

Zur Diskussion: Entwicklungsrisiken durch Fehlförderung

Von Gabriele Haug-Schnabel

Zusammenfassung:

Unterschiedliche Kindheits- und Entwicklungskonzepte liegen unterschiedlichen Förderungs-, Erziehungs- und Therapiezielen zugrunde. Die Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen ist nur dann möglich, wenn kindliche Entwicklungspotenzen ebenso beachtet werden wie die wechselseitigen Interaktionen zwischen beeinflussenden Faktoren einer fördernden Umwelt und den daran orientierten kindlichen Strategien zur Lebensbewältigung. Verschiedene Aspekte einer Förderungsproblematik werden exemplarisch aufgezeigt: a) die Sauberkeitserziehung als Beispiel für die Nichtbeeinflussbarkeit eines Reifungsphänomens durch Erziehungsmaßnahmen und b) das kindliche Einnäsen als Beispiel für einen unbewußt und unbemerkt fehlgesteuerten Lernprozeß, gefördert durch ein ungünstig belohnendes Verhalten der Umwelt und schließlich c) die Bedeutung fehlender Erfahrungen und wiederum unerkannt ablaufender Lernprozesse auf dem Weg zum Suchtverhalten.

Die Förderung der Entwicklung eines Kindes, seine Unterweisung in Fertigkeiten und Hinführung auf allgemein anerkannte Lern- und Leistungsziele sind Ansprüche aktueller Erziehung und Therapie.

Fördern wir ein Kind?

Sind der elterliche, pädagogische und therapeutische Einsatz darauf ausgerichtet, den speziellen Anforderungen des eigenständigen Entwicklungsabschnitts "Säugling-Kleinkind-Kind" alters- und entwicklungsgemäß gerecht zu werden? Oder versuchen wir, auf möglichst wenigen Umwegen das Kind zielbewußt aus einer Welt der kleinen Erwachsenen in eine Welt der großen Erwachsenen hinüberzuleiten? Könnte es nicht auch sein, daß die starke Betonung der Notwendigkeit von Förderungsmaßnahmen - oft generell verordnet, ohne Ansehen der Person und unter Vernachlässigung des Kontextes der Lebensumwelt - mit unserem Kindheitskonzept zusammenhängt: Das Kind als noch unzulänglicher, daher förderungsbedürftiger Erwachsener? Keller (1997) schreibt im Handbuch der Kleinkindforschung, daß das sicher allgemeinste und zugleich am weitesten verbreitete implizite Kindheitskonzept im westlichen Kulturkreis das "defizitären Erwachsenenmodell" sei. "Obgleich die vielfältigen Kompetenzen des Säuglings

immer wieder herausgestellt werden, werden diese nicht als eigene Qualitäten verstanden, sondern als passagere Stadien auf dem Weg zum Erwachsenen ...".

Fördern wir das Kind?

Versuchen wir, die speziellen Möglichkeiten eines Kindes, abhängig von seiner genetischen Ausstattung und seinen bisherigen Chancen zur Realisierung dieser Potenzen wahrzunehmen und seine individuellen Bedürfnisse zu befriedigen? Oder orientieren wir uns bei unserem Urteil und unserer Förderungsplanung an isoliert erhobenen Leistungseinzelwerten und engen so bei einem Vergleich die Vielfalt der Fähigkeiten und die unterschiedlichen Entwicklungsgeschwindigkeiten eines Kindes auf meßbare Tabellenwerte des statistischen Durchschnittskindes dieses Kalenderalters ein? Oder sind wir als Eltern schon so auf die Förderung unseres gewünschten Phantasiekindes - bereits vor einer Schwangerschaft existent - festgelegt, daß alle Hilfsmaßnahmen auf dieses Phantasiewesen abgestimmt sind, am wirklichen Kind jedoch erfolg- und befriedigungslos vorbeigehen können?

Die Eltern sind auf ihr vorgegebenes Bild so fixiert, daß das Kind selbst keine Chance hat, wahrgenommen zu werden, sich mit seinen Bedürfnissen bemerkbar zu machen, wenn diese vom Bild abweichen. (von Lüpke

Fördern wir die Entwicklung?

Versuchen wir, einem Kind die Lebensbedingungen zu schaffen, in denen die Bedürfnisse der Kindheit erfüllt werden können: ermöglichen wir ihm, eine stabile Bindung zu seinen Bezugspersonen aufzubauen, gewähren wir ihm Zeit und Freiraum zur Selbstentfaltung seiner Fähigkeiten mittels seinen biologischen Strategien zum Erfahrungserwerb, bieten wir ihm ausreichende Kontakt- und Interaktionsmöglichkeiten zuerst im vertrauten Lebenskreis, dann von dieser Sicherheitsbasis aus mit weiteren durch eine gelungene Eingewöhnung zu Bezugspersonen gewordenen Erwachsenen und zunehmend attraktiv werdenden Gleichaltrigen (Bensel, 1992, 1994; Haug-Schnabel u. a., 1997)? Oder konfrontieren wir es - primär an den Bedürfnissen der Erwachsenenwelt orientiert und seine biologische Ausstattung, Reifungsprozesse und Entwicklungsschritte ignorierend - mit unseren Vorstellungen in Sachen Tagesablauf, Schlafen, Essen, Sitzen, Stehen, Laufen, Sauberkeit, Abhängigkeit (wann immer wir sie brauchen), Selbständigkeit (wann immer wir Wert darauf legen), Frustrationstoleranz, Kompromißbereitschaft und Kontaktfreude (wann immer wir diese Tugenden für angebracht halten)? Solange die kindlichen "Defizite" und "Unzulänglichkeiten" im Vordergrund unserer Kindbetrachtungen stehen, bleiben unsere Förderungsbemühungen, pädagogische wie therapeutische, fragwürdig (Haug-Schnabel 1994a). "Beim Umgang von 'Fachleuten' (manche Ärzte, Säuglingsschwestern etc.) mit dem Säugling bekommt man manchmal den

Eindruck, daß ein Neugeborenes als eine sehr unvollkommene Konstruktion eines Lebewesens angesehen wird, das unbedingt auf ein "verbesserndes" Eingreifen von außen angewiesen ist. Es wird oft übersehen, daß ein Säugling im Laufe der Evolution alles mitbekommen hat, um erfolgreich zu überleben" (Schleidt 1997).

Doch nicht genug: Wie schätzen wir unseren Förderungseinfluß auf den Verlauf der kindlichen Entwicklung ein? Die wechselseitige Interaktion der kontrolliert oder unkontrolliert beeinflussenden Faktoren muß berücksichtigt werden.

Entwicklung vollzieht sich jedoch nicht so, daß biologische Wirkgrößen auf der einen Seite und soziale Faktoren auf der anderen Seite jeweils für sich wirken (im Sinne einer "statischen" Interaktion, bei der die Ausgangsgrößen unverändert bleiben). Vielmehr liegt eine dynamische Interaktion vor, nach der sich sowohl die biologischen als auch die sozialen Voraussetzungen im Entwicklungsprozeß ändern können. (Brunner)

Spätestens jetzt stellt sich die Frage nach den Grenzen eines korrigierenden Einflusses von außen, nach den alle biologischen Möglichkeiten ausschöpfenden Grenzen des Machbaren ebenso wie nach den selbstauferlegten Grenzen eines bewußt eingeschränkten Interventionsausmaßes (siehe hierzu die Artikel von Straßburg und Aly).

Eine kontrovers diskutierte Risikoabwägung zwischen Individualitätsverlust durch Übertherapie und Vorenthalten des Gesamtspektrums an Förderungsmöglichkeiten steht an. Die Gefahr, etwas zu versäumen, gegen die Gefahr, des "Guten" zuviel zu tun. Pädagogische und therapeutische Maßnahmen werden in Angriff genommen mit dem klar formulierten Ziel eines Einflusses auf das kindliche Verhalten, basierend auf der Vorstellung einer lenkbaren Entwicklung, sei es nun in Form einer Richtungs- oder Geschwindigkeitsänderung. Durch vorausschauendes Handeln nach Plan soll auch der Entwicklungsverlauf planbar, voraussagbar und somit verständlicher und für weitere Interventionsmaßnahmen zugänglicher werden.

zur Voraussagbarkeit von Verhalten nach Oerter: Voraussagbarkeit ist gleichbedeutend mit Steuerbarkeit. Ist Entwicklung in dieser Weise von außen steuerbar, wird sie planbar, meßbar, standardisierbar - und damit auch das Individuum (Huschke-Rhein)

Wir greifen teils bewußt, teils unbewußt in einen bereits mit eigener Dynamik ablaufenden Prozeß ein, dessen weiterer Verlauf durch unser Tun unbeeinflußt bleiben kann, ebenso aber auch unbemerkt beeinflusst, gezielt oder diffus

beeinflusst, gestört, vielleicht sogar zum Stillstand gebracht werden kann. Je nach den zugrundeliegenden Vorstellungen über einen "positiven" Entwicklungsverlauf bestimmter Funktionen kann eine herbeigeführte Störung des bisherigen Prozesses mit gleichzeitiger oder nachfolgender Verhaltensänderung als erwünschtes Interventionsergebnis verstanden werden. Identische Konsequenzen einer Einflußnahme können in anderen Funktionsbereichen ex eventu als Fehlentwicklungen interpretiert werden und erneute Interventionen rechtfertigen. Besonders brisant wird es, wenn eine Fehlentwicklung sehr wohl erkannt und als Abweichung von der Entwicklungsnorm eingestuft wird, die sie "fördernde" Umwelt sich jedoch keinerlei Einflußnahme auf den Entwicklungsprozeß bewußt ist. Dann muß ein maskierter Effekt entlarvt werden, um die Entstehungsgeschichte offenlegen und eine Fehlsteuerung rückgängig oder unwirksam machen zu können. Besonders im psychosomatischen Kontext sind konflikthafte Reaktionen auf das Agieren der sozialen Umwelt zu finden. Hier geht es um das Aufspüren unbewußter Einflußnahmen ungünstiger Umweltbedingungen und eben daran angepaßter Verhaltensstrategien des Individuums, um sich unter diesen Bedingungen selbst zu helfen.

Sauberkeitserziehung und Einnäßtherapien, also Förderungs- und Interventionsmaßnahmen zum rechtzeitigen oder verspäteten Erwerb der kontrollierten Stuhl- und Harnabgabe sowie allgemeine Tendenzen im Erziehungsgeschehen eignen sich zur Diskussion zweier wenig bedachter Förderungsaspekte:

Aspekt 1: das bewußt angestrebte Förderungsziel ist durch Erziehungsmaßnahmen nicht in der gewünschten Richtung beeinflussbar

Aspekt 2: völlig unerkannt läuft durch ein ungünstig animierendes oder reagierendes Umweltverhalten eine Erziehung zur Fehlanpassung ab, eine pathologische Entwicklung wird gewissermaßen anerzogen.

Viele Eltern wissen nicht mehr, wie ein Kind Schritt für Schritt immer mehr seinen Darm und seine Blase und deren Aktivitäten wahrnehmen und schließlich seine Stuhl- oder Harnabgabe kontrollieren kann (Haug-Schnabel, 1998). Über die Darmkontrolle werden kaum Worte verloren, da sie in den allermeisten Fällen schon vor der Blasenkontrolle problemlos klappt. Über 90% der Kinder gelingt es bis zu ihrem 3. Geburtstag, die Kotabgabe willentlich zu kontrollieren.

Was macht die Kontrolle des Darms einfacher als die der Blase? Da ist zuerst einmal die unterschiedliche Häufigkeit, mit der beide Ereignisse pro Tag vorkommen. Im 3. Lebensjahr entleeren Kinder ihren Darm meist nur ein-, höchstens zweimal am Tag, gar nicht so selten auch nur jeden zweiten, wenn nicht sogar jeden dritten Tag. Die Zahl der Harnabgaben hat sich zwar seit der Säuglingszeit wesentlich verringert - in den ersten Lebensmonaten gibt ein Kind

etwa 30 mal in 24 Stunden Harn ab - , trotzdem uriniert ein Kind im 3. Lebensjahr immerhin noch etwa 10 mal am Tag.

Ein weiterer Unterschied kommt hinzu. Darm und Blase melden ihre Aktivitäten ganz unterschiedlich an. Eine Darmentleerung kündigt sich über längere Zeit durch ein langsam immer stärker werdendes Drücken im Bauch an. Dieses Geschehen ereignet sich bevorzugt zu einer bestimmten Tageszeit. Diese eindeutige Anmeldung und recht zuverlässige Regelmäßigkeit des Geschehens erleichtern es einem Kind, im Laufe des zweiten Lebensjahres, eine nahende Darmentleerung wahrzunehmen und sich Schritt für Schritt darauf einstellen zu können. Es unterbricht seine Aktivitäten und zieht sich an ein abgeschiedenes Plätzchen zur Kotabgabe zurück. Das bewußte Einkoten in die Windel ist hierbei ein wichtiger Etappensieg und keine Panne. Das Kind ist jetzt bald soweit, das mitzuteilen und zu benennen, was gerade oder vor wenigen Minuten passiert ist. Der nächste Entwicklungsschritt geht bereits mit einer Meldung der einen Stuhlgang ankündigenden "Empfindungen" einher, die bald von selbst durchgeführten Vorbereitungen für einen Toilettengang begleitet werden.

Das Erreichen der Blasekontrolle verlangt mehr Aufmerksamkeit, über den ganzen Tag verteilt. Ihr Vorwarnsystem ist schwieriger zu verstehen als das des Darms. Erst ganz kurz, bevor es zu spät ist, schlägt die Blase richtig Alarm. Davor meldet sie sich in Abständen mit dezenten "Bald-passiert-es-Signalen", die leicht ignoriert werden können, vor allem im angeregten Spiel. Die prall volle Blase schlägt zwar eindeutig Alarm, doch dann darf es keinerlei Aufschub mehr geben. Die Blase perfekt zu kontrollieren, ist also schwieriger als den Darm zu beherrschen, und kann durchaus 4 - 5 Jahre dauern. Zum Spieleifernässen kann es zwischendurch immer mal kommen, das ist kein echtes Einnässen! Zwar wird auch hierbei die Hose nass, doch passiert dies immer nur dann, wenn mitten im Spielen und begeisterter Aktivität der Harndrang bei voller Blase solange nicht beachtet wird, bis es einfach zu spät ist. Ein eben noch nicht perfekter Umgang mit der Blasenkontrolle. Über 80% der Fünfjährigen verfügen über eine perfekte Blasenkontrolle.

Wie wird dieses Entwicklungsziel erreicht, das in den Augen der meisten Eltern zu ihrem Aufgabenbereich gehört und somit auch auf ihr Erfolgs- oder Mißerfolgskonto eingeht?

Das Erreichen der Blasenkontrolle ist zuerst ein Reifungsphänomen. Sowohl der Ablauf als auch die Geschwindigkeit der Entwicklung ist als festes Programm in jedem Kind individuell angelegt und wird von seinem Gehirn aus gesteuert. Weder die Reihenfolge der dazugehörigen Entwicklungsschritte noch die Zeit, die die einzelnen Schritte zu ihrer Entfaltung brauchen, können durch Lernangebote "von außen" beeinflusst oder gar verändert werden.

Für das große Ziel "Blasenkontrolle"

- entwickelt sich zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr das Gefühl für Harndrang. Hierfür muß die nervöse Verschaltung soweit ausgereift sein, daß ein Kind die Körpersignale einer stark gefüllten Blase wahrnehmen kann. Dieser Entwicklungsschritt ist ausschlaggebend, denn er ist die wichtigste Voraussetzung, um überhaupt etwas über den Vorgang im Körper nach außen melden und darauf reagieren zu können.
- Die Nervenbahnen haben sich frühestens Ende des 2. Lebensjahres, häufig jedoch erst im Laufe des 3., so differenziert entwickelt, daß ein Kind zur perfekten Kontrolle seiner Blasenschließmuskeln fähig ist. Jetzt wird bereits eine zunehmende Blasenfüllung gespürt.
- Nach dem 4. Lebensjahr können fast alle Kinder trotz Harndrang die Harnabgabe noch einige Zeit hinauszögern und sogar bei geringer Blasenfüllung eine Harnabgabe willentlich einleiten. Prophylaktische Toilettengänge werden möglich. Schläft ein Kind dann noch normalerweise ohne einen Toilettengang nachts durch und erwacht, wenn es viel getrunken hat, am Harndrang und geht zu Topf oder Toilette, dann ist es trocken geworden.

Die perfekte Blasenkontrolle setzt sich aus Reifungsschritten (die nicht beschleunigt werden können) und Lernleistungen (hier muß "von außen" geholfen werden) zusammen. Für die Reifungsanteile des Geschehens braucht jedes Kind seine individuelle Entwicklungszeit möglichst ungestört und eine behutsame Begleitung seiner Entwicklungsschritte. Für die nachgeordneten Lernschritte braucht es die liebevolle, konsequente Unterstützung der Eltern, vor allem aber sie und die Geschwister als Modell für Toilettenprofis (Haug-Schnabel, 1998). Denn was muß man lernen?

- Wann man zur Toilette geht,
- wieviel Zeit man vorab einkalkulieren muss, damit es noch rechtzeitig ist,
- wo und wie man den passenden Ort findet,
- und was man dort machen muss.

Regelmäßiges Auf-den-Topf- oder Auf-die-Toilette-Setzen, nächtliches Wecken, die Kontrolle der Trinkmenge am Abend, Bestrafung für nasse Hose oder nasses Bett oder Belohnung für trockene Hose oder trockenes Bett, also klassische Sauberkeitserziehung, läßt kein Kind schneller trocken werden. Denn die Sauberkeitserziehung spielt anfangs, in den ersten beiden Lebensjahren, eine höchst unbedeutende Rolle, vorausgesetzt, sie läuft liebevoll und geduldig ab. Unter diesen Bedingungen nützt sie zwar nichts, schadet aber auch nicht (Brazelton, 1962, Haug-Schnabel, 1994b).

Sie kann jedoch eine langfristig ausgesprochen negative Rolle spielen, wenn sie bereits in den ersten beiden Lebensjahren bestrafend und überfordernd war!

Kinder mit Sauberkeitserziehung werden durchschnittlich mit 30 Monaten trocken, tagsüber werden sie übrigens etwas früher, nämlich durchschnittlich mit 28 Monaten, nachts dann mit durchschnittlich 33 Monaten trocken.

Kinder ohne Sauberkeitserziehung, werden durchschnittlich mit 30 Monaten trocken werden, tagsüber durchschnittlich mit 28 Monaten, nachts durchschnittlich mit 33 Monaten! Das identische Ergebnis.

Auffallend ist, daß gerade unter den Kindern, die wegen massiver Einnäßprobleme dem Kinderarzt vorgestellt werden, überdurchschnittlich viele sind, mit denen besonders früh eine Sauberkeitserziehung begonnen worden war. Viele Wissenschaftler vermuten heute in einem extrem frühen Start der Sauberkeitserziehung mit überfordernden und bestrafenden Maßnahmen einen gewichtigen Grund für späteres Einnässen. Der frühe Start ist zwar unangebracht und im Hinblick auf ein schnelleres Erreichen der Blasenkontrolle erfolglos, aber als solcher sicher noch kein Grund für späteres Einnässen. Er kann jedoch ein Zeichen für einen besonderen Erziehungsstil sein. Das ungeduldige, oft fordernde Eingreifen in das kindliche Entwicklungsgeschehen ist zumeist mit unglücklichen Methoden verbunden. Eltern und Kind müssen sich in diesem Anforderungsgeflecht dauernd enttäuschen, was ihre Beziehung belastet.

Wir kommen nun zu den einnässenden Kindern. Vor Vollendung des 4. Lebensjahres haben 80% der Kinder die anstehenden Blasenhürden bewältigt. Das heißt aber auch, daß 20% aller Kinder im Alter von 5 Jahren noch nachts einnässen oder tagsüber mit der Blasenkontrolle Schwierigkeiten haben. Organisch sind die allermeisten dieser Kinder, nämlich weit über 90% ganz gesund. Sie haben Enuresis, das Einnässen ohne organpathologische Ursachen.

Die Idee, bei Enuretikern auf den Symptomverlauf zu achten, entstand durch typische Beobachtungen von Kinder mit altersgemäß erworbener Blasenbeherrschung, also Kinder, die keine Probleme beim Sauberwerden hatten. Bei ihnen fällt in den ersten Jahren, nachdem dieses Ziel erreicht wurde, auf, daß viele

- bei heftigem Erschrecken einnässen,
- ebenso in ängstigen Situationen,
- daß sie bei übergroßer Freude plötzlich eine nasse Hose haben,
- oder auch mitten in einem aufregenden Spiel, z. B. beim Sich-Verstecken oder Gruseln,
- nach einem schlimmen Erlebnis mehrere Nächte hintereinander naß sein können,

- oder beim "Ausbrüten" einer Infektionskrankheit, zumeist in der Nacht vor dem Ausbruch der eigentlichen Symptome, plötzlich naß sind - mitunter kombiniert mit Erbrechen.

Es scheint zum Normalprogramm zugehören, daß selbst bei inzwischen stabiler Blasenkontrolle besondere Ereignisse hin und wieder einen unkontrollierten Harnabgang hervorrufen können.

Bei einnässenden Kindern ist dieser Zusammenhang noch extremer:

- auf über 80% der Tage, an denen negative Erlebnisse, Aufregungen, Enttäuschungen und Unwohlsein für das Kind im Vordergrund standen, folgt eine nasse Nacht.
- Für Kinder, die nahezu regelmäßig einnässen, können Enttäuschung, Verletzung und Mißerfolg an einer Verschlechterung der Einnäßsituation abgelesen werden: mehrmaliges nächtliches Einnässen, Tagnässen oder Einkoten finden sich fast ausschließlich in diesen belastungsreichen Zeiten.
- Für Kinder mit wechselndem Symptomverlauf sind interessanterweise nach Tagen, die ohne besondere Vorkommnisse verliefen, genauso nach Tagen, die überwiegend schön, auffallend spannend, gar toll waren, nur durchschnittlich 10% der darauf folgenden Nächte nass.
- Das heißt: Das Erleben und das Befinden eines einnässenden Kindes hat einen direkten, in Zahlen nachweisbaren Einfluss auf sein Einnässen.
- Und daran ändert sich auch nichts, wenn mit dem Kind gerade eine oder gar mehrere Enuresis-Therapien versucht werden! Medikamente, Blasentraining, Wecken, Flüssigkeitskontrolle usw. beeinflussen den Zusammenhang zwischen Tageserlebnissen und Einnässen nicht (Haug-Schnabel, 1994b).

Gibt es Vergleichbares bei Kindern, die tags einnässen? Das eigentliche Tagnässen, die Enuresis diurna ist etwas anderes als das bereits genannte Spieleifernässen. Das Ergebnis - die nasse Hose, der Fleck auf dem Stuhl, die Pfütze am Boden - ist zwar immer dasselbe, doch auf dem Weg, auf dem es zum Einnässen kommt, gibt es wichtige Unterschiede. Deshalb sind hier die Vorgeschichte und der Ablauf eines Einnäßzwischenfalls wesentlich.

- Das Tagnässen ereignet sich nur ausnahmsweise bei voller Blase. Oft liegt die letzte Harnabgabe nur wenige Minuten zurück.
- Die Enuresis diurna ist nicht von der Füllung der Blase abhängig, sondern von den Erlebnissen des Kindes, die dem Einnäßzwischenfall oft wenige Minuten vorausgegangen sind.
- Negative Erlebnisse, Konflikte, Ärger, Kummer lösen hier die Harnabgabe aus, nicht eine volle Blase, deren Kapazitätsgrenzen überschritten werden!

- In der Blase kommt das Kommando "Harn lassen" an, obwohl die Blasenwand nicht stark gedehnt ist, und das Kind sicher auch weder die Situation, noch die Zeit oder den Ort für eine Harnabgabe günstig hält!
- Die Bezeichnung **Konfliktnässen** scheint für das Tagnässen geeignet.

Sehr häufig geht ein unruhiger Spiel- oder Aktivitätsverlauf dem Einnässen voraus. Gar nicht selten war das Kind erst vor kurzem auf der Toilette gewesen oder hatte bereits schon einmal in die Hose gemacht. Es kommt zu einem Konflikt mit Freunden, Geschwistern, Eltern oder Erziehern oder auch nur zu einer mißlungenen Aktion. Wut, Kummer und Tränen sind zu beobachten, das Kind wirkt unruhig, unterbricht seine bisherigen Aktivitäten und jeden Kontakt mit anderen, zieht sich zurück, verharrt oft irgendwo mit leerem Blick - und näßt in dieser selbstgewählten Isolation ein.

Eine ganz andere Situation als beim Spieleifernässen. Jedoch bestehen Ähnlichkeiten zwischen dem Konfliktnässen und dem Nachtnässen.

Die unmittelbare Vorgeschichte eines Einnäßzwischenfalls,

- beim Tagnässen: die Vorkommnisse oft wenige Minuten vor dem Nässen,
- beim Nachtnässen: die Ereignisse am Vortag,

liefert die notwendigen Indizien, den besonderen Belastungen des Kindes auf die Spur zu kommen und beweist gleichzeitig die Unnötigkeit, ja Schädlichkeit, blasenorientierter Behandlungsmaßnahmen gegen das nicht organisch bedingte Einnässen.

Doch warum reagiert die Blase auffallend vieler Kinder mit einer Entleerung auf Belastungen oder Kummer, sei es am Tag oder in der Nacht?

Ganz wesentlich scheint es - nach allem, was wir bisher über das Einnässen wissen - zu sein, daß es zu einer Verbindung zwischen Kummer und der Harnabgabe gekommen sein muß. Wir kennen im menschlichen Verhalten mehrere derartige Verbindungen, die alle durch einen Lernprozess, nämlich die bedingte Aktion (Haug-Schnabel, 1991, 1992), entstanden sind. Und wir wissen aus der Lernpsychologie, daß die Lernprozesse am stabilsten sind, die belohnt werden. Auf deren Durchführung hin, etwas passiert, was wir als Belohnung, als gut, angenehm oder beruhigend empfinden. Ein Lernprozeß, der die Verbindung zwischen Kummer und Harnabgabe bewirken könnte, ist denkbar. Er muss nur durch etwas Belohnendes gefestigt worden sein. Harnabgaben müssen mehrmals, nicht nur einmal, Kummer beseitigt haben. Die Erklärung hierfür liegt in der Säuglingszeit. Ein Säugling hat - wie bereits erwähnt - 20 bis 30 Harnabgaben am Tag. Schon rein rechnerisch wird es ganz häufig so sein, daß auf die Harnabgabe des Kindes zufällig ein Wickeln der Eltern folgt. Das Wickeln ist jedoch ein

zuwendungsreicher Pflegeakt mit vielen Möglichkeiten zum Blick- und Körperkontakt zwischen Mutter und Kind oder Vater und Kind.

Unter gewissen Umständen,

- wenn ein Säugling z. B. besonders viel Zuwendung braucht, viel mehr, öfter und länger als beispielsweise seine Geschwister,
- oder wenn ein Säugling, aus welchen Gründen auch immer, vielleicht ganz unbewußt, tatsächlich zu wenig Zuwendung erhält,
- und alle Zuwendung vielleicht zu stark, ja fast ausschließlich auf die Zeit während des Wickelns konzentriert ist,

sind die wesentlichen Voraussetzungen für einen derartigen Verknüpfungsprozeß bereits gegeben. Das Kind lernt: auf Harnlassen folgt Zuwendung. Und Zuwendung braucht man am meisten bei Kummer. Sobald also der Wunsch nach Zuwendung groß ist, wird unbewußt die Harnabgabe ausgelöst, da auf sie "erfahrungsgemäß" Kontakt und Zuwendung folgen, und beides vom Kind jetzt gebraucht wird.

Unter normalen Bedingungen ist es angepaßt und ausgesprochen sinnvoll, sein Verhalten aufgrund gemachter Erfahrungen zu verändern, darauf basiert unsere ganze Pädagogik! Doch kann es auch "Pannen" geben, so daß ein "ganz verrücktes Lernergebnis" zustandekommt. Da - aus welchen individuellen Gründen des Kindes oder seiner Eltern auch immer - sein starker Wunsch nach Zuwendung nicht auf dem üblichen Wege direkt befriedigt wird, lernt das Kind, über einen Umweg dennoch Zuwendung zu erhalten. So hat auf den ersten Blick ein einnässendes Kind zwar ein falsches Verhalten gelernt, nämlich nach Belastungen und Kummer einzunässen. Sobald man jedoch seine Anfänge der Lernphase mitberücksichtigt, so hat es tatsächlich einmal die Harnabgabe als eine recht regelmäßig mit Zuwendung belohnte Aktivität kennengelernt und setzt sie nun unbewußt und natürlich ohne Kenntnisse des zugrundeliegenden Geschehens entsprechend ein. Es paßt sich mit seinen Verhaltensstrategien seinen besonderen Lebensbedingungen an.

Im Sinne von "besser so als gar nicht" wird ein ursprünglich nicht dafür vorgesehener Weg zur Kummerbeseitigung eingeschlagen. Das klappt, weil er anfangs, so meint die Verhaltenssteuerung es richtig zu verstehen, die begehrte Zuwendung bringt, je älter man wird, aber immer weniger hiervon und immer mehr äußerst negativer Begleiterscheinungen, die ihrerseits wieder den Kummer vermehren, das Bedürfnis nach Zuwendung erhöhen und — erneutes Einnässen folgt. Entweder nachts, wenn sich im Schlaf die Spannung des Tages löst, oder tagsüber, wenn der Ärger über die Situation nachgelassen hat und jetzt tröstende Zuwendung erwartet wird.

Diese Verknüpfung hat die Folge, daß Kummer nicht nur - wie bei allen Kindern - den Wunsch verstärkt, daß ein Retter zur Stelle ist, sondern gleichzeitig auch das Kommando gibt, die Blase zu entleeren. Der starker Wunsch nach Zuwendung und Hilfe ist es, der ohne jede Befugnis das Kommando zur Harnabgabe am falschen Ort und zur falschen Zeit gibt. Nur weil er ganz früher mal erfahren hatte, daß auf Harnabgabe hin recht oft und recht zuverlässig jemand kam, der durch sein liebevolles Verhalten jeden Kummer stillte: allein sein, nass liegen, hungrig sein, Angst haben, Langeweile haben, ungetröstet sein, usw. Diese alte Erfahrung und zu wenige neuartige, gute Erfahrungen, daß es auch anders gehen kann, lassen den Wunsch nach Zuwendung und Hilfe immer noch in Kummersituationen das falsche Notsignal verwenden, selbst wenn es schon lange nicht mehr funktioniert.

Für diese Überlegung spricht

- die hohe Spontanheilungsrate beim Älterwerden, also das Ende des Einnässens nach vollständiger Ausreifung aller Funktionen der kontrollierten Harnabgabe, da jetzt nicht mehr "irgendjemand", auch nicht der kummerbedingte Wunsch nach Zuwendung, seine Notkommandos dazwischenschieben kann,
- daß mit Erreichen der Pubertät das Einnässen fast schlagartig endet. Unter den Menschen über 16 Jahren nässen weniger als 1% ein. Spätestens in diesem Alter haben junge Menschen vielseitige Möglichkeiten gefunden, ihren Wunsch nach Zuwendung und Anerkennung notfalls auch "außer Haus" bei Freunden zu befriedigen. Neue, funktionierende Erfahrungen lassen das inzwischen uralte Notsignal unnötig werden,
- daß auch schon lange vor der Pubertät dieser "alte Umweg", Zuwendung zu erhalten an Tagen, an denen nicht auf Zuwendung gewartet, mit Kummer nicht allein gelassen wird, sondern sofort Helfer, Bestätiger oder Freunde da sind, nicht oder viel weniger benutzt wird, auf positive Tagesverläufe viel seltener eine nasse Nacht folgt.
- daß sobald Eltern beginnen, dieses Einnässen zu ignorieren, nicht mehr an ihm herumtherapieren, statt dessen aber in Belastungssituationen auf alle direkten Signale nach Zuwendung, Kontakt und Hilfe achten und entsprechend reagieren, das Nässen seine Notsignalbedeutung immer mehr verliert und schließlich nicht mehr eingesetzt wird.

Die Enuresis ist durchschaut: völlig unerkannt läuft durch ein spezielles Umweltverhalten eine Erziehung zur Fehlanpassung ab, eine pathologische Entwicklung wird anerzogen.

Für die Beurteilung von Entwicklung wird also weniger entscheidend, wie ein Kind sich in einer standardisierten Situation verhält, sondern wie es sich in ganz unterschiedlichen Situationen seine "Leitmotive" variiert, modifiziert.

(von Lüpke)

Entwicklung "widerfährt" uns nicht, sondern wir haben je nach Alter und psychosozialen Kompetenzen unsere Entwicklung und unsere Ergebnisse selbst beeinflusst.

- eine irgendwie geardete Interaktion besteht zwischen Person und Umwelt, welche die Entwicklung beeinflusst
- Person wirkt tatsächlich intentional auf ihre Entwicklung ein, gestaltet sie aktiv und planvoll. (Silbereisen/Pinquar)

Auswirkungen fehlender Entwicklungsförderung sowie vor allem die Förderung ungewollter Auswegsentwicklungen Richtung pathologisches Verhalten werden auch in Untersuchungen zum Suchtgeschehen entdeckt.

Eine Beobachtung an einem Freitag Nachmittag gegen 17.30 Uhr in einem süddeutschen Supermarkt: Ein Junge, im Alter zwischen 2 und 3 Jahren, sitzt in einem Einkaufswagen. Wenn die Kunden nicht zu dicht gedrängt stehen, wird er von seiner Mutter die Gänge zwischen den meterhohen Regalen entlanggeschoben. Sonst fährt sie den Wagen an die Seite, verschwindet in einem Regalgang und kehrt dann wieder mit Waren beladen zurück. Immer wenn die Mutter aus seinem Blickfeld verschwindet, macht der Junge ein weinerliches Gesicht und wird unruhig. Wenn sie wieder auf ihn zuläuft, streckt er seine Arme aus und ruft: "Will raus, will auf deinen Arm!" Anfangs reagiert die Mutter nicht, dann antwortet sie ihm: "Das geht jetzt nicht." Der Junge wird zappelig, blickt dauernd um sich, nölt, wimmert, fängt an zu weinen und versucht schließlich, aus dem Einkaufswagen auszusteigen. Je unruhiger und lauter das Kind wird, desto hektischer und unwirscher wird die Mutter. Sie schimpft und drückt das Kind in den Sitz zurück. Der Junge versucht erneut, nach dem Arm oder der Hand der Mutter zu greifen. Sie weist seine Hand mit einer Schlagandeutung zurück. "Nimm die Hand da weg!" Das Kind streckt ihr wieder die Arme entgegen, sie droht, wieder die bittende Geste - die Mutter schlägt ihm ins Gesicht. Zuerst Stille, dann ein kurzer heftiger Aufschrei, der von der Mutter mit einem drohenden Blick und wütendem Zischen kommentiert wird, dann wieder Stille. Die Mutter entfernt sich erneut von Wagen und Kind. Der Junge blickt zu Boden, fällt in sich zusammen und jammert. Die Mutter kauft weiter ein. Jetzt beginnt das Kind leise weinend am Griff des Wagens zu lecken. Die Mutter packt neue Waren in den Wagen und sagt: "Hör mit der Schleckerei auf!" Der Junge reagiert nicht, die Mutter wiederholt ihre Anweisung nicht, sie greift auch nicht ein. Sie verschwindet nochmals in einem Regalgang, dann schiebt sie kommentarlos den Wagen Richtung Ausgang. Kurz vor der Kasse holt sie eine Großpackung Schokoriegel aus einem Angebotskorb und hält sie dem Kind hin. "Da, aber nicht aufreißen!" Die beiden stehen wort- und blicklos in der

Warteschlange. Das Kind drückt die Packung fest an sich, den Kopf an den Haltegriff des Wagens geschmiegt.

Ein Kleinkind erlebt eine ungewohnte Umgebung voll fremder Menschen, deren Nähe es beunruhigen. Die Nähe zu der einen vertrauten Person, die es beruhigen könnte, fehlt; die Mutter ist nicht verfügbar, oft nicht einmal sichtbar. Die deutlich geäußerten kindlichen Hilferufe gehen ins Leere. Die Signale werden nicht nur nicht gehört und nicht beantwortet. Sie werden ignoriert und sogar bestraft und somit für wertlos oder gar schlecht erklärt. Kontakt und Zuwendung werden gerade in der Situation verweigert, in der das Zuwendungsbedürfnis und der Kontaktwunsch besonders groß, ihre angemessene Befriedigung zur Bildung einer soliden Vertrauensbasis und zur Alltagsbewältigung jedoch ersatzlos nötig sind. Im Zustand der Resignation darüber, diese Situation nicht bewältigt zu haben, wird dem Kind eine Ersatzbefriedigung angeboten, eine Packung Schokolade, nach der ursprünglich keinerlei Bedürfnis bestanden hatte.

Diese Szene läßt nachdenken: Wie reagieren Eltern auf kindliche Gefühlsäußerungen? Zum Beispiel auf die von Säuglingen. Mit differenzierter Zuwendung oder ist die Reaktion auf Säuglingsschreien immer Stillen oder Füttern, also immer Nahrungsangebot? Eine derartige stereotype Pauschalantwort, in allen Situationen die identische Situation, fördert einen Lernprozeß, nämlich alle negativ besetzten Gefühlszustände mit Nahrungsaufnahme zu beantworten. Suchtspezialisten sehen in den Folgen dieses "Abspeisens" eine gradlinige Entwicklung zur Gewohnheit, bei Streß zu essen. Bei der "Freßsucht" werden durch Nahrungsaufnahme und ihre sich beruhigend auswirkenden physiologischen Folgen kurzfristig negative Gefühle wie Einsamkeit, Frustration und Langeweile "weggezaubert".

Zurück zur Supermarktsszene. Kind und Mutter werden unter derartigen Situationen leiden, besonders, wenn sich diese nach identischem Muster, nur jeweils mit Variationen im Kontext, immer wieder mit dem gleichen resignativen Ergebnis wiederholen. Das Kind wird lernen, auf die Suche nach Ersatz zu gehen, da es seine wahren Bedürfnisse nicht äußern darf, geschweige denn erfüllt bekommt. Irgendwann hat es verinnerlicht, daß es immer, wenn's wichtig wäre, darauf ankommen würde, nichts an seiner Umwelt zu seinen Gunsten verändern und bewegen kann. Es kennt seine Ohnmacht. Häufen sich diese ängstigenden, belastenden und niederschmetternden Bilanzen und bleiben zudem noch die so wertvollen Gegenerfahrungen aus, so muss es nach anderen Lösungen suchen, diese Situationen irgendwie zu bewältigen. Sucht kommt von Suchen.

Zur Sucht wird ein Handeln, das sich im Laufe der Zeit als geeignet erwiesen hat, einen inneren Zustand des Unglücklichseins, der Spannung, der Schmerzen und der

Unruhe oder der qualvollen Leere verändern zu können (Schiffer, 1993). Eine Suchtkarriere hat in ihren Anfängen nichts Passives. Bei der Rekonstruktion der Abwärtsspirale findet sich am Start des Prozesses ein aktiver Versuch zur Kompensation von Belastungen und zu deren subjektiver Bewältigung. Die aktive, motivierte Rolle des Betroffenen als Gestalter der Entwicklung, die anfängliche Belohnung des Verhaltens, der subjektive Nutzen, kurz die Funktion des Risiko- und Suchtverhaltens werden erst seit wenigen Jahren erkannt. Die treibende Kraft ist der Wunsch nach Befriedigung bislang ungestillter Bedürfnisse. Das objektiv die Gesundheit gefährdende Verhalten, bringt aus der subjektiven Sicht des Konsumierenden zuerst einmal "Gutes", "Lohnendes" mit sich. Doch der Weg über einen kurzfristigen Scheinfrieden führt in die Selbstzerstörung. Und dieser Weg wird beschritten, obgleich seine Folgen bekannt sind - trotz Aufklärung.

Die Vorstellungen, riskantes Verhalten habe seine Ursache in Unwissenheit, also fehlender Sachinformation bezüglich der gesundheitlichen Folgen, und Abschreckung sei ein geeignetes Mittel, um eine Verhaltensänderung zu erreichen, haben sich als falsch erwiesen. Um Suchtkranken helfen zu können, und vor allem präventiv erfolgreich zu sein, ist ein völliges Umdenken bei den bisherigen Prophylaxeansätzen nötig.

So muß z. B. die "hilfreiche" Funktion des Alkohols, um sporadisch das Gefühl zu haben, mit Belastungen umgehen zu können, deutlich gesehen und berücksichtigt werden. Es geht um die Funktionalität von Risikoverhalten als "imaginärer" Lösung bei der Bewältigung von für Jugendliche typischen Entwicklungsaufgaben. Gesundheitsriskantes Verhalten vermittelt den Eindruck, dank seiner Hilfe endlich einmal im richtigen Moment erfolgreiche Identitätsdarstellungen zu Stande zu bringen, bislang gescheute Kontaktaufnahmen zu erleichtern oder die als erbärmlich empfundene Hilflosigkeit, die mit dem Verlust von Entwicklungskontrolle einhergehen kann, zu kompensieren. Diese Zusammenhänge haben Spezialisten im Bereich Gesundheitsförderung und Suchtprävention klar herausgearbeitet (um nur einige zu nennen: Helfferich, 1997; Franzkowiak u. a., 1997; Hurrelmann & Vogt, 1985; Silbereisen, 1996).

Vor dem neuen gedanklichen Hintergrund, daß jedes Suchtverhalten eine Funktion erfüllt, ist es gar nicht mehr so verwunderlich, daß es geschlechtsspezifische Formen von Suchtentwicklung gibt.

Die Wahl eines speziellen Suchtverhaltens wird immer durch mehrere Faktoren beeinflusst:

- die individuelle Bedürfnislage,
- die im Entwicklungsverlauf verspürten Defizite und Probleme
- und die unter den Zwängen sozialer Kontrolle übriggebliebenen Strategien zur Ersatzsuche.

Wenn Süchtige ohne Rücksicht auf Leib und Leben nach etwas suchen, dann muß dies etwas ganz Wichtiges, etwas Existentielles sein. Es ist die Suche nach Glücksgefühl und Wohlbefinden. Man müßte also, um Süchte zu verhindern, das, wonach Menschen süchtig werden, und wofür sie alles riskieren, ihnen bereits zum passenden Entwicklungszeitpunkt anbieten, bevor ein Mangel sich bemerkbar macht und die Ersatzsuche beginnt. Das Angebot des Originals, bevor die Suche nach Ersatz beginnt, als Förderungskonzept in der Suchtprävention.

So müssen wir uns fragen, was Jugendliche schon lange vor der Adoleszenz angeboten bekommen haben müssen, um nicht zu gesundheitsriskantem Verhalten greifen und nach Scheinlösungen suchen zu müssen, wenn die Abgrenzung Erwachsenen gegenüber ansteht, die Notwendigkeit von Gleichaltrigen anerkannt zu werden, Identität und Selbstbewußtsein vielerorts unter Beweis gestellt, gerade auch in schwierigen Situationen Kontakt aufgenommen und gar nicht so selten mit Irritationen und Ohnmachtsgefühlen gelebt werden muß?

Menschen, die auch in Konfliktsituationen und unter Streßbedingungen ihre Interaktionen nicht einstellen, sondern mit ihrer Umwelt weiter im Austausch bleiben können, Hilfe und Unterstützung suchen und einfordern, Bedürfnisse äußern, Defizite ansprechen und Auswege erkennen können, erweisen sich als die besten Bewältiger schwieriger Lebenssituationen. Gleichgültig, ob der theoretische Bezugsrahmen ein sozialpsychologischer, verhaltensbiologischer oder tiefenpsychologischer ist, Menschen, die als psychologisch unverwundbar, als suchtresistent, als Survivors bezeichnet werden, haben positive Selbstkonzepte und sind durch eine hohe Verhaltenselastizität, d. h. Kreativität, Originalität, Interaktionsfähigkeit, Durchsetzungskraft und Ressourcenreichtum gekennzeichnet (Petzold u. a., 1993). Wie erreicht man Verhaltenselastizität, und wie baut man positive Selbstkonzepte auf? Mit Hilfe protektiver Faktoren, die in den einzelnen Entwicklungsphasen zum Tragen kommen, wenn sie von außen gefördert und nicht unterbunden werden. Interaktionsfähig und sozialkompetent wird man z. B., wenn man wahrgenommen, verstanden und beantwortet wird. Durch eine einfühlsame und beständige Versorgung lernt bereits der Säugling, daß seine Äußerungen des Wohlbefindens und ebenso seine Unbehagensäußerungen innerhalb kürzester Zeit auf vorhersagbare Weise von seinen Bezugspersonen verstanden und befriedigt werden können.

Ein Lebens- und Erziehungsangebot gemäß den kindlichen Bedürfnissen fördert eine stabile Entwicklung und vermindert Suchtgefahr. Kinder brauchen Erwachsene, die ihnen eine Lebenswelt bieten, die ihr Körperbewußtsein, ihr Selbstbewußtsein, ihr Selbstwertgefühl, also ihre Ich-Stärke sich entwickeln und entfalten läßt. Das heißt Erwachsene als Bindungspartner, als Sicherheitsbasis, als

Ansprechpartner, als Gefühlsbeantworter, als Informationsquelle, als Anbieter von Lebensraum, als Spielpartner, als Kontaktvermittler, als Konfliktmanager, als Vermittler von Akzeptanz (Seelmann & Haug-Schnabel, 1996; Haug-Schnabel, 1996; Haug-Schnabel, 1997).