

Heft 3
März 1991
44. Jahrgang
Verlag
W. Kohlhammer

Die Fachzeitschrift
für Pflegeberufe

Deutsche Krankenpflege- Zeitschrift

Herausgegeben unter Mitwirkung
der Pflegeverbände

Schriftleitung:
Paul-Werner Schreiner
Brigitte Zuckschwerdt

Beirat:
Ingrid Bäuml, Berufsfachliche
Akademieleiterin;
Birgit Beye, Leitende Kinderkranken-
schwester;
Annette Ennulath, Unterrichts-
schwester (IbF);
Heide Häberle, Soziologin;
OSTD Dr. paed. Eva Hoppe;
Dipl.-Med. Päd. Ingrid Jakob-
Wuschick, Leitende Kranken-
schwester;
Dorothea-Ruth Leuchs, Oberschwester;
Monika Maier-Opitz, Unterrichts-
schwester für Kinderkrankenpflege;
Susanne Mayr, Leitende Unterrichts-
schwester;
Ruth Morlok, Leitende Unterrichts-
schwester für Altenpflege;
Prof. Dr. med. Klaus Pistor;
Udo Schlaudraff, Klinikseelsorger;
Ursula Tangen, Referentin für
Fortbildung in der Gemeinde-
krankenpflege;
Ulrike Villinger, Fachkrankenschwester
für Psychiatrie;
Prof. Dr. med. Peter Wahl

Anschrift:
Verlag W. Kohlhammer GmbH
Postfach 80 04 30
Heßbrühlstraße 69
7000 Stuttgart 80 (Vaihingen)
Telefax (07 11) 78 63-2 63
Telex 7-255 820
Telefon (07 11) 78 63-0
Telefondurchwahl:
Redaktion 78 63-2 35/2 36
Stellenanzeigen 78 63-2 62
Industrieanzeigen 78 63-2 59
Vertrieb (und Einzelheft-
bestellung) 78 63-2 92

Redaktionelle Beilage: Materialien zur
Supervision und Praxisberatung (Teil II).
Von Dipl.-Psych. Ulrich Rohlfing

Titelbild: Bei Kindern läuft die ATL
„Ausscheiden“, wie man sieht, noch ohne
Tabu.

Zu diesem Heft

Das Ausscheiden ist eine Lebensaktivität, die für jeden Menschen während des ganzen Lebens Bedeutung hat. Nancy Roper et al. beschreiben das Ausscheiden als eine intime Tätigkeit, deren Produkte verborgen gehalten werden. Beim Neugeborenen wird die erste Ausscheidung von Urin und Stuhl mit Spannung erwartet sowie dokumentiert; beim Kleinkind mit „ah“ und „oh“ und viel Lob begrüßt und im Erwachsenenalter mehr und mehr mit Tabus belegt. Haben Sie schon einmal jemanden aus Ihrem Bekanntenkreis, den Sie sonst nach seinem Befinden fragen, mit „Haben Sie heute schon gestuhlt?“ begrüßt? Mit diesem Heft möchten wir einige Tabus ansprechen und bewußt machen sowie Möglichkeiten und Lösungsansätze anbieten. Um dem Kranken bei seinen Ausscheidungsfunktionen pflegerisch entsprechend unterstützen zu können, reicht es nicht aus, biologisch-naturwissenschaftliche Kenntnisse zu haben. Die Störungen im Bereich

des Urogenitaltraktes unterliegen mehr als andere Erkrankungen einer Sprachlosigkeit, die mit dem Tabu, mit denen die Ausscheidungen belegt sind, zusammenhängen. Das erfordert von den Krankenschwestern/-pflegern, ganzheitlich auf den Patienten eingehen zu können. Der Beitrag über Erbrechen zeigt, daß im Unterricht auch der mehr gefühlsbetonte Bereich berücksichtigt wird und somit für den Krankenpflegerschüler/die Krankenpflegeschülerin die Möglichkeit besteht, Tabubereiche zu erkennen und anzusprechen. Bei der Obstipation und der Stuhlinkontinenz haben sich die Untersuchungsmöglichkeiten erheblich verbessert. Es hat sich gezeigt, daß beide Symptome relativ häufig Zeichen einer funktionellen Störung des Entleerungsvorganges sind. Um die psychische, physische und gesellschaftliche Rehabilitation geht es bei der Stomapflege. Den Patienten bietet die Stomasprechstunde auch nach der Entlassung Beratung und gezielte Hilfe.

Inhaltsverzeichnis

Schwerpunktthema

Neue Pflegekonzepte in der
Ausbildung?
Von Heidi Lang und Susanne Wirth 158

Unterrichtseinheit „Erbrechen“
Von Marlies Beckmann-Marx und
Ulrike Dieckmann 162

Pflegerische Aspekte bei der künst-
lichen Harnableitung
Von Werner Wegenast, Karin Gehrmann
und Thomas Erhardt 167

Obstipation – Stuhl-Inkontinenz
Von Priv. Doz. Dr. med. Michael
Starlinger 174

Pflegeaspekte bei der Stomaversorgung
Von Marlene Flick 178

Von der Unbefangenheit des Scheißens
zum hochsterilen Absetzen von
Fäkalien
Von Ingrid Schulze 185

Kinderkrankenpflege

Sauberkeitserziehung im Kindesalter
Von Dipl.-Psych. Isabella Brintzinger 190

Verhaltenstherapeutische Behandlung
von Enuresis und Enkopresis
Von Dipl.-Psych. Fritz Jansen und
Dipl.-Psych. Uta Streit 192

Einzelbeiträge

Software für die Krankenpflege
Von Professor Dr. Burghardt
Bessai et al. 197

Die Endoskopie der Gelenke
Von Bärbel Gekeler-Steinle und
Priv. Doz. Dr. med. Harald Hempfling 203

Infektionsprophylaxe in der
Endoskopie
Von Professor Dr. med. Walter Steuer
und Dr. Ulrich Junghannß 209

Tagungsberichte 210

BA/BALK Mitteilungen 214

Aussprache 214

Von uns für Sie 216

Zeitschriftenspiegel 218

Buchbesprechungen 220

Umschau 229

Impressum 233

Firmen berichten 234

Kind. Aus der Verhaltensforschung weiß man, daß erwünschtes Verhalten auf verschiedene Weise erreicht werden kann, nämlich durch

- Belohnung, denn belohntes Verhalten wird wiederholt
- Bestrafung ungewünschten Verhaltens, denn bestrafte Verhalten wird unterdrückt
- Ignorieren, denn ignoriertes Verhalten wird aufgegeben
- Lernen am Modell, denn vorgelebtes Verhalten wird imitiert.

Die Eltern praktizieren unterschiedliche Erziehungsstile, die sie aus ihren eigenen Erfahrungen oder auch aus erworbenen Kenntnissen ableiten. Der soziale Status scheint wenig Einfluß auf die Art der Sauberkeitserziehung zu haben.⁶ Viele Eltern sehen sich mit ihrer Sauberkeitserziehung unter der Kontrolle ihrer Umwelt. Sie geraten dabei leicht in die Lage, sich als „gute Erzieher“ beweisen zu müssen. Da die Sauberheitskontrolle bei uns die Voraussetzung für die Aufnahme in den Kindergarten ist, ist sie auch die Erziehung zur „Gesellschaftsfähigkeit“. Dies sind die Gründe dafür, warum sich viele Eltern wünschen, ihre Kinder möglichst früh sauber zu bekommen.

Es hat sich herausgestellt, daß Lob und Unterstützung in der Sauberkeitserziehung eher zum Erfolg führen als Strenge und Strafe. Belohnungen können auf verschiedene Weise erfolgen, Bestrafungen von Zuwerdhandlungen sollten nur prompt und kurzfristig ablaufen. Keinesfalls, darauf weist auch Lotte Schenk-Danzinger¹⁰ hin, sollte das Kind Ungeduld oder Abwertungen erfahren, wenn es die elterlichen Forderungen nicht sogleich erfassen und erfüllen kann. Die nächtliche Sauberheitskontrolle scheint eher das Ergebnis von Reifung als das der Übung zu sein. Zwar werden viele Kinder von ihren Eltern nachts geweckt, damit das nächtliche Bett nässen früher aufhört, doch hat eine Befragung Klackenberg⁵ bei Eltern von 315 Kindergartenkindern ergeben, daß 78 Prozent der Kinder auch ohne pädagogische Einflußnahme nachts trocken geworden waren.

Zusammenfassung

Die Sauberkeitserziehung sollte erst dann einsetzen, wenn die Reife des Nervensystems die Blasen- und Sphinkterkontrolle ermöglicht. Dieser Zeitpunkt ist bei vielen Kindern

erst später erreicht, als viele Eltern sich das wünschen. Bei der Mehrheit liegt er zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr. Erst im Alter von drei bis vier Jahren kann eine stabile Kontrolle über die Ausscheidung ausgeübt werden. Die Sauberkeitserziehung sollte in einer freundlichen Atmosphäre, ohne Druck, mit Zuwendung, Verständnis und Anerkennung statt mit Strafe und Abwertung erfolgen.

Literatur

- ¹ Bettelheim, B.: Ein Leben für Kinder. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1990, 2. Aufl.
- ² Binét, A.: Zur Genese von Störungen der Sphinkterkontrolle bei Kindern. In: Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie IV. Ernst Reinhardt Verlag, München, 1981, S. 559-568
- ³ Dimson, S. B.: Toilettraining and enuresis. In: Brit. Med. J., (1959), p. 666-670
- ⁴ Jones, H. G.: Specific Conditioning Treatment of enuresis nocturna. In: Cerebr. Palsy Bull., (1961) 3, p. 227-236
- ⁵ Klackenberg, G.: Primary Enuresis - When is a child dry at night? In: Acta paediat., 44 (1955), p. 513-518
- ⁶ Lovibond, S. H.: The mechanism of conditioning treatment of enuresis. In: Beh. Res. Ther., (1963), 1, p. 17-21
- ⁷ Metzger, W.: Erziehung zur Reinlichkeit. Lindau, 1961
- ⁸ Muellner, S. R.: Development of urinary control in children. In: J. Amer. med. Ass., 172 (1960), p. 1256-1261
- ⁹ Richter, H. E.: Beobachtungen an 14 Kindern mit chronischer Obstipation. In: Psyche, XII (1958) 5, S. 291-308
- ¹⁰ Schenk-Danzinger, L.: Entwicklung, Sozialisation, Erziehung. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 1988, 2. Aufl.
- ¹¹ Schneer, H. I. (Ed.): The asthmatic child. Hoeber, Harper and Rau, New York, 1963
- ¹² Schücking, B.: Psychosomatik des Kindes aus familienärztlicher Sicht. Ernst Reinhardt Verlag, München, 1981
- ¹³ Sperling, M.: Psychosomatische Aspekte der colitis ulcerosa bei Kindern. In: Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie II. Ernst Reinhardt Verlag, München, 1969, S. 912-921
- ¹⁴ Stegat, H.: Enuresis. Behandlung des Bett nässens. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, 1973
- ¹⁵ Thalman, H. C.: Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Klett Verlag, Stuttgart, 1971

Anschrift der Verfasserin: Dipl.-Psych. Isabella Brintzinger, Klinische Psychologin an der Universitäts-Kinderklinik Tübingen, Rümelinstraße 23, 7400 Tübingen

Verhaltenstherapeutische Behandlung von Enuresis und Enkopresis

Von Dipl.-Psych. Fritz Jansen und Dipl.-Psych. Uta Streit

Ursachen und Therapie von Enuresis und Enkopresis sind bis auf wenige Ausnahmen gleich. Um auf den vorgegebenen wenigen Seiten ein möglichst anschauliches Bild beider Störungen und ihrer Behandlung zu geben, sollen die Enuresis als häufiger vorkommende Störung ausführlich dargestellt, und am Ende des Artikels die für die praktische Arbeit wesentlichen Abweichungen bei der Behandlung der Enkopresis auf wenigen Zeilen zusammengefaßt werden.

Psychologische Ursachen der Enuresis

Die psychologisch bedingte Enuresis kann bei richtigem psychologisch-therapeutischem Vorgehen und motivierten Eltern in der Regel erfolgreich behandelt werden. Die sehr hohe Erfolgsquote bei der Behandlung der Enuresis wird u. a. durch ein sorgfältig geplantes Vorgehen erreicht, bei dem die einzelnen Therapieschritte zeitlich so angeordnet

werden, daß Unsicherheiten im Rahmen der Diagnostik durch taktisch günstiges Vorgehen ausgeglichen werden können. Während bei anderen Störungen, wie beispielsweise Angst, Aggressivität und Lern- und Leistungsstörungen bereits vor der Behandlung mit großer Sicherheit die störungsspezifischen Ursachen diagnostiziert werden können, gelingt dies nicht in gleichem Maße bei der Enuresis.

Negative und positive Familienbeziehungen

Die Enuresis kann durch ganz unterschiedliche Größen verursacht oder aufrechterhalten werden. *Spannungen, die durch tiefgründige Ursachen wie unbewältigte Konflikte, Liebesentzug oder ungünstige Beziehungsmuster in der Familie entstehen*, sind glücklicherweise nur bei einer Untergruppe von Kindern Auslöser der Enuresis. Bei einer anderen Untergruppe von einnässenden Kindern beobachtet man, daß sich die Eltern sogar besonders positiv und tolerierend gegenüber ihrem Kind verhalten. Besonders akzeptierenden Eltern gelingt es häufig nicht, ihren Kindern Erziehungsziele wichtig zu machen. Den betroffenen Kindern ist dadurch nicht selten ihr Einnässen unwichtig. Sie übersehen den ständig ansteigenden Druck ihrer Blase und spielen weiter, wenn ihr Spiel ihnen wichtig ist, oder sehen weiter fern, wenn der Film sie fesselt. In der Nacht können es Kinder als angenehmer empfinden, einzunässen, als die Geborgenheit ihres warmen Bettes zu verlassen und dabei Kälte und manchmal auch Angst zu empfinden.

Gewinn an Zuwendung

Der Gewinn an Zuwendung kann eine weitere Ursache für das Fortbestehen des Einnässens sein. Bezugspersonen geben dem Kind in aller Regel gewollt oder ungewollt in Zusammenhang mit dem Einnässen Zuwendung. Diese Zuwendung kann sehr verschieden sein und umfaßt beispielsweise Verhaltensweisen wie

- Trösten
- darüber reden
- körperliche Anwesenheit
- Aufmerksamkeitszuwendung während des Wechselns der Wäsche.

Daß das Einnässen durch die Zuwendung der Bezugspersonen aufrechterhalten wird, kann sowohl bei Kindern beobachtet werden, denen eine qualitativ gute und/oder quantitativ ausreichende emotionale Beziehung zu den Eltern fehlt, als auch bei Kindern, die eine ausreichend häufige und gute Beziehung zu ihren Eltern erleben.

Machtgewinn

Im Einzelfall kann auch der *Machtgewinn* des Kindes eine Ursache für das Einnässen sein. Beispielsweise kann es durch das Einnässen seinen Bezugspersonen den Zeitpunkt und die Art der Zuwendung aufzwingen. Besondere Macht können einige Kinder empfinden, wenn sie spüren, daß sie ihre Bezugspersonen zu diesen Zuwendungen zwingen können, obwohl diese innerlich aggressiv sind. Kinder können verschiedenste Gründe haben, eigenes Verhalten bewußt oder unbewußt im Rahmen von familiären Beziehungen auch oder vor allem zum Gewinn von Macht einzusetzen.

Mangelnde Wärme oder das Fehlen angemessener Grenzen

Die zwei am häufigsten anzutreffenden Gründe sind einerseits mangelnde Wärme und mangelnde positive Beziehungsangebote und andererseits die Unfähigkeit eines oder mehrerer Familienangehöriger, angemessene Grenzen zu setzen. Beide Gründe können gemeinsam auftreten. Die

Unfähigkeit, angemessene Grenzen zu setzen, kann jedoch sehr häufig bei besonders positiv eingestellten und engagierten Eltern beobachtet werden. Das Kind lernt dann, daß sich die Eltern trotz seiner Machtbestrebungen immer gleich oder sogar in noch höherem Maße um eine positive Beziehung bemühen. Derartige positive Konsequenzen stellen eine Verführung zum Streben nach Macht dar, der kaum ein Kind widerstehen kann. Die Unfähigkeit der Bezugspersonen, Grenzen zu setzen, kann sehr häufig in den verschiedensten Alltagssituationen beobachtet werden.

Die bisher aufgezählten Verursachungsfaktoren machen deutlich, daß wichtige Beeinflussungsgrößen der Enuresis in der Beziehung zwischen Bezugspersonen und Kind zu finden sind. Dabei kann die Enuresis sowohl durch eine schlechte Beziehung, in der Konflikte bestehen und/oder wenig Zeit für das Kind zur Verfügung steht, als auch durch eine besonders positive Beziehung aufrechterhalten werden. Eine Fehlbeurteilung der Beziehung erhöht die Wahrscheinlichkeit für einen Mißerfolg. So kann es beispielsweise zu einer Symptomverschiebung kommen, indem das Kind, anstatt einzunässen, andere unerwünschte Verhaltensweisen, z. B. aggressive Verhaltensweisen, ausbildet, um den entsprechenden Macht- oder Zuwendungsgewinn zu erhalten. Häufig werden die Folgen einer zu negativen Bewertung einer eigentlich positiven Beziehung übersehen, indem unzutreffenderweise unterstellt wird, die Enuresis würde durch mangelnde Wärme und Zuwendung ausgelöst. Die Bezugspersonen werden durch eine solche Fehlbeurteilung in eine hilflose Situation gebracht. Sie versuchen in der Regel, sich positiver zu verhalten, indem sie weniger häufig angemessene Grenzen setzen. Das ständige Nachgeben in verschiedensten Situationen führt langfristig zu unangemessenen sozialen Verhaltensweisen des Kindes. Hierdurch kommt es in der Regel zu Enttäuschungen und damit einhergehend zu mehr oder weniger offenen Aggressionen bei den Bezugspersonen. Ein Teufelskreis beginnt, der sich nicht nur ungünstig auf die Behandlung der Enuresis auswirken, sondern auch zu einer sekundären Störung führen kann.

Wahrnehmungsstörung

Eine weitere mögliche Ursache der Enuresis kann darin bestehen, daß das Kind ganz einfach *noch nicht gelernt hat, körpereigene Signale, die in Zusammenhang mit der Füllung der Blase auftreten, wahrzunehmen und entsprechend die Schließmuskeln willentlich zu kontrollieren*. Während sich beim Säugling die Blase bei einem bestimmten Füllungsgrad reflektorisch entleert, führen spezifische Lern- und Reifungsprozesse dazu, daß Kinder mit zunehmendem Alter die Blasenentleerung hinauszögern können. Es kommt nun bei ansteigendem Harndruck nicht mehr zu reflektorischem Entleeren der Blase, sondern die Blasenwand wird unbewußt stufenweise gedehnt, um den Harndruck zu vermindern.³ Erst ein Blasendruck, der so hoch ist, daß er nicht mehr über eine Erweiterung des Blasen Volumens erniedrigt werden kann, wirkt alarmierend und führt in der Nacht zu einem Aufwachen des Kindes. Der von vielen Eltern berichtete tiefe Schlaf der einnässenden Kinder stellt beim Erlernen der Weckfunktion des Blasendrucks kein grundsätzliches Hindernis dar, da die Signale des überhöhten Blasendrucks auch bei tiefem Schlaf zentrale Verarbeitungsstufen erreichen. Die unbewußte Verarbeitung dieser eingehenden Signale entscheidet dann darüber, ob Hirnareale aktiviert werden, die für das Wecken zuständig sind. Die Entscheidung auf der Ebene der unbewußten Informationsverarbeitung wird dabei im stärksten Maße von der Bedeutung, d. h. der

motivationalen Komponente des Blasendrucksignals für das Kind mitbestimmt.

Daß das Signal eines überhöhten Blasendrucks nur dann zum Wachwerden führt, wenn es eine ausreichende motivationale Bedeutung hat, läßt sich durch ein mit Hilfe evozierter Potentiale gut untersuchtes Phänomen erklären: Im Schlaf erreichen die frühen Komponenten sensorisch evozierter Potentialen (bis 50 msec) ungefiltert ihre primären Projektionsareale.¹ Während des Schlafens werden beständig unbewußte Entscheidungen getroffen, ob die in den primären Projektionsarealen ankommenden Signale so bedeutsam sind, daß durch sie ein Wecken erfolgen soll oder nicht. Deutlich wird das bei Müttern von Babys, die im Bereich sehr lauten nächtlichen Straßenverkehrs wohnen. Die Mütter werden in der Regel von leisesten Geräuschen ihres Kindes geweckt, schlafen aber beispielsweise trotz eines vorbeifahrenden, lauten Lastwagens weiter. Hier stellen unbewußte Entscheidungsprozesse während des Schlafens fest, daß der verkehrsbedingte Lärm irrelevant ist und weggefiltert werden kann, die Signale des Kindes jedoch äußerst wichtig sind und zum Wachwerden führen sollen.

Ob ein Signal oder eine Signalgruppe motivationale Bedeutung erhält oder verliert, ist ein Ergebnis von Lernprozessen. Für das enuretische Kind wird die Bedeutung des Einnässens bzw. des Nicht-Einnässens und damit des Blasendrucksignals in außerordentlichem Maße vom Verhalten der familiären Bezugspersonen in Zusammenhang mit dem Einnässen oder seiner Kontrolle bestimmt. Ein Kind, das für sein Einnässen Machtgewinn und Zuwendung erhält, mißt dem Blasendrucksignal und damit dem Einnässen eine andere Bedeutung bei als ein Kind, welches für die Blasenkontrolle Lob und Zuwendung, für das Einnässen jedoch keine besondere Aufmerksamkeit erwartet. Das erste Kind dürfte eine geringere Motivation entwickeln, sich von dem Signal des Überdrucks der Blase wecken zu lassen, als das zweite. Dies ist eine mögliche Ursache dafür, daß im Einzelfall ein Kind trotz intensiver positiver Beziehung und wirklichem Engagement der Eltern allen Grund hat einzunässen. Die bisherigen Ausführungen sollten zeigen, daß die Ursachen für das Einnässen eines Kindes vielfältig sein können. Im Einzelfall können zwei oder mehrere dieser Faktoren gleichzeitig bestehen.

Diagnose und Behandlung

Biologischer Reifungsprozeß

Biologische Reifungsprozesse sind eine notwendige Voraussetzung für das Erlangen der Blasenkontrolle. Allen biologischen Reifungsprozessen ist gemeinsam, daß sie bezüglich ihres Beginns, ihrer Dauer und ihres Abschlusses zwischen den einzelnen Kindern eine starke Streuung aufweisen. Wird diese als normal zu bezeichnende Streuung bei der Festlegung des Lebensalters berücksichtigt, ab dem man beim Einnässen von einer Enuresis sprechen kann, so kommen die meisten Autoren zu einer Festlegung zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr.^{2,3} Unter Einbeziehung eines gewissen Sicherheitsabstandes sollte deswegen eine sich nur auf die Enuresis beziehende Verhaltenstherapie erst nach Beendigung des vierten Lebensjahres begonnen werden. Andere Störungen, die mit einer unterstellten Enuresis einhergehen können, wie Spannungen im familiären System oder aufgrund mangelnder Grenzsetzung auftretende aggressive Verhaltensweisen, sollten jedoch so früh wie möglich therapeutisch angegangen werden. In diesen Fällen wer-

den dann die für die Enuresis spezifischen Therapiekomponenten zurückgestellt. Es findet lediglich eine entsprechende Beratung der Eltern statt, die ihnen ein Bild über Therapiemöglichkeiten und den sinnvollen Zeitpunkt des Therapiebeginns vermittelt und sie in die Lage versetzt, mit Ruhe und Zuversicht abzuwarten.

Therapiebeginn

Zu Beginn der Therapie wird den Eltern ein Überblick über den Ablauf und die Art der Therapie gegeben. Inwieweit das enuretische Kind selbst aktiv in den Therapieprozeß einbezogen wird, hängt ab von seiner

- Reife
- Problemeinsicht
- Motivation.

Während Elf- und Zwölfjährige häufig in der Lage sind, den Therapieprozeß eigenständig und aktiv mitzugestalten, wären Fünf-, Sechs- und Siebenjährige hierbei meist überfordert. Je jünger das Kind, desto mehr wird der Therapieprozeß von den Bezugspersonen getragen werden müssen. Bei gegebener Motivation sollten möglichst beide Elternteile an der Therapie teilnehmen. In Phasen, wo dies notwendig erscheint, wird versucht, andere Mitglieder und Bezugspersonen der Familie in den therapeutischen Prozeß einzubeziehen. Dies gilt insbesondere für die diagnostischen Phasen. Wie oben dargestellt, können die die Enuresis verursachenden Größen im Einzelfall sehr verschieden sein, und es können sich zwei oder mehrere Größen überlagern. Da mit einer einmalig vorgeschalteten Diagnostik nicht mit Sicherheit alle verursachenden Größen erkannt werden und ein Übersehen von einzelnen Größen negative Folgen haben kann, empfiehlt sich eine Vorgehensweise, bei der sich diagnostische Blöcke immer wieder mit therapeutischen Maßnahmen abwechseln.

Planung der einzelnen Diagnose- und Therapieblöcke

Bei der Planung der zeitlichen Abfolge der einzelnen Diagnose- und Therapieblöcke müssen die möglichen ungünstigsten Folgen einer Fehldiagnose bzw. Fehlentscheidung berücksichtigt werden. Würde man beispielsweise im ersten Therapieabschnitt den verursachenden Faktor „fehlende Wahrnehmung des Blasendrucks“ therapeutisch angehen (dies kann z. B. mit Hilfe eines Weckapparates erfolgen; siehe Therapieblock E), so würde dann ein schneller und sicherer Erfolg eintreten, wenn die fehlende Wahrnehmung der Blasenfüllung die entscheidende Ursache für die Enuresis war. Bestehen jedoch noch andere die Enuresis beeinflussende Größen, z. B. konfliktgeladene Beziehungen innerhalb der Familie oder ein Machtgewinn des Kindes durch Einnässen, so ergäbe sich als günstigster Ausgang, daß die Einführung des Biofeedback-Gerätes zu keiner Verbesserung der Enuresis führt. In diesem Fall würde man nach weiteren Verursachungsgrößen der Enuresis suchen. Es könnte sich jedoch auch der ungünstigste Ausgang ergeben, daß das Kind zwar aufhört einzunässen, jedoch sein gesamtes ungünstiges und problematisches Verhalten beibehält und auch die dieses Verhalten verursachenden Größen in der Familie nicht geändert werden. Dies würde sich als ein echter Kunstfehler erweisen. Die Chance, ein tieferliegendes Problem zu lösen, weil es sich an einer sehr auffälligen Symptomatik für alle Betroffenen zeigt, wäre vertan. Aus diesem Grund ist es wichtig, im ersten Diagnoseblock die Beziehung innerhalb der Familie zu untersuchen.

Diagnose- und Therapieblock A

Im Mittelpunkt steht die *Qualität der Beziehungen zum ein-*

nässenden Kind und innerhalb des Familiensystems.

Beziehungen lassen sich sowohl hinsichtlich ihrer Qualität als auch bezüglich ihrer Quantität beurteilen. Die Beziehung eines oder mehrerer Familienmitglieder zum enuretischen Kind kann so ungünstig sein, daß von ihr eine ständige Belastung ausgeht. Andererseits kann das Kind auch darunter leiden, daß die Beziehung zu einem oder mehreren Familienmitgliedern nicht den zeitlichen Umfang aufweist, den es für seine Entwicklung und sein Wohlbefinden benötigt.

Das klassische Instrumentarium zur Diagnose und Veränderung von Beziehungen im Rahmen einer Familie oder zwischen Eltern und symptomtragendem Kind ist das Gespräch. Zusätzlich hat sich eine Einbeziehung von Videoaufzeichnungen in das Arbeiten als äußerst erfolgreich erwiesen. Hierbei wird ausgenutzt, daß der allergrößte und für die Therapie entscheidende Teil der Verhaltensweisen der Familienangehörigen automatisiert und meist unbewußt abläuft.^{8,9} Diese automatisch und zumeist unbewußt ablaufenden Verhaltensweisen können häufig über das Gespräch nicht erfaßt werden, weil die betroffenen Eltern wie auch die Kinder nicht verbal von ihnen berichten können. Videoaufzeichnungen geben ein besonders klares Bild dieser Verhaltensweisen, da sie, gerade weil sie automatisch und unbewußt ablaufen, von den betroffenen Personen während der Videoaufzeichnung kaum verzerrt werden können. Die Videoaufzeichnungen dienen einerseits zur Diagnose, andererseits können mit ihnen – besser als allein durch Gespräche – den betroffenen Eltern (und in Abhängigkeit vom Alter den Kindern) für das Symptom Einnässen bedeutsame Verhaltenskomponenten bewußtgemacht werden. Können die Eltern ihre eigenen Reaktionen auf das Verhalten des Kindes, die ihnen bisher unbewußt waren, auf der Videoaufzeichnung beobachten, so wird in den allermeisten Fällen ihr Widerstand außer Kraft gesetzt. Die Geschwindigkeit der Therapie steigert sich erheblich.

Das Verhalten der einzelnen Personen im Rahmen eines Familiensystems ist in der Regel abhängig von der beobachteten Situation. Aus diesem Grund hat es sich als sinnvoll erwiesen, mit Hilfe von Videoaufzeichnungen das Verhalten in verschiedenen Situationen aufzunehmen, zu analysieren und gegebenenfalls mit den Betroffenen zu besprechen. In der Regel reicht eine fünfminütige Aufzeichnung jeder Situation.

Die folgenden Situationen sind hierbei sinnvoll und sollten standardmäßig im Rahmen jeder Diagnostik und Therapie erfaßt werden.

1. Abfolge der Situationen: gemeinsames Spielen – gemeinsames Üben – gemeinsames Spielen von enuretischem Kind und Mutter (jeweils etwa fünf Minuten)

Häufige Spannungsquelle ist das Üben mit dem Kind. Bei Schulkindern kann hier ein schulischer Inhalt, bei jüngeren Kindern können bsw. gemeinsames Malen, das Durchführen motorischer Übungen oder ähnliches gewählt werden.

Wichtigste Ziele sind: Erfassen der Beziehungsqualität und möglicher Belastungsquellen in Spiel- und Übungssituationen; Erfassen möglicher Auswirkungen vom Lernbereich auf den Spielbereich.

2. wie bei 1., jedoch mit dem Vater statt mit der Mutter
3. gemeinsames Spielen der gesamten Familie; dabei entscheidet die Familie gemeinsam, welches Spiel ausgewählt werden soll; wichtigste Ziele sind: Erfassen, ob positives Spielen möglich ist; Erfassen des Beziehungsmusters innerhalb der Familienmitglieder, insbesondere von Koalitionsbildungen; Erfassen der Stellung des enuretischen Kindes sowie möglicher Belastungsquellen.

4. Planung einer tatsächlich umzusetzenden gemeinsamen positiven Aktivität; wichtigste Ziele sind: Erfassen, ob positives Besprechen möglich ist und wie das enuretische Kind mitentscheiden oder sich durchsetzen kann; Erfassen von Koalitionsbildungen, der Stellung des enuretischen Kindes sowie möglicher Belastungsquellen.
5. Besprechen eines häufigen familiären Konfliktes mit der gesamten Familie (z.B. Aufräumen oder Fernsehen); wichtigste Ziele sind: wie unter Punkt 4.
6. Besprechen eines (kleinen) häufigen Konfliktthemas zwischen den Eltern nur durch die Eltern. Wichtigste Ziele sind: Erfassen, ob die Fähigkeit vorhanden ist, positive Lösungen zu finden; Erfassen möglicher Belastungsquellen für das enuretische Kind.
7. zusätzliche individuelle Situationen in Abhängigkeit vom Bedarf.

Ziel des Diagnose- und Therapieblocks A ist es, mit Hilfe von Gesprächen und Videoaufzeichnungen sowie über das direkte Üben alternativer Verhaltensweisen die Familie und die Eltern in die Lage zu versetzen, in verschiedensten Situationen streßfrei und positiv miteinander umzugehen.^{4,6,7}

Hierdurch soll für das einnässende Kind eine belastungsfreie Atmosphäre innerhalb seiner Familie geschaffen werden. Um eine spannungsfreie Atmosphäre zu schaffen, müssen Eltern in einzelnen Fällen neben positivem und einfühelndem Verhalten auch lernen, klare Grenzen zu setzen. Dies ist dann nötig, wenn vom einnässenden Kind häufig Machtkämpfe provoziert werden, die zu Spannungen bei einem oder beiden Elternteilen führen. Durch Machtkämpfe entstehende innere Spannungen bei den Eltern bewirken oft, daß diese nicht mehr entspannt und ausreichend positiv mit dem Kind umgehen können und negative Gegenreaktionen zeigen. Da sich hierdurch die Beziehung zwischen Eltern und Kind verschlechtert, ist es in diesen Fällen wichtig, daß die Eltern lernen, Grenzen zu setzen, selbst wenn hierdurch in der Umstellungsphase kurzfristig höhere seelische Belastungen für das Kind auftreten.

Kinder erfassen in der Regel aufgrund einer verzerrenden Überbetonung der kurzfristigen Zusammenhänge zwischen ihrem Handeln und den eintretenden Konsequenzen die langfristigen Konsequenzen nicht oder nicht angemessen. Sie geraten dadurch in eine für sie alleine oft unlösbare Falle. Zusammenhänge, die über ein bis zwei Sekunden hinausgehen, werden von der unbewußten Informationsverarbeitung praktisch nicht mehr erfaßt. Ein solcher nicht zu erfassender Zusammenhang ist beispielsweise gegeben, wenn auf das Provozieren eines Machtkampfes durch das einnässende Kind erst Minuten später der Ärger und die Enttäuschung der Mutter oder des Vaters folgt.

Diagnose- und Therapieblock B

Im Mittelpunkt steht die *Quantität der Beziehung*.

Eine Verbesserung der Beziehungsqualität (Block A) führt oft auch dazu, daß die Eltern mehr Zeit mit dem Kind verbringen. Dies ist meist dann der Fall, wenn die Eltern sich deswegen wenig mit dem Kind beschäftigten, weil die Beziehung zum Kind konfliktbesetzt war. In vielen Fällen ist jedoch auch eine ungünstige Lebensplanung der Eltern dafür verantwortlich, daß zu wenig Zeit für das Kind zur Verfügung steht. Dies kann bei beruflich sehr engagierten Eltern der Fall sein. Mittels Gesprächen kann hier eine Veränderung der Lebensplanung erreicht werden. Gelegentlich ist zusätzlich ein Üben von sozialer Kompetenz (z.B. Nicht-Annehmen von zusätzlichen beruflichen Verpflichtungen) angezeigt.

Diagnose- und Therapieblock C

Im Mittelpunkt steht *Lösung anderer belastender Problem-bereiche*.

Hier werden, falls vorhanden, das enuretische Kind gravierend belastende Problem-bereiche, wie beispielsweise Schulprobleme oder soziale Ängste, therapiert. Im Einzelfall kann dieser Block zeitlich auch vor den Blöcken A und B stattfinden.

Diagnose- und Therapieblock D

Im Mittelpunkt steht *Aufbau einer auf das Symptom bezogenen Veränderungsmotivation beim Kind*.

Wurde die Enuresis durch Belastungen innerhalb der familiären Beziehung oder belastende außerfamiliäre Problem-bereiche verursacht, wurden diese Ursachen mit Hilfe der Blöcke A bis C beseitigt. Es ist jedoch eine auch unterTherapeuten weit verbreitete Fehlannahme, daß die Enuresis in jedem Fall wegfällt, wenn die ehemals auslösenden Faktoren beseitigt wurden. Es wird dabei vergessen, daß während des Bestehens der Störung Lernprozesse stattfanden, aufgrund deren im *Einzelfall* die Störung weiter aufrechterhalten werden kann, auch wenn die ehemals auslösenden Faktoren verschwunden sind. Ein Grund hierfür ist, daß, wenn unerwünschte Verhaltensweisen erst einmal automatisiert sind, ihre Umstellung vom Kind sehr viel Mühe verlangt.^{8,9} Des weiteren können es Kinder schätzen gelernt haben, daß sie durch das Einnässen Macht und Zuwendung erhalten. Manche Kinder werden diese Gewinne auch dann beibehalten wollen, wenn ihre innerfamiliären Bedingungen sich zum Besten verändert haben. Kein Erwachsener hat etwas dagegen, wenn er anstatt 60 000 Mark 80 000 Mark Lohn erhält, lediglich den Kindern wird uneinfühlsamerweise unterstellt, sie würden bei ausreichender Zuwendung an anderen Stellen in jedem Fall freiwillig auf zusätzliche Macht und Zuwendung über das Symptom Einnässen verzichten. Diese Überidealisierung von Kindern kann im Einzelfall für die Eltern negative Auswirkungen haben, wenn ein Therapeut sie glauben läßt, daß sie sich so lange noch nicht ausreichend positiv verhalten, wie das Symptom noch nicht verschwunden ist.

Es ist deshalb häufig notwendig, Kindern an dieser Stelle des Therapieprozesses eine zusätzliche Motivation für ein ganz umschriebenes Verhalten (z.B. „am Vormittag beim Spielen auf das Zunehmen des Blasendrucks achten“) zu schaffen. Dies wird durch Verträge mit den Eltern erreicht.⁵ Die Kinder erhalten nach vorheriger Absprache eine Belohnung für ihr Bemühen. Für das Einnässen am Tage reicht diese Maßnahme alleine aus. Für das nächtliche Einnässen sollte unbedingt zusätzlich ein Weckapparat hinzugenommen werden (Therapieblock E), da es sein kann, daß das Kind im Schlaf den Harndrang nicht wahrnimmt (die eingehenden propriozeptiven Signale werden nach Erreichen der primären Projektionsareale weggefiltert und führen zu keiner Weckreaktion, s.o.) und deshalb trotz guter Motivation keinen Erfolg haben kann.

Diagnose und Therapieblock E

Im Mittelpunkt steht die *Hinzunahme eines Weckapparates*. Grundprinzip der apparativen Verfahren ist ein Stromkreislauf, der erst durch das Feuchtwerden eines Stoffes geschlossen wird, wodurch ein Signal ertönt. Weckapparate gibt es in Form von Klingelhosen oder in Form von Klingelmatten, die ins Bett gelegt werden. Da die Geschwindigkeit der Rückmeldung für den Lernerfolg mit verantwortlich ist, ist die Klingelhose (Handelsname STENO-ENUREX®) zu bevorzugen. Hier wird der Rückmeldestreifen direkt in die Hose des Kindes eingenaht, so daß das Signal bereits beim

Ausfließen der ersten Urintropfen ertönt und so das Kind die schnellste Rückmeldung erhält. Wie das Kind auf das Klingeln reagieren soll, sollte vor der ersten nächtlichen Anwendung der Klingelhose ausführlich im Rollenspiel vorgeübt werden. Bei jüngeren Kindern kann es anfangs sinnvoll sein, daß ein Elternteil nachts beim Kind schläft, um ihm beim Reagieren auf den Ton zu helfen.

Tritt an dieser Stelle der Therapie trotz vorheriger verantwortlicher Arbeit in Therapiestufen A bis D kein Erfolg der Symptombehandlung ein, gibt eine nächtliche Videoaufzeichnung in der Regel Auskunft über die Ursache hierfür. Der Beginn des Einnässens läßt sich auf der Videoaufnahme am Klingelton erkennen. Wartet das Kind zu lange, bis es auf den Klingelton reagiert, oder versucht es gar, die Wahrnehmung des Tons aktiv zu vermeiden, z.B. indem es sich die Bettdecke über den Kopf zieht, so helfen motivational aufbauende Verträge mit den Eltern zu schnellerem Reagieren. Erst durch eine hinreichende Verkürzung der Reaktionslatenzen kann die unbewußte Informationsverarbeitung einen Zusammenhang zwischen Blasendruck und Öffnen der Blase herstellen, und das Kind erhält damit die Chance, eine Kontrolle über die Blasenfunktion zu erlernen.

Die Abfolge der Therapieblöcke A bis E ist beim praktischen Arbeiten dann zu verändern, wenn ein hoher Leidensdruck auf seiten des Kindes besteht, das Symptom „Enuresis“ damit eine Belastung für das Kind darstellt und die Eltern zu einer intensiven Mitarbeit nicht willens sind. In diesen Fällen wird als erste Maßnahme die apparative Rückmeldung eingesetzt.

Besonderheiten bei der Behandlung der Enkopresis

Das zu den Therapiestufen A bis D Gesagte gilt entsprechend für die Behandlung der Enkopresis. Auch für die Enkopresis gilt, daß bei motivierten Eltern durch ein taktisch richtiges Vorgehen Unsicherheiten in der Diagnostik bezüglich der im Einzelfall anliegenden Verursachungsgrößen ausgeglichen und eine hohe Erfolgsquote erreicht werden können. Abweichungen ergeben sich nur bei der Therapiestufe E. Die Verwendung von Apparaten ist unüblich und nicht notwendig, wenn beachtet wird, daß vor allen therapeutischen Maßnahmen eine medizinische Diagnostik sicherstellt, daß keine dauerhafte Obstipation besteht bzw. durch das Geben von Abführmitteln eine Obstipation aufgehoben wird. Eine dauerhaft bestehende starke Füllung des Darms macht das Kind unfähig, Unterschiede in der Dehnung der Rektumwand wahrzunehmen. Hierdurch fehlt den Kindern die Rückmeldung über den Grad der Füllung, und sie erlernen schlechter eine Kontrolle über die Entleerung. Besteht eine Obstipation, so sollte aus gesundheitlichen Gründen das Geben von Abführmitteln die erste Therapiemaßnahme sein.

Literatur

- 1 Birbaumer, N. und R. F. Schmidt: Physiologische Psychologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1990
- 2 Gerber, W.-D.: Verhaltensmedizinische Aspekte der Pädiatrie. In: Miltner, W. et al. (Hrsg.): Verhaltensmedizin. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1986
- 3 Grosse, S.: Bettnässen: Diagnostik und Therapie. Psychologie-Verlags-Union, München-Weinheim, 1986
- 4 Hahlweg, K. et al.: Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1982
- 5 Kanfer, F.H.: Selbstmanagement-Methoden. In: Kanfer, F.H. und A.P. Goldstein (Hrsg.): Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, 1977

- ⁶ Revenstorf, D.: Psychotherapeutische Verfahren. Band II – Verhaltenstherapie. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 1982.
⁷ Revenstorf, D.: Psychotherapeutische Verfahren. Band IV – Gruppen-, Paar- und Familientherapie. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 1985.
⁸ Schneider, W. and R. M. Shiffrin: Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search and attention. Psychological Review, 84 (1977), p. 1-66
⁹ Shiffrin, R. M. and W. Schneider: Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic

attending and a general theory. Psychological Review, 84 (1977), p. 127-190

Anschriften der Verfasser: Dipl.-Psych. Fritz Jansen, Dorfwiesenstraße 3, 7141 Erdmannhausen, und Dipl.-Psych. Uta Streit, Sozialpädiatrie, Hegelstraße 10, 7140 Ludwigsburg

Einzelbeiträge

Software für die Krankenpflege

Ergebnisse für die Marktstudie

Von Professor Dr. Burghardt Bessai et al.*

Der Einsatz der EDV im Pflegebereich scheint noch immer das Stiefkind der EDV-Anwendungen im Krankenhaus zu sein. Die Marktstudie von Kracht/Roselieb/Weber⁶ dürfte dies auch wieder belegt haben, wobei diese Marktstudie die Software für das gesamte Krankenhaus zum Gegenstand hatte und die Pflege nur einer der untersuchten Bereiche war. Die Angaben zum Pflegebereich sind in dieser Studie nur sehr spärlich. Des Weiteren dürften bei einer solchen Gesamtstudie die nur für den Krankenpflegebereich anbietenden Software-Hersteller wahrscheinlich zu kurz gekommen sein, d. h., sie sind evtl. gar nicht aufgefordert worden, ihre Software zu beschreiben, anzugeben bzw. darzustellen. Das läßt sich z. B. aus den von Kracht, Roselieb und Weber kontaktierten Firmen ableiten: Es handelt sich fast ausschließlich um die bekannten, größeren Soft- bzw. Hardware-Hersteller, von denen man annehmen könnte, daß sie auch für den Krankenhausbereich etwas zu bieten haben. Kleinere Firmen, die speziell für den Pflegebereich tätig sind und nicht für das gesamte Krankenhaus etwas anzubieten haben, fallen dann bei einem solchen Raster bzw. einer solchen Gesamtstudie heraus.

Im Gegensatz zu einer solchen Gesamtstudie hat sich die Arbeitsgruppe bei ihren Analysen auf den Krankenpflegebereich konzentriert, hat also insofern ein „konzentrierteres“ Blickfeld geschaffen, ohne allerdings den Sinn für das Gesamtsystem, für die notwendige Integration zu vernachlässigen. Aus dieser Ausgangsposition heraus – so meinte die Arbeitsgruppe – müßte es möglich sein,

auch solche Software-Hersteller zu finden, die zwar nicht das gesamte Krankenhaussoftware-mäßig abdecken, bei denen jedoch der Bereich der Pflege eine wichtige Rolle spielt. Die kontaktierten Firmen und ihre Reaktionen sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

Vorgehensweise

Der Arbeitsgruppe kam es darauf an, einerseits herauszufinden, welches Angebot an pflegespezifischer Software vorhanden ist, und andererseits festzustellen, ob und wie diese Programme in die Softwarewelt des gesamten Krankenhauses integriert sind. Von mehreren Möglichkeiten der Informationsbeschaffung, z. B. schriftliche Befragung, Vorortuntersuchungen und Demonstrationen in Referenzkrankenhäusern, Vorfürungen auf Messen/Ausstellungen und Workshops, hat sich die Arbeitsgruppe als Hauptquelle der Datenbeschaffung für Workshops entschieden; daneben wurden jeweils einzelne Mitglieder beauftragt, sich auf Messen/Ausstellungen und in Referenzkrankenhäusern im Einsatz befindliche Programme vorzuführen und erläutern zu lassen; eine weitere Quelle der Datenbeschaffung waren die von den Firmen vor den Workshops bzw. während der Workshops zur Verfügung gestellten schriftlichen Unterlagen.

Die Tabelle 1 enthält zunächst Angaben darüber, welche Anbieter von krankenhausspezifischer Software gebeten worden sind, geeignetes Informationsmaterial zur Leistungsbeschreibung ihrer Produkte/Programmpakete zur Verfü-

gung zu stellen sowie zusätzlich auf einem Workshop an der Fachhochschule Osnabrück ihre Produkte/Programmpakete zu präsentieren. Von den insgesamt angeschriebenen 27 Firmen haben immerhin 19 (etwa 70 Prozent) geantwortet, während 8 Firmen (etwa 30 Prozent) – darunter so große wie Krupp Atlas Datensysteme, Mannesmann-Kienzle und Siemens – überhaupt nicht reagierten. Diese Zurückhaltung kann in verschiedener Weise interpretiert werden. Eine mögliche Interpretation ist die, daß diese Firmen für den Bereich der Pflege bisher noch nicht so viel entwickelt haben, daß sie es auch schon einem sachkundigen und kritischen Interessentenkreis präsentieren möchten. Die Reaktionen bestanden bei zehn Firmen in der Zusage von Informationsmaterial; neun Firmen schließlich nahmen an den Workshops vom 16. bis 17. November 1989 bzw. vom 16. bis 17. Februar 1990 an der Fachhochschule in Osnabrück teil; da IBM und Update auf diesem Gebiet zusammenarbeiten, haben sie ihre Software gemeinsam präsentiert. Jedem Anbieter stand zur Präsentation und Diskussion seiner Produkte eine Zeitstunde zur Verfügung; Hardware – vor allem PC's – wurden bei Bedarf zur Verfügung gestellt; die meisten Firmen haben jedoch für die Vorführung ihre eigenen PC's mitgebracht.

Der Teilnehmerkreis setzte sich zusammen aus Mitgliedern des Arbeitskreises „Einsatzmöglichkeiten der EDV in der Krankenpflege“ an der Fachhochschule Osnabrück und Mitarbeitern der DKI Deutsche Krankenhausman-