

EINNÄSSEN/FUNKTIONELLE ENURESIS

Wann spricht man von funktioneller Enuresis?

- Bei wiederholter unwillkürlicher oder willentlicher Entleerung von Urin bei Tag oder bei Nacht in einem Alter, in dem Blasenkontrolle erwartet wird.
- Mindestens zweimaliges Einnässen pro Monat bei Kindern zwischen 5 und 6 Jahren und mindestens einmalig bei älteren Kindern.
- Das tatsächliche bzw. Entwicklungsalter muss mindestens vier Jahre betragen.
- Organische Ursachen wie z.B. Entzündungen der Harnwege, Anfallsleiden oder Diabetes müssen ausgeschlossen werden.

Zahlen, Daten, Fakten!

90% der Kinder die Einnässen haben eine funktionelle Störung. Davon waren 80% der Kinder noch nie über einen Zeitraum von einem Jahr sauber (primäre Enuresis). Über ein Drittel der Kinder nässen nachts und tagsüber ein.

Verteilung der Enuresis über das Alter:

	5 Jahre	10 Jahre	18 Jahre
Jungen	7%	3%	1%
Mädchen	3%	2%	Nahe 0%

Nach dem 4. Lebensjahr sind 4 von 5 Kindern fähig das Entleeren der Blase bei Harndrang noch einige Zeit hinauszuzögern und können auch „präventiv“, bei nicht gefüllter Blase, Harn abgeben. Bis zu einem Alter von fünf Jahren wird das Einnässen noch nicht als besonders auffällig oder therapiebedürftig eingeschätzt. Die meisten Kinder werden nach der Pubertät kontinent. 50-70% der Kinder mit Enuresis haben Eltern oder nahe Verwandte, die ihrerseits das Einnässproblem als Kinder aufwiesen. Das Risiko ist 7-mal größer an Enuresis zu erkranken, wenn der Vater über das siebente Lebensjahr hinaus Enuresis hatte und 5-mal größer wenn die Mutter Enuresis hatte. Die genetische Basis wurde auch durch Zwillingsstudien untersucht.

Beeinträchtigungen

Das Ausmaß der direkt durch die Störung bedingten Beeinträchtigung ist vor allem abhängig von der Wirkung auf das Selbstwertgefühl des Kindes, vom Grad der sozialen Achtung durch

Gleichaltrige sowie von der Bestrafung und Zurückweisung seitens der Pflegepersonen. Kinder leiden im Allgemeinen sehr unter dem Einnässen. Sie schämen sich, zweifeln an der Funktionstüchtigkeit ihres Körpers, fühlen sich ihrer Blase hilflos ausgeliefert und sich oft als Gesamtperson schlecht. Je älter das Kind ist, desto schlimmer empfindet es gewöhnlich die Symptomatik.

Die „normale“ Sauberkeitsentwicklung oder „Wie Kinder sauber werden“ ?

Der Erwerb der Blasenkontrolle erfolgt durch das komplizierte Zusammenspiel einer Reihe wichtiger organischer, reifungsbedingter, psychischer und sozialer Fertigkeiten. Der beim Säugling noch reflektorisch ablaufende Entleerungsvorgang soll im Laufe der kindlichen Entwicklung willentlich kontrolliert werden. Die Blasenkontrolle ist dann voll ausgereift, wenn ein Kind den Harndrang wahrnehmen, die Blasenfüllung einschätzen, die Harnabgabe hinauszögern und auch bei nicht voll gefüllter Blase willentlich Harn abgeben kann. Dazu gehört, dass Kinder die Aufmerksamkeit auf die Blase über den ganzen Tag halten können. Den Harndrang wahrnehmen zu können entwickelt sich in der Regel im Laufe des 2. Lebensjahres des Kindes. Biologisch ist das Kind meist erst zwischen 2. und 3. Lebensjahr so weit ausgereift, dass es zu einer Blasenkontrolle fähig ist.

Sauberwerden beginnt mit dem Sagen oder Zeigen der Harnabgabe im Nachhinein. Wird diese Reaktion von Bezugspersonen beobachtet und gelobt, kommt es in der Folge zu mehr Aufmerksamkeit und Sensibilität gegenüber den Vorgängen der Blase. Die Eltern merken vielleicht schon Anzeichen nahenden Harnlassens (z.B. Zappeln, Beine zusammenpressen) und können dem Kind anbieten auf den Topf oder aufs WC zu gehen. Auch wenn das Kind es vorerst vorzieht in die Windel zu machen, lernt es dennoch den Zusammenhang zwischen Harndrang und Entleerung. In weiterer Folge kommt es bei gelungener Sauberkeitsentwicklung zu vermehrtem Harnlassen in den Topf oder ins WC und es wird möglich, bei Harndrang das Harnlassen etwas aufzuschieben. Die nächtliche Blasenkontrolle stellt sich dann automatisch ein, wenn das Nieren- Blasensystem voll ausgereift ist. Kurzzeitige Perioden des Wiedereinnässens vor oder während Erkrankungen, bei belastenden Ereignissen usw. sind normal und enden von selbst.

Der Störung vorausgehende Bedingungen

Psychosozial

Kinder mit Enuresis haben mehr kritische Lebensereignisse hinter sich als Kinder ohne. Kinder die im dritten bis vierten Lebensjahr vier oder mehr kritische Ereignisse erlebten z.B. Umzug, Krankenhausaufenthalt, Trennung der Eltern haben ein mehr als doppeltes Risiko Enuresis zu entwickeln als Andere. Untersuchungen fanden eine enge Beziehung zwischen Bettnässen und

Belastungen! Kritische Tagesereignisse führen zu einer Verschlechterung der Symptomatik; Trockene Nächte sind häufig an Ferienzeiten und belastungsfreie Tage gebunden. Kausale Ursachen konnten nicht gefunden werden. Kinder mit Enuresis leiden häufiger unter psychischen Störungen, als Kinder ohne. Die Hälfte der Kinder die Einnässen haben auch psychische Störungen und/oder Verhaltensprobleme z.B. Enkopresis, aggressives Verhalten, Überängstlichkeit und Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität.

Biologische/physiologische Möglichkeiten sind:

- Blasenkapazität ist zu gering
- übermäßige nächtliche Harnausscheidung
- Störung der Harnentleerung: Spontane Kontraktion der Blasenwandmuskulatur
- Schwierigkeiten mit Schlaftiefe und dem Erwachen und Einnässen in jeder Schlafphase
- Entwicklungsverzögerungen: Liegen nahe sollen abgeklärt werden, da Blasenkontrolle stark vom Entwicklungsstand abhängt. Enuresis tritt gehäuft bei verzögerter Sprachentwicklung und grobmotorischen Fertigkeiten auf sowie bei körper- und geistigen Behinderungen auf.

Mediatoren psychosozial:

Die bisherigen Erfahrungen des Kindes im Umgang mit Stressoren sind wichtig für die spätere Entwicklung von z. B. Enuresis. Beispielsweise kann, wenn Ängste nicht adäquat bewältigt werden, das Kind einnässen. Wie schon das Sprichwortsagt: „Sich vor Angst in die Hose machen“. Betroffen von misslungenen Lernprozessen sind die Wahrnehmungs-, die Unterscheidungs- und die Handlungsfähigkeit bezüglich der Vorgänge bei der Harnentleerung. Das Kind hat

- etwas nicht adäquat gelernt
- etwas falsch gelernt
- etwas wieder verlernt

Therapieindikation bzw. „ Wann ist es Zeit Hilfe zu suchen?“

Die Entscheidung, ob die Eltern mit dem Kind eine Therapie beginnen sollten richtet sich neben dem Entwicklungsalter des Kindes nach dem Leidensdruck, der vom Problem ausgeht. Kinder und Eltern fühlen sich durch das Einnässen häufig als Versager. Andere Kinder sind im gleichen Alter schon sauber. Verwandte erklären das Einnässen eventuell durch mangelnde Erziehung der Eltern oder mangelnden guten Willen des Kindes. Aussprüche wie „bei mir gäbe es das nicht“, oder „meine Kinder waren alle schon mit einem Jahr sauber“ sind ihnen vielleicht nicht unbekannt. Kinder schämen sich sehr für ihr „Babyverhalten“ und ziehen sich von Spielkameraden zurück. Das Selbstbewusstsein und das Körpergefühl leiden schwer. Kinder empfinden sich als minderwertig und haben häufig ein schlechtes Gewissen gegenüber ihren Eltern („Mama ist traurig wegen mir“). Das Kind wird nicht mehr differenziert als Person, die

einiges gut und einiges weniger gut kann, wahrgenommen. Das Problem wurde „übermächtig“, der Druck aufs Kind sehr groß. Die Situation hat sich zum Teufelskreis, der sich abwärts dreht entwickelt, da Stress wiederum die Auftretungswahrscheinlichkeit vom Einnässen erhöht. An diesem Punkt finden viele Familien keinen Ausweg aus dieser negativen Spirale mehr. Hilfe ist angesagt!

Die Behandlung der Enuresis

Was werden Eltern und Kinder eventuell zu Therapiebeginn gefragt?

Symptombezogene Informationen

- Häufigkeit und Zeitpunkt des Einnässens
- Menge des Urins
- Erfolge auf der Toilette
- Harndrang
- Schmerzen während des Harnlassens

Informationen über die Eltern

- Therapieerwartung
- Bisherige Maßnahmen zur Beeinflussung der Enuresis
- (z.B. Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme, Aufwecken)
- Bewertung der Enuresis
- Einstellung dem Kind gegenüber
- Bereitschaft zur Therapiemitarbeit
- Vorliegen von familiären oder Eheproblemen
- Familiäre Regeln (z.B. Einschlafrituale)

Informationen über das Kind

- Alter
- Bisherige Behandlungsversuche
- Toiletten-Rituale
- Phasen des Trockenseins
- Vorliegen von kritischen Lebens und Alltagsereignissen
- Gleichzeitig auftretende psychische Störung
- Zusammenhänge von Belastungen und Einnässen
- Begabungen des Kindes, was kann das Kind gut.

Wie kann eine Therapie aussehen?

Das Kind wird in der Therapie immer als Gesamtmensch mit all seinen besonderen Begabungen und mit seinen Problemen betrachtet. Möglichst umfangreiche Informationen sind für diese Betrachtungsweise wichtig. Grundvoraussetzung für die Therapie ist die Mitarbeit der Eltern und des Kindes, die Transparenz und das Verständnis der Methode und Rückmeldungen über den Therapieverlauf. Störend auf Therapie wirken Ungeduld, Hektik, Enttäuschung und Ängste des Kindes und der Eltern und Druck auf das Kind. Die Eltern werden angehalten gemeinsam mit dem Kind einen Kalender zu führen um Zusammenhänge zwischen Einnässen und Ereignissen aufzudecken. Ebenso wichtig ist das Erkennen der Bedingungen, die das Kind trocken sein lässt. Wichtig sind für die Mitarbeit ist ein sichtbarer Anfangserfolg (quantitativ z.B. Abnahme nasser Nächte; qualitativ: psychische Stabilisierung des Kindes).

Therapiebeginn

Vorerst ist die Schaffung günstiger, kindzentrierter Bedingungen im therapeutischen und häuslichen Umfeld zentral. Falsche Praktiken wie Windeln anlegen, Flüssigkeitseinschränkung und abendliches/nächtliches Aufwecken sollen sofort gestoppt werden. Wichtig für die Eltern ist das Bewusstsein, dass Enuresis eine Krankheit und keine kindliche Unerzogenheit ist. Die allgemeinen Stressoren des Kindes (laut Kalender) müssen gesenkt werden. Unangemessener Strafen und Belohnungen des Kindes (die bei Nichterhalten vom Kind auch als Strafe erlebt werden) aufgehört werden.

Individueller Therapieplan

Gemeinsam mit Eltern und Kind wird ein Plan entwickelt, der genau auf die Problematik des Kindes abgestimmt ist. Vereinbarungen zwischen Eltern und Kind werden getroffen. Techniken, einige mögliche sind unten angeführt, werden ausgewählt.

Folgende Techniken stehen bei der Therapie der Enuresis zur Verfügung

- Situative Veränderungen: z.B. Nachttopf ins Zimmer, Dimmer führen zu Angstminderung bei Kindern mit Dunkel- oder Nachtängsten, Klingel mit der das Kind bei Angst nach den Eltern läuten kann
- Spannungsabbau durch abendliche Zuwendung z.B. Buch vorlesen, Tag nochmals besprechen und das Vermeiden unnötiger Aufregungen führt zu emotional-physiologischer Ruhigstellung in der Nacht
- Hypnotische Verfahren: Vorstellung wenn abends aufs WC, dann werde ich ,.. und zufrieden sein;

- Entspannungstherapie mit Kindern
- Kontingenzen variieren: Verstärker besonders bei Enuresistherapie emotionale Zuwendung (Körperkontakt); denkbar: materielle und sozialemotive Verstärker z.B. Belohnung für wach werden nach einnässen (Fleck kleiner)
- Selbstmanagement: Kalenderführen z.B. kleinere Kinder Bild für trockene Nacht ausmalen lassen; Unfall überkritzeln = suggestive Wirkung
- Folgen erleben zu lassen um Motivation zu steigern; Sauberkeitstraining (Dry-bed Programm: für sauberes Bett sorgen)
- Toilettentraining: Nachhilfe für Vorgänge bei nächtlicher Blasenentleerung!
- Aparative Therapien: Entleerung hemmen, Aufwachen sichern (Klingeldecke, Klingelhose)
- „Dry bed“ Trainings

UNFÄLLE SIND NORMAL UND IN DER THERAPIE EINZUPLANEN!

Autorin:

Dr. Michaela Novak-Rymarz

Literaturempfehlung für Eltern:

Gabriele Haug-Schnabel: „Wie Kinder trocken werden können“ (ISBN 3-9804493-4-3)