eventuell auch das Kind selbst), um die Unterlage auszutauschen und den Apparat wieder funktionsfähig zu machen für die nächste Entleerung. Hupton und Summer gemeinsam bilden das sogenannte "Zwillings-signal". (KUHLEN, Ebd. S. 108)"*

Ich möchte an dieser Stelle natürlich nicht in die Details dieser theoretischen Auseinandersetzungen eingehen. Das obige Zitat soll nur verdeutlichen, dass sich die Verhaltenstherapeuten ernsthaft Gedanken darüber machen, wie der Vorgang der Enuresis lerntheoretisch erklärt werden kann.

In zahlreichen methodisch korrekten Untersuchungen und Experimenten wurden sowohl verschiedene Apparate untereinander als auch mit nicht-verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden verglichen. Die Resultate sprechen für sich: Die Effektivität der Konditionierungsmethoden ist unumstritten und sehr gut durch Zahlenmaterial belegt. Bei psychotherapeutischen Methoden sind die Effektivitätsangaben fraglich, ausserdem fehlt es an Kontroll- und Nachuntersuchungen.

Die Rückfallquoten bei apparativer Behandlung liegen bis zu 50 %, können aber drastisch gesenkt werden durch eine konsequente Durchführung des Trainings (seitens der Eltern), durch eine Verlängerung der Anwendungszeiten sowie eventuell dem Übergang zu intermittenter Verstärkung in einer gewissen Phase der Behandlung. In vielen Fällen wird eine Nachbehandlung empfohlen: Damit kann die Rückfallquote noch weiter gesenkt werden.

Es treten in der Regel keine unerwünschten Nebeneffekte auf. Im Gegenteil: Die Kinder, die von ihrem Leiden befreit sind, erhöhen ihre soziale Anpassungs- und Handlungsfähigkeit; die Beziehungen zu den Eltern werden besser. Auch für das Märchen von der Symptomverschiebung konnten keine Belege gefunden werden.

Enuretiker unterscheiden sich nicht von der Population gleichaltriger, "normaler" Kinder. Bei THALMANN fand sich z.B. kein Zusammenhang zwischen dem Grad der Symptombelastung und

Enuresis, was das Bild vom schwer verhaltensgestörten Enuretiker relativiert.

Siegfried GROSSE (1980) verglich in einer rezenten Untersuchung zwei Apparate, die sich problemlos in der ambulanten Therapie einsetzen lassen. *"Mit dem Gerät ROE 70 konnte eine signifikant höhere Heilungsquote erzielt werden"* (GROSSE, Ebd., S. 280). Mit diesem Gerät arbeite ich ebenfalls sehr erfolgreich seit 1979 in Esch. GROSSE verglich auch die einfache Anwendung des Gerätes mit einer kombinierten Methode nach AZRIN: Er kam zu dem Schluss, dass die *"apparative Standardmethode durch die Hinzunahme operanter Techniken (Dry-BED-Programm) in ihrer Effizienz nicht gesteigert werden"* konnte (GROSSE, Ebd., S. 281).

Anhand des oben erwähnten Gerätes ROE 70 will ich kurz erläutern, wie die Behandlung des Bettnässens verläuft. Für Kinder, die tagsüber einnässen, gibt es übrigens ein tragbares Gerät, das nach dem gleichen Prinzip arbeitet, und welches von derselben Herstellerfirma stammt.

In einem ersten Gespräch mit den Eltern wird anhand eines halbstandardisierten Fragebogens versucht, das Problemverhalten genau zu umreissen. Bei einer zweiten Unterredung, diesmal im Beisein des Kindes, wird das Funktionieren des Apparates erklärt und der zeitliche Ablauf der Behandlung geplant. Die Eltern werden darauf aufmerksam gemacht, wie wichtig es ist, die Anweisungen der Gebrauchsanleitung sehr genau zu befolgen, und bei Problemen bei der Anwendung sich sofort mit dem Psychologen in Verbindung zu setzen.

Vor allem die ersten 14 Tage sind von entscheidender Bedeutung für das Gelingen der Behandlung. Besonders wichtig ist es, mit dem Kind in dieser Phase des Behandlung etwa vorhandene Schuldgefühle zu besprechen und seiner eventuell vorhandenen Furcht vor der Apparatur dadurch zu begegnen, dass man es die Apparate manipulieren und ausprobieren lässt.

Für eine "normale" Behandlung sehe ich einen Zeitraum von drei Monaten vor, innerhalb dessen die Eltern regelmässig in Abständen von 14 Tagen telefonisch Auskunft über den Verlauf der Behandlung geben sollten.