

Inhalt

Editorial:

Was wird in vier Jahren sein? 2

Medikamentöse Therapie der Enuresis nocturna

Teil 2: Medikamentöse Differentialtherapie

Ingo Spitzcok von Brisinski 6

Therapeutische Methoden in der KJPP-Praxis

Therapie auf Augenhöhe

Psychodramatische Teilarbeit mit Familien in der kinder-
und jugendpsychiatrischen Praxis

Gabriele Rauch-Zürn 39

Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
und –psychotherapie.

Teil VII: Projektive Beziehungs- und Bindungsdiagnostik

Franz Wienand 55

Rezension

Wienand und Bauer-Neustädter: Katathym Imaginative Psychotherapie
mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Grundlagen und Praxis

Annegret Brauer 72

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 75

Förderpreis 2022 der Stiftung für ambulante Psychiatrie

und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter 78

Hinweise für Autor*innen 81

Beitrittserklärung zum BKJPP 83

Abonnement „forum“ 84

Anzeigen 85

Media Daten 95

Impressum 96

Editorial

Was wird in vier Jahren sein?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leser:innen,

die vorliegende Ausgabe des *forum* durchweht ein Hauch von Wehmut, da mit dem abschließenden Artikel zur projektiven Diagnostik von Franz Wienand eine seit vier Jahren laufende Reihe zu Ende geht, die in allen Dimensionen diese in unserem Fach oft nicht fundiert betrachtete Diagnostikform ausgebreitet und durchleuchtet hat. Diese Reihe machte deutlich, was das *forum* auch sein soll: ein Ort, der Überblick und Durchblick für unser tägliches professionelles Handeln schafft.

Diesem Ziel hatte sich auch der ausführliche Überblick über die Therapie der Enuresis von Ingo Spitzcok von Brisinski verschrieben, der hier mit einem zweiten Teil abgeschlossen wird. Auch dieser Artikel zeigt unseres Erachtens eine Stärke des *forum*, das Platz genug für Artikel bietet, die oft in anderen Zeitschriften wegen ihres Umfangs nicht angenommen werden.

Eine weitere Zielsetzung, die in beiden Artikeln zum Tragen kommt, ist das Vorhaben, „aus der Praxis für die Praxis“ zu veröffentlichen. Und dies ist auch die Absicht des Beitrages der Kollegin Frau Rauch-Zürn, die spezifisch die Methodik der psychodramatischen Telearbeit mit Familien auf ihre Anwendung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis herunterbricht und darstellt.

Dieser Beitrag eröffnet damit zum Thema „*Therapeutische Methoden in der KJPP-Praxis*“ eine neue Reihe im *forum*, deren Anliegen es ist, die Vielfalt therapeutischer Methoden und Techniken sowohl in der klassischen wie in der SPV-Praxis darzustellen. Diese können etwa wie in der Arbeit von Fr. Rauch-Zürn aus dem Psychodrama kommen, aber auch aus der Hypnotherapie, der Gestaltarbeit, der Verhaltenstherapie und ihren Varianten, der integrativen Therapie, der Schematherapie, aus übenden Verfahren, der Pädagogik, der Philosophie, der systemischen Therapie und vielen weiteren stammen können.

Die neue Reihe soll nicht nur dazu beitragen, dass wir alle voneinander lernen, sondern stellt auch eine Darstellung der Vielfalt und Flexibilität der therapeutischen Arbeit in unseren Praxen dar.

Dabei darf es sowohl um die Darstellung entsprechender Methoden und ihrer Anwendung gehen wie um die Einbindung in ein Behandlungs- und Praxis-konzept, das von interner und externer Kooperation geprägt ist.

Dieser Beitrag ist nicht spezifisch „SPV-therapeutisch“ (was immer das sein mag) – er ist aber auch nicht nicht-SPV-therapeutisch. Wir haben in der Redaktion länger diskutiert, wie wir für Sie und uns alle in der nächsten Zeit darstellen können, wie sich die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit in der KJPP-Praxis zu etwas sehr Eigenständigem neben der formalisierten Richtlinien-Therapie entwickelt hat – auch mit Unterschieden und Gemeinsamkeiten der beiden Praxisstrukturen, die wir in der ambulanten vertragsärztlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vorfinden.

„SPV-Therapie“ (was immer das sein mag und was wir vielleicht in der Reihe ein Stück weit herausdestillieren könnten) hat sich in einer großen Reihe von Praxen als eine qualitative Weiterentwicklung innerhalb der SPV-Struktur ergeben – ohne dass dies bei der Vertragsgestaltung der Sozialpsychiatrievereinbarung so geplant war oder zum Beispiel auch der Qualität entsprechende finanzielle Honorierung nach sich gezogen hätte.

Der großen Baukasten, den unsere SPV-Therapeut:innen benutzen, umfasst oft Elemente unterschiedlichster Psychotherapieschulen. Dadurch ergibt sich eine interessante („systemische“) Adaption von Therapiemethoden, meist mit Vermeidung von Regression und Stärkung der Selbstorganisation und Unabhängigkeit von der Therapeut:in. Spannend ist dabei die Frage, ob neben systemischen und verhaltenstherapeutischen Methoden auch die Tiefenpsychologie entsprechende methodische Flexibilität anbieten kann – hierzu kann Eröffnungsartikel der Reihe sicher Anregungen geben!

In Diskussionen zwischen Kolleginnen und Kollegen aus SPV-Praxen und klassischen Praxen ist allerdings oft auch eine gewisse Irritation der „klassisch“ arbeitenden Kolleg:innen zu spüren, dass aus ihrem Selbstverständnis „urärztliche“ therapeutische Interventionen von angestellten nicht-ärztlichen Mitarbeiter:innen durchgeführt werden – neben der berechtigten Sorge des erwähnten Einhaltens von Qualitätsstandards scheint aber auch manchmal eine Erschütterung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Selbstbildes spürbar zu werden. Deswegen ist Qualitätssicherung - und -management dringlich zu fordern, auch wenn, bzw. eher gerade, weil es sich eben nicht um

Richtlinienpsychotherapie, die streng verfahrensorientiert und sozialrechtlich definiert ist, handelt. Wir sind uns sicher alle einig, dass keine schlecht qualifizierte Diagnostik- und „Pseudo-Therapie“-Fabriken entstehen dürfen, die keinen ausreichenden supervisorischen und intervisorischen „Backroom“ haben - die Bildung eines „Therapie Teams“ von Ärzt:in und SPV-Therapeut:in ist NICHT die früher übliche Delegation einfacher diagnostischer und beratender Tätigkeiten an eine angelernte SPV-Mitarbeiterin.

Wir möchten auch dieser berechtigten Diskussion Raum geben, da sie eine größere Thematik der Rolle von Ärztinnen und Ärzten im Gesundheitssystem der Zukunft reflektiert – werden Ärztinnen und Ärzte Case-Manager, Geschäftsführer von medizinischen Versorgungseinheiten, Deleganden von Therapien, die andere ausüben, Koordinatoren, ... etc. oder können wir Ärztinnen und Ärzte auch noch weiterhin „höchstselbst“ (eine Formulierung einer diesbezüglichen gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) unsere „ärztliche Kunst“ (!) ausüben?

Eine weitere Dimension, die SPV- und klassische Kolleg:innen gemeinsam betrifft, ist die spannende Frage: was ist psychiatrisch, was ist psychotherapeutisch, was ist psychiatrisch-psychotherapeutisch? Kann die hoffentlich in der Artikelreihe sichtbar werdende Vielfalt der Ansätze und Herangehensweisen ein Licht auf die sich im Spannungsfeld der früher getrennt gesehenen Tätigkeitsfelder/-strukturen Psychiatrie und Psychotherapie inzwischen spürbare Transformation alter schematischer Vorstellungen werfen? Die Trennung „biologistischer“, medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlungsansätze ist im Alltag kaum noch zu spüren, allenfalls aufgrund der Verkörperung durch die Professionen „Psycholog:innen“ und „Ärzt:innen“. Hat sich bereits im Keim etwas Neues, Integrierendes gebildet?

Unser Wunsch ist ein intensiver Austausch zwischen den klassischen und den SPV-Praxen. Wir argwöhnen, dass aktuell das eine „Lager“ so recht gar nicht weiß, was in dem befreundeten „konkurrierenden“ Lager inhaltlich so vor sich geht ... - dann können Debatten um die Verteilung der gemeinsamen Ressourcen (Rahmenbedingungen, Honorare, öffentliche Wertschätzung ...) ad acta gelegt und strukturelle und finanzielle Forderungen gemeinsam erhoben werden.

Diese frommen Wünsche der Redaktion haben allerdings eine Bedingung: Ihre Mitarbeit! Nutzen Sie die Möglichkeit, Ihre wertvolle Arbeit darzustellen – „aus der Praxis für die Praxis“. Wie Sie das machen, ob fallbezogen oder mehr theoretisch oder beides zusammen, überlassen wir Ihnen und wir beraten Sie dabei gerne.

Franz Wienand

Maik Herberhold

Medikamentöse Therapie der Enuresis nocturna. Teil 2: Medikamentöse Differentialtherapie

Ingo Spitzcok von Brisinski

Zusammenfassung:

Teil I erläuterte Diagnostik und Standard-Urotherapie, Compliance-Verbesserung, speziell kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Aspekte, Auswahlkriterien zu Alarmtherapie/apparativer Verhaltenstherapie (AVT) bzw. Medikation sowie diätetische Verbesserungsoptionen medikamentöser Wirksamkeit.

Teil II stellt medikamentöse Differentialtherapie dar. Desmopressin oder AVT sind Mittel erster Wahl. Wenn beide allein oder kombiniert versagen, ist anticholinerge Behandlung ein nächster Schritt. Spricht das Kind nicht an, kann Imipramin in Betracht gezogen werden. Kombinationstherapie (Desmopressin + AVT bzw. Desmopressin + Anticholinergikum bzw. Imipramin + Anticholinergikum) ist meist erfolgreicher als Monotherapie. Eine Titration der Dosierungen kann zu höheren Erfolgsraten führen. Je nach komorbider psychischer Störung können Atomoxetin, Clonidin oder Aripiprazol die Enuresis verbessern.

Schlüsselwörter: Einnässen, Übersicht, Compliance, Adhärenz, psychische Störung

Drug therapy for enuresis nocturna. Part 2: Drug differential therapy

Summary:

Part I explained diagnostics and standard urotherapy, compliance improvement, specific child and adolescent psychiatric and psychotherapeutic aspects, selection criteria for alarm therapy/apparative behavioural therapy (ABT) and medication as well as dietary options for improving drug efficacy.

Part II presents differential drug therapy. Desmopressin or AVT are first-line agents. If both fail alone or in combination, anticholinergic treatment is a next step. If the child does not respond, imipramine may be considered. Combination therapy (desmopressin + ABT or desmopressin + anticholinergic or imipramine + anticholinergic) is usually more successful than monotherapy. Titration of dosages can lead to higher success rates. Depending on the comorbid mental disorder, atomoxetine, clonidine or aripiprazole may improve enuresis.

Key words: Wetting, review, compliance, adherence, mental disorder

Mittlerweile besteht ein profundes, in kontrollierten Studien empirisch abgesichertes Wissen zu einer breiten Palette differentialtherapeutisch indizierter Medikamente. Außer den in Leitlinien berücksichtigten Basispharmaka wie Desmopressin, Anticholinergika und Imipramin stehen mittlerweile weitere Substanzen zur Behandlung der Enuresis nocturna zur Verfügung.

Medikation unabhängig von komorbiden Störungen

Desmopressin als Monotherapie

Desmopressin wurde zur Behandlung von nächtlicher Polyurie entwickelt (Gasthuys et al. 2020). Es erhöht die Rückresorption von Wasser in den distalen Tubuli und Sammelrohren der Niere bis zur maximalen Konzentrationskapazität und verringert dadurch die Diuresegeschwindigkeit. Antiharntreibende Wirkung besteht bei Patienten, die die Urin-Osmolalität erhöhen können, ohne Desmopressin nicht die maximale Konzentrationsfähigkeit in der Nacht erreichen. Desmopressin wird seit 1972 für die Behandlung der nächtlichen Enuresis eingesetzt (Reddy et al. 2017).

Die intranasale Darreichungsform (Nasenspray) war in vielen Ländern lange die einzig verfügbare Verabreichungsform (Vande Walle et al. 2010) und ist mittlerweile wegen häufigen Auftretens schwerer unerwünschter Wirkungen (vor allem Wasserintoxikation) nicht mehr für die Behandlung von Enuresis

zugelassen (Gasthuys et al. 2020). Als oral einzunehmende Tablette ist Desmopressin seit 1987 erhältlich und als Lyophilisat-Formulierung seit 2005 (Gasthuys et al. 2020). Die Lyophilisat-Schmelztablette/Sublingualtablette wird empfohlen, da sie sich rasch im Mund auflöst und keine Flüssigkeitszufuhr zur Einnahme benötigt. Zudem weist sie nur geringe Wechselwirkungen mit Nahrungsmitteln auf, was Schwierigkeiten verringert, die sich aus dem kurzen Intervall zwischen der Abendmahlzeit und dem Zubettgehen bei kleinen Kindern ergeben. In der Studie von Juul et al. (2013) war die Rate für Teil- und Voll-Responder doppelt so hoch bei der Lyophilisat-Formulierung im Vergleich zu herkömmlichen Desmopressin-Tabletten.

Bei korrekter Anwendung hat orales Desmopressin ein gutes Sicherheitsprofil bei Kindern mit MEN (Vande Walle et al. 2007). Bei erhöhtem Risiko für Elektrolytanomalien, z. B. bei Fieber, gastrointestinalen Verlusten oder nach starker körperlicher Anstrengung, sollte die Behandlung ggf. unterbrochen werden.

Korrekturzeitpunkt der Einnahme und Einhaltung der Flüssigkeitsrestriktion

Desmopressin soll 60 Minuten vor dem Schlafengehen eingenommen werden ohne gleichzeitige Nahrungsaufnahme (Gasthuys et al. 2020). Tatsächlich nehmen viele Patienten Desmopressin direkt vor dem Schlafengehen ein. Die klinische Relevanz dieser häufigen Nichteinhaltung der Empfehlung ist nicht ausreichend erforscht. Da die maximale Wirkung 1 h nach der Verabreichung erreicht wird, ist es wichtig, dass Lyophilisat 1 h vor dem Schlafengehen zu verabreichen. Die Wirkungsdauer beträgt etwa 6 h bei 120 µg und > 8 h bei > 120 µg, was Diurese-Kontrolle für 7-11 h ermöglicht. Höhere Dosierung von Desmopressin führt zu längerer Wirkung. Desmopressin-Lyophilisat-Daten deuten darauf hin, dass 120-240 µg bei PEN meist die Diurese für die Nachtruhe kontrollieren. Die interindividuelle Variation der Wirkdauer ist jedoch groß. Eine Anpassung der Dosis kann daher sinnvoll sein.

Ggf. kann ein längeres Intervall zwischen Einnahme und Zubettgehen (bis zu 2 Stunden) die Diurese-Rate weiter verringern. Dies kann jedoch u. U. zu ungenügender Wirkung in den Morgenstunden vor dem Aufwachen führen.

In einigen Fällen kann ein schlechtes Ansprechen aufgrund unzureichender pharmakodynamischer Wirkung von Desmopressin mit einer unangemessenen Nierenreaktion mit suboptimaler maximaler Nierenkonzentrationskapazität zusammenhängen. Faktoren wie hohe osmotische Belastung, Natriurese und Hyperkalzämie können eine Rolle spielen.

Wenn das Medikament 1 Stunde vorm Zubettgehen eingenommen werden soll, muss zwischen Abendmahlzeit und Zubettgehen ein Abstand von 2 bis 3 Stunden liegen, was bei Kindern nicht immer der Fall ist. Gemäß ICCS ist abendliche Flüssigkeitszufuhr von ≤ 200 ml und kein Trinken bis zum Morgen ein Richtwert, um das Risiko einer Hyponatriämie zu minimieren. Die Patienten sollten aus Gründen der Wirksamkeit und Sicherheit 1 Stunde vor Einnahme von Desmopressin und 8 Stunden danach keine Flüssigkeit zu sich nehmen, um optimale Konzentrationsfähigkeit und optimales Ansprechen auf die Behandlung zu fördern und das Risiko einer Hyponatriämie/Wasserintoxikation zu verringern. Die Patienten sollten auch darauf achten, dass sie unmittelbar vor dem Schlafengehen auf die Toilette gehen, um den letzten Stuhlgang des Tages zu erledigen.

Potentielle Auswirkungen der Ernährung und täglichen Flüssigkeitszufuhr auf die osmotische Belastung sollten berücksichtigt werden (Spitzcok von Brisinski 2022). Einige Kinder mit Desmopressin-resistenter nächtlicher Polyurie (NP) haben eine hohe osmotische Ausscheidung während der Nacht, möglicherweise aufgrund hoher osmotischer Belastung durch Eiweiß und Natrium während der Abendmahlzeit. Andere Kinder mit NP haben eine hohe osmotische Ausscheidung in der Nacht, aber mangelnde osmotische Ausscheidung am Tag, möglicherweise aufgrund extrem niedriger Flüssigkeitsaufnahme am Tag, um die geringe Blasenkapazität auszugleichen. Anpassungen der Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr können daher hilfreich sein, nächtliches Einnässen positiv zu beeinflussen.

Patienten und Eltern bzw. Fachpersonal sollten auf Symptome wie Übelkeit, Kopfschmerzen und Erbrechen achten, insbesondere in den ersten 2 Wochen nach Behandlungsbeginn, wenn Hyponatriämie am wahrscheinlichsten ist (Kamperis et al. 2017b). Die Wirkdauer von Desmopressin wird von Kennea & Evans (2000) mit etwa 8-10 Stunden bei einer Halbwertszeit von etwa 4 bis 6 Stunden angegeben. In den Fachinformationen zu Minirin® Lyophilisat heißt es: „Die orale Gabe führt zu einem antidiuretischen Effekt zwischen 6 und 14 Stunden Dauer oder mehr, wobei erhebliche inter- und intraindividuelle Unterschiede möglich sind.“ Die Wirkdauer verlängert sich, wenn vor Einnahme keine Nahrungsaufnahme erfolgt (Gasthuys et al. 2020). In den Studien von Michelet et al. (2016, 2020) sowie Dossche et al. (2021) war der Einfluss gleichzeitiger Nahrungsaufnahme klinisch bedeutsam für Bioverfügbarkeit und optimale Dosierung von Desmopressin.

Suffiziente Dosierung

Als Anfangsdosierung wird 120 µg Desmopressin-Lyophilisat empfohlen, bei unzureichender Wirkung nach 2 Wochen 240 µg. Vande Walle et al. (2006) fanden in ihrer Dosierungsstudie zu Desmopressin-Lyophilisat (30, 60, 120, 240, 360 und 480 µg) einen Rückgang des Harnvolumens und der maximalen Osmolalität 1 Stunde nach Verabreichung der 30- bis 480-µg-Dosierung. Die Autoren schlussfolgerten, dass 120-240 µg bei den meisten Kindern mit PEN die Diurese für 7-11 Stunden kontrollieren. Einige Patienten benötigen eine höhere Dosis, um Antidiurese für die gesamte Nacht zu erreichen. Ferrara et al. (2018) führten eine 9wöchige Dosistitrierungsstudie mit Desmopressin-Lyophilisat durch, gefolgt von einem Beobachtungszeitraum von 3 Monaten. Die Anfangsdosis betrug 120 µg. Es kam bei 14% zu weiterer Verbesserung der Symptome und bei 9,5% zu vollständiger Trockenheit nach Titration auf 180 µg. Eine weitere Erhöhung auf 240 µg führte zu keiner Besserung der Symptome. Es gibt eine positive Korrelation zwischen Desmopressin-Plasmakonzentration und gewichtskorrigierter Dosis 2 und 6 Stunden nach Einnahme, so dass ggf. die Dosis an das Körpergewicht angepasst werden muss, wenn die anfängliche Wirksamkeit suboptimal ist.

Sicherstellen, dass sich Patienten an die Behandlungsempfehlungen halten

Desmopressin ist nur bei Einnahme abends nachts wirksam. Daher ist hohe Compliance bzw. Adhärenz erforderlich, um jede Nacht eine gute Reaktion zu erzielen. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen ist die Compliance bzw. Adhärenz oft suboptimal: ca. 50% nehmen ihre Medikamente nicht wie vorgeschrieben ein. In der DRIP-Studie nahmen 81-91% anfangs die Medikamente vorschriftsmäßig ein. Während der ersten und zweiten 3monatigen Behandlungsphase sank der Anteil auf 77 bzw. 71%. Trotz der engmaschigen Überwachung im Rahmen einer klinischen Studie hielten sich bis zu 20% der Patienten nicht vollständig an die Behandlung, selbst während der Anlaufphase, und über 30% in späteren Phasen. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass Ärzte die Patienten und ihre Eltern überzeugen, wie wichtig es ist, dass sie die Desmopressin-Therapie vollständig einhalten und sich an die Anweisungen bezüglich Zeitpunktes der Einnahme, Flüssigkeitszufuhr und anderer Faktoren halten, um bestmögliche Wirksamkeit zu erzielen. Kontinuierliche klinische Unterstützung und Überwachung können dies erleichtern. Laut WHO können Maßnahmen zur Verbesserung der Therapietreue einen weitaus größeren Einfluss auf die Gesundheit haben als jede Verbesserung spezifischer medizinischer Behandlungen.

Response

Laut AWMF-Leitlinie (2015) sprechen etwa 70% der Kinder rasch auf Behandlung mit Desmopressin an: 30% der Kinder sind volle, 40% partielle Responder und 30% Non-Responder. Nach kurzer Behandlung mit Desmopressin beträgt die Rückfallquote 78%, bei längerer Behandlung ist sie geringer. Intermittierende Behandlung scheint die Rückfallquote zu verringern (Gasthuys et al. 2020). Rushton et al. (1996) stellten fest, dass die Wahrscheinlichkeit des Ansprechens auf Desmopressin um das Doppelte anstieg, wenn die maximale funktionelle Blasenkapazität die durchschnittliche Kapazität der untersuchten Patienten (= 70% der altersmäßig vorhergesagten Kapazität) überstieg. Van Herzeele et al. (2015) untersuchten ebenfalls prädiktive Parameter für das Ansprechen auf Desmopressin (Anzahl der feuchten Nächte pro Woche, Flüssigkeitsaufnahme, Häufigkeit der Entleerung am Tag, Diurese, Alter, Body-Mass-Index, Land, Familienanamnese und Geschlecht), wobei nur das nächtliche Diuresevolumen (Volumen von 180, 300, 400 ml: 11%, 20%, 60% vollständige Responder) und die Anzahl der feuchten Nächte pro Woche (begrenzte Anzahl erhöht die Ansprechrate) als gute Prädiktoren angesehen wurden.

Kombinationstherapie erwägen

Manche Patienten haben eine niedrige Blasenkapazität, die auf die Nacht beschränkt sein kann, aber nicht muss, so dass eine Kombinationstherapie mit einem Anticholinergikum in Betracht gezogen werden kann (Kamperis et al. 2017b). Das maximale Entleerungsvolumen bei freiem Zugang zur Flüssigkeitsaufnahme ist ein klinisch nützlicher Prädiktor für das Ansprechen auf Desmopressin, aber nicht auf Oxybutynin (Radvanska et al. (2006).

Wann sollte die Behandlung mit Desmopressin beendet werden?

Falls sich nach 4 Wochen kein Erfolg einstellt, sollte Desmopressin abgesetzt werden (AWMF 2015). Hat sich ein Behandlungserfolg eingestellt, sollte die Notwendigkeit der Behandlung alle 3 Monate überprüft werden mit behandlungsfreiem Intervall von mindestens 1 Woche (Gasthuys et al. 2020).

Kano & Arisaka (2006) untersuchten nasal appliziertes Desmopressin über 12 bis 24 Monate bei PEN. Bei Inkontinenz nach 4 Wochen unter 10 µg wurde auf 20 µg erhöht. Alle 3 Monate wurde die Medikation für 1 Woche unterbrochen, um zu prüfen, ob vollständige Trockenheit bestehen blieb. ‚Non-Response‘, d. h. Rückgang der Häufigkeit um < 50 % in den ersten 3 Monaten nach Behandlungsbeginn, wurde bei 6 der 56 Kinder festgestellt. Die anderen 50 der 56 Kinder wurden 12 bis 24 Monate behandelt. Obwohl es auch ohne

Medikation zu Rückfällen kam, zeigten die Endergebnisse, dass 24 der 50 Kinder rückfallfrei waren. 12 – 24 Monate nach Ende der Therapie zeigte sich eine größere Wirksamkeit als in früheren Berichten mit Behandlungsdauer von 3 bis 12 Monaten.

Soll Desmopressin ausgeschlichen werden?

Allgemein wissen wir von abhängig machenden Substanzen wie z. B. Benzodiazepinen, die über einen längeren Zeitraum eingenommen wurden, dass das Ausschleichen sehr langsam erfolgen muss, um Entzugseffekte zu vermeiden. Entzugssymptome und Rebound-Effekte sind mittlerweile auch für Neuroleptika und SSRI, die bisher als nicht abhängig machende Substanzen deklariert wurden, publiziert (Cosci & Chouinard 2020). Dennoch führt abruptes Absetzen von Neuroleptika oder SSRI – auch bei längerer hochdosierter Einnahme – nicht immer zu Entzugs- bzw. Rebound-Effekten, auch wenn es sich nicht um Fluoxetin oder Agomelatin handelt, bei denen kaum Rebound-Effekte beobachtet werden (Henssler et al. 2019).

Butler et al. (2001) untersuchten 51 Patienten in einem 8wöchigen strukturierten Entzugsprogramms. Die Patienten waren zu 90% trocken, hatten vorher 4 – 24 Monate Medikamente und bereits zwei erfolglose Entzugsversuche hinter sich. Den Patienten wurde angeboten, in medikamentenfreien Nächten AVT anzuwenden. In den Wochen 9 und 10, in denen die Medikamente vollständig abgesetzt wurden, blieben 74,5 % der Kinder trocken, und der Erfolg stand in keinem Zusammenhang mit AVT.

Gökçe et al. (2014) verglichen in ihrer prospektiven randomisierten Multicenter-Studie verschiedene Regimes zum Absetzen bzw. Ausschleichen von Desmopressin. Response war definiert als keine feuchten Nächte und wurde nach 4 Wochen erneut bewertet. Patienten, die ansprachen, erhielten 12 Wochen Desmopressin, Non-Responder wurden von der Studie ausgeschlossen. Am Ende der Behandlung wurden die Patienten randomisiert in 4 Gruppen eingeteilt. Die Entwöhnungsprogramme wurden 2 Wochen lang durchgeführt: Gruppe 1 erhielt die Hälfte der wirksamen Dosis, Gruppe 2 erhielt die wirksame Dosis jeden zweiten Tag. In Gruppe 3 wurde Desmopressin sofort abgesetzt und Gruppe 4 erhielt Placebo. Ein Rückfall wurde definiert als Bettnässen, das in > 2 Nächten pro Monat auftrat. Von 406 Patienten sprachen 284 (70 %) vollständig und 122 (30 %) nicht vollständig an. Die Rückfallquoten nach strukturiertem Ausschleichen (Gruppe 1 und 2) waren signifikant niedriger ($p = 0.001$) als bei sofortigem Absetzen (Gruppe 3) und Placebo (Gruppe 4): Nach 4 Wochen 36% in Gruppe 1, 41% in Gruppe 2, 55% in Gruppe 3 und

50% in Gruppe 4; nach 12 Wochen 39% in Gruppe 1, 42% in Gruppe 2, 55% in Gruppe 3, und 53% in Gruppe 4.

Ferrara et al. (2014) fanden keinen signifikanten Unterschied zwischen sofortigem Absetzen von Desmopressin und Ausschleichen, allerdings wurde nur einen Monat nach Ende der Behandlung verglichen und nicht nach 12 Wochen, es handelte sich nur um 23 Patienten mit strukturiertem Ausschleichen und 24 mit abruptem Absetzen und es waren auch Patienten mit partiellem Response (50 % oder mehr, aber weniger als 90 % Rückgang der Nächte mit Einnässen im Vergleich zum Ausgangswert) einbezogen.

Issi & Biçakci (2021) verglichen in ihrer retrospektiven Studie zu MEN nach 3 Monaten 209 Patienten, bei denen Desmopressin sofort abgesetzt wurde, mit 238 Patienten, die noch 15 Tage lang jeden zweiten Tag Desmopressin einnahmen. Einen Monat nach Beendigung der Behandlung lag die Rückfallquote nach sofortigem Absetzen bei 42,5% und nach Ausschleichen bei 41%. Der Unterschied war nicht signifikant.

Die Meta-Analyse von Chua et al. 2016 ergab für strukturiertes Ausschleichen von Desmopressin im Vergleich zu abruptem Absetzen signifikant seltener ein Rezidiv (gepoolte RR: 1,38; 95% CI, 1,17-1,63; $P = .0001$). Eine Untergruppenanalyse für ein dosisabhängiges strukturiertes Entzugsschema ergab eine signifikant bessere rückfallfreie Rate (gepoolte RR: 1,48; 95 % KI, 1,21-1,80; $P = .0001$). Gasthuys et al. (2020) kommen in ihrem Review zu der Einschätzung, dass ein dosisabhängiger Entzug (Verringerung der Dosis) im Vergleich zu einem zeitabhängigen Entzug (Erhöhung des Zeitabstands zwischen den Dosen) zu weniger Einnässen führt.

Ein noch langsames Ausschleichen von Desmopressin (vergleichbar mit SSRI oder Benzodiazepinen) wurde bisher nicht systematisch untersucht, könnte aber möglicherweise zu geringeren Rückfallquoten führen.

Fazit für die Praxis:

Ein sehr langsames Ausschleichen von Desmopressin, ggf. über mehrere Monate, könnte zu geringerer Rückfallquote führen.

Nicht ausreichend erfolgreiche Behandlung mit Desmopressin

Wenn Therapie nicht ausreichend effektiv ist, kommen als Ursache unzureichende Compliance bzw. Adhärenz, zu niedrige Dosierung (aufgrund individueller Besonderheiten bzgl. Resorption und/oder Metabolisierung) und/oder (ggf. zusätzliche) Notwendigkeit einer Behandlung der Blase mittels Anticholinergikum (um die Blase in die Lage versetzen, mehr Urin zu speichern) und/oder Behandlung mittels Familientherapie und/oder tiefenpsychologischer/psychoanalytischer Therapie in Betracht.

Da nächtliches Einnässen in der Regel nicht erst bei voller Blase auftritt, sondern oftmals bereits bei halb gefüllter, kann eine Ergänzung um ein Anticholinergikum aufgrund der wahrscheinlich bedeutsamen Harnblasenüberaktivität (Nevés 2019) in Betracht gezogen werden.

Unzureichende Compliance bzw. Adhärenz bei Desmopressin

Bei wiederholtem Bettnässen verhalten sich viele Kinder aufgrund von Scham und dem Missverständnis, dass sie allein für das Bettnässen verantwortlich sind, ohnmächtig. Sie geben leicht auf, weil sie annehmen, dass jeder Erfolg zufällig ist, während Rückschläge ihre Überzeugung bestätigen. Sie halten sich nicht lange genug an Vorgaben der Behandlung, um Ergebnisse zu sehen, was ihre vermeintliche Hilflosigkeit noch verstärkt. Ihre Eltern interpretieren ihr Verhalten dann als Gleichgültigkeit, was zu Streit und möglicherweise zu Bestrafungen führt. Beide Parteien verfangen sich in einem Kreislauf der Hilflosigkeit. Dieser Kreislauf der Hilflosigkeit wirkt sich nachteilig auf die emotionale Entwicklung aus und kann zu Schwierigkeiten führen, mit der Familie zu kommunizieren und Hilfe zu suchen bzw. anzunehmen, was wiederum das Gefühl der Hilflosigkeit weiter verstärkt. Eine Möglichkeit, diesem Kreislauf der erlernten Hilflosigkeit entgegenzuwirken, sind kognitive Verhaltenstherapie und Ermutigung zur Stärkung des Selbstbewusstseins zur Erhöhung der Erfolgserwartung (Tai et al. 2021).

Mit der Reifung der Kinder verändert sich ihr Aussehen und die Art und Weise, wie sie sich selbst und andere sehen. Bettnässen beeinträchtigt diesen Prozess in einer Zeit, in der Jugendliche sich mit anderen vergleichen und Bestätigung für ihre Leistungen suchen. Während bei jüngeren Kindern die Eltern öfter psychische Störungen bei ihren Kindern sehen als die Kinder mit Enuresis selbst, ist es bei Jugendlichen anders: Als Tai et al. (2015) Jugendliche befragten, leugnete eine beträchtliche Anzahl von ihnen Verhaltens- oder psychische Störungen, aber in ihren Fragebögen beklagten sie sich über zunehmende familiäre und emotionale Schwierigkeiten, die sich

aus der Bewältigung des Bettnässens im Laufe der Pubertät ergeben. Im Gegensatz dazu berichteten ihre Eltern über keinen erkennbaren Unterschied. Die Diskrepanz erklärt sich aus der Wahrnehmung der Eltern, dass ihr Kind gegenüber Einnässen gleichgültig geworden war. Dies muss bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden, um Kind und Eltern für konstruktive Beteiligung am Therapieprozess zu gewinnen.

Radojicic et al. (2021) fanden, dass geringe Compliance zu unzureichender Desmopressin-Response bei PMEN beiträgt und intensive Blasenschule in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielt. Die Blasenschule als Maßnahme der spezifischen Urotherapie ist intensiver als Standard-Urotherapie und konzentriert sich auf kleine Gruppen von Kindern mit behandlungsresistenten Symptomen. Sie umfasst 2 Gruppen von je 6 Stunden im Abstand von 3 Monaten mit 4 bis 6 Teilnehmern nach Alter und Geschlecht zusammengestellt und wird von zwei Urotherapeuten geleitet. 89 Patienten mit PMEN und Desmopressin-Behandlung wurden 2017 bis 2020 beobachtet. Die Compliance wurde anhand eines Tagebuchs ermittelt, das während der letzten Woche der Desmopressin-Behandlung über 7 Tage ausgefüllt wurde und in dem Angaben gemacht wurden zu unregelmäßiger Einnahme des Medikaments, falscher Dosierung, willkürlichem Abbruch der Therapie, unsachgemäßer Verabreichung des Medikaments, Flüssigkeitsaufnahme nach der Einnahme des Medikaments, höherer Flüssigkeitsaufnahme am Abend als empfohlen, Nichtdurchführung des Entleerungstrainings und Nichteinhaltung der Diätvorschriften. Die Gruppe mit guter Compliance, die alle Anweisungen während der Behandlung befolgten, umfasste 35 Patienten. Zur Gruppe mit geringer Compliance, die während der Behandlung nicht alle Anweisungen befolgten, gehörten 54 Patienten. Nach der Behandlung wurde den Patienten mit geringer Compliance und ihren Eltern der Besuch einer Miktionsschule empfohlen. Während der Desmopressin-Behandlung fand sich ein signifikanter Rückgang der mittleren Einnässhäufigkeit ($p < 0,001$). Patienten mit geringer Compliance sprachen schlechter auf Desmopressin an ($p < 0,001$). Die mediane Reduktion der Enuresis bei guter Compliance betrug 92%, bei niedriger 29%. Nach Besuch der Blasenschule kam es zu signifikantem Anstieg der Compliance ($p < 0,001$), verbunden mit einem medianen prozentualen Rückgang der Enuresis von 84% ($p < 0,001$).

Hascicek et al. (2019) wiesen in einer prospektiven Studie nach, dass durch Einführung einer schriftlichen Checkliste mit klaren Verhaltensanweisungen die Compliance-Raten von 40-60% auf 70-80% stiegen und die Zahl der feuchten Nächte deutlich zurückging. Eltern, die angewiesen wurden, leere

Pillenschachteln zurückzugeben, wiesen ähnliche Compliance-Raten auf wie Eltern, die die Checkliste erhielten.

Fehlen einer Bewertung der Präferenzen oder des Verständnisses der Eltern kann zu Passivität bzgl. Behandlung des Kindes führen. Ärzte können diese Diskrepanzen in der Wahrnehmung abmildern, indem sie die Erwartungen der Eltern an das Behandlungsergebnis gründlich bewerten und Lücken schließen, um Eltern und ihren Kindern zu helfen, aktiv mit der EN umzugehen und die Erfolgsquote zu erhöhen (Tai et al. 2021).

Zwischenfazit für die Praxis:

Ist Desmopressin nicht oder nicht ausreichend und/oder nicht nachhaltig wirksam sein, sollten Compliance bzw. Adhärenz überprüft und ggf. Interventionen zur Verbesserung durchgeführt werden. Gleiches gilt für korrekten Zeitpunkt der Einnahme und Einhaltung der Flüssigkeitsrestriktion sowie Dosistitration, aber auch Zeitpunkt und Art der Beendigung.

Desmopressin in Kombination mit einem Anticholinergikum

Die auf 18 RCTs mit 1649 Teilnehmern basierende Metaanalyse von Song et al. (2019) zeigt, dass Erfolgsrate und vollständige Rückbildung bei Kombination von Desmopressin und Anticholinergikum höher sind als mit Desmopressin oder AVT allein. UAW waren bei allen Behandlungen selten und erträglich. Bei 57 – 66% der Kinder, die nicht oder nicht ausreichend auf Desmopressin ansprechen, ist die Kombination von Desmopressin mit einem Anticholinergikum wirksam. Desmopressin reduziert die nächtliche Urinproduktion, während Anticholinergika die Blase in die Lage versetzen, mehr Urin zu speichern (Shim et al. 2021).

Oxybutynin

Oxybutynin ist in Deutschland zugelassen für Kinder, die älter als 5 Jahre sind. Martín-Crespo & Luque (2003) untersuchten, bei welchen Patienten eine Kombination von Oxybutynin + Desmopressin indiziert ist. 48 enuretische Kinder mit urodynamisch bestätigter Blasenhyperaktivität wurden in die prospektive Studie aufgenommen. Bei 28 Patienten kam es zu vollständiger Rückbildung nachts und tagsüber. Nach 6 Monaten Kombinationstherapie sistierte bei 18 der 19 Patienten (95%) mit zuvor unzureichender Rückbildung das Einnässen vollständig.

Kazi et al. (2020) verglichen in einer randomisierten, kontrollierten Doppelblindstudie Wirksamkeit und Sicherheit von Desmopressin-Monotherapie und Kombination mit Oxybutynin bei Kindern mit MSEN. Gruppe I erhielt 0,2 mg Desmopressin als Monotherapie und Gruppe II 0,2 mg Desmopressin + 5 mg Oxybutynin. In der 12. Woche zeigten in Gruppe I 86% vollständige Genesung, 12% teilweise und 2,4% keine Verbesserung. Dagegen wurde in Gruppe II in allen 42 Fällen (100%) eine vollständige Genesung beobachtet ($p=0,04$). Die Überlegenheit der Kombinationstherapie mit Desmopressin + Oxybutynin gegenüber Desmopressin-Monotherapie zeigte sich erst nach 3 Monaten, bei Ravanshad et al. (2017) dagegen bereits nach 1 Monat ($p = 0,047$ nach 1 Monat, $p < 0,001$ nach 3 Monaten): Unter Desmopressin + Oxybutynin kam es zu vollständiger Remission nach 1 Monat in 83% und nach 3 Monaten in 87%. Es kam nicht zu Rezidiven.

Bzgl. UAW fanden Kazi et al. (2020), dass 17% in Gruppe I und 2% in Gruppe II über Übelkeit ($p=0,026$) berichteten. Appetitlosigkeit wurde bei 5% in Gruppe I und 38% in Gruppe II ($p<0,001$) beobachtet. 29% der Patienten in Gruppe I und 5% in Gruppe II klagten über Kopfschmerzen ($p=0,003$). Bei 17% der Patienten in Gruppe I traten allergische Reaktionen auf, während dies bei keinem Patienten in Gruppe II der Fall war ($p=0,006$). Erbrechen, Gewichtszunahme, Verwirrung und/oder Schwäche traten bei keinem der Patienten in beiden Gruppen auf. Warum unter Kombinationstherapie seltener UAW auftraten, könnte zumindest teilweise am geringeren Körpergewicht in Gruppe I bei gleicher Desmopressin-Dosis liegen ($22,80\pm 7,33$ kg in Gruppe I und $21,28\pm 4,53$ kg in Gruppe II, $p=0,01$) und/oder günstigen Interaktionen zwischen Desmopressin und Oxybutynin.

Gözüküçük et al. (2021) verglichen retrospektiv bei 183 Kindern mit PMEN Desmopressin-Monotherapie (Gruppe 1) mit Desmopressin + Oxybutynin (Gruppe 2). Als vollständiges Ansprechen galt Rückgang des nächtlichen Einnässens um 90-100%, als teilweises Ansprechen Rückgang um 50-90% und als Nichtansprechen ein Rückgang unter 50%. Im 6. Monat der Gruppe 1 wurde bei 80% vollständiges und bei 6% teilweises Ansprechen festgestellt, in Gruppe 2 bei 92% bzw. 7%.

Radvanska et al. (2006) untersuchten Desmopressin + Oxybutynin bei Kindern mit MEN, die auf Desmopressin-Monotherapie nicht ansprachen. Nach zweiwöchiger Beobachtung wurden maximales Entleerungsvolumen bei freiem Zugang zur Flüssigkeitszufuhr anhand eines 2-Tage-Frequenz-Volumen-Diagramms und maximales Entleerungsvolumen nach Wasserbelastung an einem anderen Tag ermittelt. Anschließend erhielten die Patienten 2 Wo-

chen lang 20 µg Desmopressin intranasal zur Schlafenszeit. Bei Patienten, die nicht auf Desmopressin ansprachen und bei denen die Zahl der feuchten Nächte um weniger als 50% zurückging, wurde für weitere 2 Wochen zweimal täglich 5 mg Oxybutynin verabreicht. Bei 68% ging die Zahl der feuchten Nächte während der zweiwöchigen Desmopressin-Behandlung um mehr als 50% zurück (von $4,6 \pm 1,6$ auf $0,7 \pm 0,8$, $p < 0,001$). Bei Personen, die nicht auf Desmopressin ansprachen, führten Desmopressin + Oxybutynin zu weiterer Abnahme der feuchten Nächte (von $4,0 \pm 1,2$ auf $1,7 \pm 1,4$, $p < 0,001$). Das maximale Entleerungsvolumen bei freiem Zugang zur Flüssigkeitsaufnahme war bei Desmopressin-Respondern signifikant höher als bei Non-Respondern (244 ± 111 gegenüber 160 ± 65 ml, $p < 0,001$).

Oxybutynin titrieren

Berkenwald et al. (2016) untersuchten in einer retrospektiven Studie 61 Patienten Wirksamkeit und Sicherheit der Kombinationstherapie von Desmopressin + Oxybutynin mit steigender Oxybutynin-Dosis bei Patienten, die auf die Standard-Kombinationstherapie nicht ansprachen. Alle Patienten, bei denen die anfängliche Therapie mit Desmopressin nicht anschluss, erhielten als nächste Intervention eine Kombinationstherapie aus Desmopressin 0,6 mg und Oxybutynin 5 mg. Bei Patienten, bei denen diese Standard-Kombinationstherapie nicht anschluss, wurde Oxybutynin hochtitriert, bis ein Ansprechen oder die Höchstdosis von 10 mg erreicht war. Die Anwendung von Oxybutynin in steigender Dosierung in Kombination mit Desmopressin führte zu einer Gesamtansprechrates von 97%, definiert als 2 Wochen ohne Einnässen nach Beginn der Behandlung. Die Kombinationstherapie von 0,6 mg Desmopressin + 5 mg Oxybutynin hatte eine Ansprechrates von 68%. Es wurde ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen AD(H)S und kontrolliertem Einnässen tagsüber mit Versagen der Monotherapie festgestellt. Keiner der Patienten berichtete über UAW. Die Gesamterfolgsrate von 97% mit titrierten Dosen von Oxybutynin + Desmopressin war deutlich höher als die in der Literatur angegebenen Ansprechrates auf Kombinationstherapie mit fester Dosis.

Tolterodin und Solifenacin

Im systematischen Review von Medhi et al. (2013) wurde Tolterodin bei Kindern mit nicht-neurogener überaktiver Blase im Vergleich zu Oxybutynin untersucht. Die Studiendauer betrug 2 Wochen bis 12 Monate. Tolterodin erwies sich als vergleichbar wirksam und besser verträglich als Oxybutynin. Azarfar et al. (2015) fanden bei Kindern mit PEN unter Desmopressin + Oxybutynin

nach 3monatiger Behandlung mit Desmopressin + Oxybutynin 45% vollständige Remission, unter Desmopressin + Tolterodin 87% ($p=0,001$).

Ghanavati et al. (2021) fanden in ihrer randomisierten kontrollierten Studie zu PEN bzgl. Desmopressin + Solifenacin bei 95% nach dreimonatiger Behandlung eine komplette Remission, bzgl. Desmopressin + Tolterodin bei 85% und bzgl. Monotherapiegruppe mit Desmopressin bei 64%.

Solifenacin und Tolterodin sind in Deutschland bisher nur für Erwachsene zugelassen.

Propiverin

Shim et al. (2021) fanden in ihrer randomisierten prospektiven Studie mit Kindern mit PMEN, dass Desmopressin + Propiverin 5 mg nach 3 Monaten häufiger zu vollständiger Rückbildung führte als Desmopressin-Monotherapie (44% vs. 22%, $p=0,002$). Die Kombinationstherapie war signifikant mit dem Behandlungserfolg 3 Monate nach Behandlungsbeginn (Odds Ratio [OR], 3,5; 95% Konfidenzintervall [KI], 1,2-6,98; $p=0,011$) und einem verringerten Rückfallrisiko 6 Monate nach Beendigung der Behandlung (OR, 0,3; 95% KI, 0,2-0,89; $p=0,021$) verbunden.

Alloussi et al. (2009) untersuchten prospektiv Propiverin + Desmopressin bei 122 Probanden mit PME, die bisher nicht auf eine oder mehrere Monotherapien ansprachen. Propiverin (Körpergewicht <30 kg, 15 mg/Tag; ≥ 30 kg, 20 mg/Tag) und Desmopressin (0,4 mg/Nacht) wurden über 3 Monate verabreicht, gefolgt von aufeinanderfolgenden strukturierten Absetzprogrammen für Propiverin und Desmopressin in Abhängigkeit von der Menge des nächtlichen Urinverlusts vor der Behandlung. Erneute Beurteilung der nicht ansprechenden Patienten unter Einbeziehung der Video-Urodynamik ergab bei 12,3% neurogene Detrusor-Überaktivität, isolierte Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie und vesikorenalen Reflux, der bisher fälschlicherweise als Enuresis behandelt wurde. Nächtliche Kontinenz wurde bei 97% erreicht. 3-12 Monate später kam es bei 21,5% nach Absetzen beider Medikamente zum Rückfall. UAW waren selten (4%) und von mäßiger Intensität.

In der eine prospektive Studie von Jabbour et al. (2019) mit 122 Kindern mit MEN oder NMEN, die das Protokoll strikt einhielten und >24 Monate nachbeobachtet wurden, begannen die Teilnehmer mit Desmopressin 120 $\mu\text{g/d}$ einmal täglich + Propiverin 7,5 mg zweimal täglich, was je nach Ansprechen auf die Therapie angepasst wurde. Ausschlusskriterien waren sekundäre Enuresis, schlechte Einhaltung des Protokolls und neurogene Blase. Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 62 Monate (25-114 Monate). Es zeigte sich ein

Gesamterfolg von 87% bei einem Rückfall von 13%. Die Erfolgsquote der Patienten, die 120 µg Desmopressin als Erhaltungstherapie benötigten, lag bei 93% im Vergleich zu 65%, die eine höhere Dosis Desmopressin benötigten ($P < .05$). Es ist zu beachten, dass die Rückfallraten möglicherweise höher ausfielen, weil nur Kinder einbezogen wurden, die auf Monotherapie nicht ansprachen (Gasthuys et al. 2020).

Park et al. (2014) verglichen retrospektiv Desmopressin + Propiverin mit Desmopressin-Monotherapie zur Erstbehandlung von Kindern mit PMNE. Die Monotherapiegruppe erhielt orales Desmopressin, die Kombinationstherapiegruppe Desmopressin + Propiverin 10 mg als Erstbehandlung. Kombinationstherapiegruppe wies eine höhere Rate vollständigen Ansprechens auf als Monotherapiegruppe (20 vs. 6% nach 1 Monat; 47 vs. 22% nach 3 Monaten, $p = 0,002$).

Propiverin ist jedoch in Deutschland bisher nur für Erwachsene zugelassen.

Zwischenfazit für die Praxis:

Insgesamt sind Tolterodin, Solifenacin und Propiverin möglicherweise Oxybutynin überlegen in der Kombination mit Desmopressin, zumindest, wenn Oxybutynin nicht individuell titriert wird. Da bisher jedoch nur Oxybutynin für Minderjährige zugelassen ist, sollte zunächst Oxybutynin in Kombination mit Desmopressin eingesetzt und nur bei nicht ausreichender Wirkung eine off-label-Behandlung mit Tolterodin, Solifenacin und Propiverin in Betracht gezogen werden.

Trizyklikum als Monotherapie

Der Cochrane-Review von Caldwell et al. 2016 wertete 64 Studien zu Trizyklika aus mit 4071 Kindern. Leichte unerwünschte Wirkungen waren häufig und wurden in 30 Studien berichtet. Dazu gehörten Schwindel, Kopfschmerzen, Stimmungsschwankungen, Magen-Darm-Beschwerden und Neutropenie. Schwerwiegendere Nebenwirkungen können auftreten, wurden aber nicht berichtet. Die meisten Studienergebnisse liegen zu Imipramin vor. Amitriptylin und Desipramin waren wirksamer als Placebo, aber Nortriptylin und Mianserin zeigten keinen Unterschied. Die meisten Trizyklika hatten keine anhaltende Wirkung nach Beendigung der Behandlung. Es gab keine ausreichenden Belege, um die Wirkung zwischen verschiedenen Dosen von Trizyklika und zwischen verschiedenen Trizyklika zu beurteilen. Die Behandlungsergebnis-

se zwischen Trizyklika und Desmopressin waren ähnlich, aber uneinheitlich, wenn Trizyklika mit einem Anticholinergikum verglichen wurden.

Imipramin

Imipramin ist in Deutschland zur Behandlung von Bettnässen ab einem Alter von 5 Jahren zugelassen. Als Wirkmechanismus wird eine zentrale Wirkung auf Hirnstammebene angenommen, die die Erregung fördert und das Wasserlassen hemmt, eine schwache anticholinerge und detrusorische krampflösende Wirkung hat, die ADH-Freisetzung steigert und den REM-Schlaf unterdrückt. Es wird 1-2 Stunden vor dem Schlafengehen eingenommen bei einer Wirkungsdauer von 8-12 Stunden. Die Anfangsdosis beträgt in der Regel 25 mg/d bei einer Höchstdosis von 50 mg/d für 8-12jährige und 75 mg/d für ältere Patienten. Imipramin wird in der Regel für 3-6 Monate verschrieben und danach ausgeschlichen. Bei einem Rückfall wird das Medikament erneut mehrere Monate lang eingenommen. Die anfänglichen Erfolgsraten liegen bei bis zu 50%. Dennoch verzeichnen einige Studien eine kombinierte langfristige Heilungsrate von nur 25%, sobald es abgesetzt wird.

Laut Cochrane-Review von Caldwell et al. 2016 verringert Imipramin im Vergleich zu Placebo die Häufigkeit des nächtlichen Einnässens pro Woche (mittlere Differenz (MD) -0,95, 95% Konfidenzintervall (KI) -1,40 bis -0,50; 4 Studien, 347 Kinder), wobei weniger Kinder 14 aufeinanderfolgende trockene Nächte erreichten (78% gegenüber 95% bei Placebo, RR 0,74, 95% KI 0,61 bis 0,90; 12 Studien, 831 Kinder). Beim Vergleich von Imipramin mit Desmopressin + Oxybutynin (1 Studie, 45 Kinder) war die Kombinationstherapie wirksamer, mit einer feuchten Nacht pro Woche weniger (MD 1,07, 95% CI 0,06 bis 2,08) und 36%, die 14 aufeinander folgende trockene Nächte nicht erreichten, gegenüber 87% bei Imipramin (RR 2,39, 95% CI 1,35 bis 4,25). Obwohl es keinen Unterschied in der Anzahl der nassen Nächte gab, erreichten 67% der Imipramin-Behandelten nicht 14 aufeinander folgende trockene Nächte, während es bei AVT 17% waren (RR 4,00, 95 % CI 1,06 bis 15,08; 1 Studie, 24 Kinder). AVT hatte eine nachhaltigere Wirkung nach Beendigung der Behandlung, wobei 100% der Imipramin-Behandelten gegenüber 58% der AVT-Behandelten bei der Nachuntersuchung einnässen (RR 1,67, 95% KI 1,03 bis 2,69; 1 Studie, 24 Kinder).

Imipramin war während der Behandlung wirksamer als einfache Verhaltenstherapie, mit einer nassen Nacht weniger pro Woche im Vergleich zu Sternkarte plus Placebo (MD -0,80, 95% KI -1,33 bis -0,27; 1 Studie, 250 Kinder). Bei der Nachuntersuchung waren unter Imipramin 40% nass, unter Flüssig-

keiteinnahmebeschränkung und Vermeidung von Bestrafung dagegen 80% (RR 0,50, 95% KI 0,28 bis 0,89; 1 Studie, 40 Kinder). Imipramin war weniger wirksam als komplexe Verhaltenstherapie: 61% erreichten keine 14 aufeinander folgenden trockenen Nächte unter Imipramin gegenüber 3% unter dem Dreistufenprogramm (RR 1,83, 95 % KI 1,08 bis 3,12; 1 Studie, 72 Kinder) und 16% unter dem Dreistufenprogramm in Kombination mit Motivations-therapie und computergestützter Aufklärung (RR 3. 91, 95% CI 2,30 bis 6,66; 1 Studie, 132 Kinder) am Ende der Behandlung, mit ähnlichen Ergebnissen bei der Nachbeobachtung.

Trizyklika waren wirksamer als diätetische Maßnahmen, wobei 99% der Kinder 14 aufeinanderfolgende trockene Nächte nicht erreichten gegenüber 84% bei Imipramin (RR 0. 84, 95% CI 0,75 bis 0,93; 1 Studie, 147 Kinder).

Am Ende der Behandlung gab es etwa zwei feuchte Nächte weniger für Imipramin plus Oxybutynin im Vergleich zu Imipramin-Monotherapie (MD -2. 10, 95% CI -2,99 bis -1,21; 1 Studie, 63 Kinder), und 48% der Imipramin + Oxybutynin-Teilnehmer erreichten keine 14 aufeinanderfolgenden trockenen Nächte, verglichen mit 74% bei Imipramin-Monotherapie (RR 0,68, 95% CI 0,50 bis 0,92; 2 Studien, 101 Kinder). Bei der Nachbeobachtung nächsten 45% bei Imipramin + Oxybutynin im Vergleich zu 83% Imipramin-Monotherapie ein (RR 0,55, 95 % KI 0,32 bis 0,92; 1 Studie, 36 Kinder). Beim Vergleich von Imipramin + Desmopressin mit Imipramin-Monotherapie gab es keinen Unterschied in den Ergebnissen. Bei einem Vergleich von Imipramin + Desmopressin mit Desmopressin-Monotherapie war die Kombination wirksamer: 15% erreichten keine 14 aufeinanderfolgenden trockenen Nächte unter Imipramin + Desmopressin gegenüber 40% unter Desmopressin-Monotherapie (RR 0,38, 95% CI 0,17 bis 0,83; 1 Studie, 86 Kinder). Trizyklika in Kombination mit AVT waren nicht wirksamer als AVT-Monotherapie, AVT + Desmopressin oder AVT + Nortriptylin. Die Zugabe eines Trizyklikums zu anderen Verhaltenstherapien hatte keinen Einfluss auf die Behandlung.

Die Kombinationstherapie von Imipramin + Oxybutynin ist laut Cochrane Review von Deshpande et al. (2012) wirksamer als Imipramin-Monotherapie (RR 0,68, 95% CI 0,50 bis 0,94) und weist eine deutlich niedrigere Rückfallquote auf als Imipramin-Monotherapie (RR 0,35, 95% CI 0,16 bis 0,77).

Lee et al. (2005) untersuchten Desmopressin-Monotherapie gegenüber Desmopressin + Oxybutynin sowie Imipramin-Monotherapie bei Kindern mit Enuresis. Die Wirksamkeit der Kombinationstherapie war im Vergleich zu den beiden Monotherapien höher.

Naitoh et al. (2005) fanden keine signifikanten Unterschiede zwischen Monotherapie mit Desmopressin oder Imipramin und Kombination mit AVT. Tai et al. (2019 und 2021) fanden keine signifikanten Unterschiede in den Remissionsraten zwischen Desmopressin und Imipramin nach 3 Monaten (78% bzw. 82%), mit ähnlichen Rückfallraten während einer 3monatigen Nachbeobachtung (49% bzw. 37%). Während kein mit Desmopressin behandeltes Kind über UAW berichtete, berichteten ca. 5% der mit Imipramin Behandelten über Mundtrockenheit, Verstopfung oder Zittern der Hände.

Correll et al. (2021) fanden in ihrem Umbrella Review zu Wirksamkeit und Akzeptanz von pharmakologischen, psychosozialen und hirnstimulierenden Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen, dass Imipramin die wirksamste pharmakologische Intervention bei Enuresis ist und mit Oxybutynin kombiniert werden kann, um die Wirksamkeit zu maximieren. Oxybutynin + Imipramin war einer Imipramin- oder Oxybutynin-Monotherapie überlegen, wenn auch nur mit kleiner Effektstärke.

Zwischenfazit für die Praxis:

Eine Überlegenheit von Imipramin-Monotherapie gegenüber anderen Behandlungsformen ist nicht ausreichend belegt und sollte daher trotz Zulassung in Deutschland aufgrund eines im Vergleich zu anderen Behandlungsformen eher ungünstigeren Profils an UAW nur in Ausnahmefällen in Betracht gezogen werden. Es gibt Hinweise, dass eine Kombination von Imipramin mit Oxybutynin wirksamer ist als Imipramin-Monotherapie.

Therapierefraktäre Enuresis nocturna

Kinder mit geringer Kapazität oder überaktiver Blase sind eher behandlungsresistent und benötigen eine längere Behandlung (Caldwell 2018). Desmopressin oder Imipramin sind bei 40-50 % der Kinder wirksam (Berkenwald et al. 2016). Fast ein Drittel sind trotz Desmopressin, anticholinergischer Behandlung und AVT noch enuretisch (Ohtomo 2017b).

AVT, Desmopressin, Anticholinergikum

Die Netzwerk-Meta-Analyse von Song et al. 2019 mit 18 RCTs und insgesamt 1649 Teilnehmern zeigt, dass vollständige Rückbildung und allgemeine Erfolgsraten mit Desmopressin + Anticholinergikum höher waren als mit

Desmopressin allein oder AVT-Monotherapie. Zwischen Desmopressin + Anticholinergikum und Desmopressin + AVT wurde kein signifikanter Unterschied in Bezug auf vollständige Rückbildung und Erfolgsraten allgemein festgestellt. Die Rückfallrate war bei AVT-Monotherapie deutlich niedriger als bei Desmopressin-Monotherapie. UAW waren bei allen Behandlungen selten und erträglich. Desmopressin + Anticholinergikum lag bei vollständiger Rückbildung und allgemeiner Erfolgsrate an erster Stelle, Desmopressin + AVT bei durchschnittlicher Anzahl feuchter Nächte pro Woche an erster Stelle, AVT hatte die niedrigste Rückfallrate.

Weitere Substanzen

Der Cochrane-Review von Deshpande et al. (2012) ergab, dass im Vergleich zu Placebo Indomethacin (Risikoverhältnis [RR] 0,36, 95% KI 0,16 bis 0,79), Diazepam (RR 0,22, 95% KI 0,11 bis 0,46), Mestorelon (RR 0,32, 95 % KI 0,17 bis 0,62) und Atomoxetin (RR 0,81, 95% KI 0,70 bis 0,94) die Zahl der Kinder verringerten, die keine 14 aufeinanderfolgenden trockenen Nächte hatten. Obwohl Indometacin und Diclofenac während der Behandlung besser waren als Placebo, waren sie nicht so wirksam wie Desmopressin, und es bestand ein höheres Risiko für UAW.

Kamperis et al. (2017a) verabreichten Kindern mit MNE und Desmopressin-resistenter nächtlicher Polyurie Indomethacin + Desmopressin oder Placebo + Desmopressin. Indomethacin + Desmopressin führte zu stärkerer Verringerung der nächtlichen Harnausscheidung. Die Anzahl der feuchten Nächte unterschied sich jedoch nicht signifikant (Gasthuys et al. 2020).

Al-Waili et al. (2006) untersuchten 200 mg/d Carbamazepin (CBZ) bei 8 Patienten mit PEN, die jede Nacht einnässen. Die durchschnittliche Anzahl trockener Nächte stieg von 0 auf 9,7 pro 15 Tage (65%). CBZ verringerte das 24-Stunden-Harnvolumen um 41 %, das Nachtvolumen um 45%, das Tagesvolumen um 38% und die Häufigkeit der Miktion um 28%.

Kosilov et al. (2017) verglichen bei 219 Kindern AVT, Reboxetin als Monotherapie und die Kombination von AVT + Reboxetin. Die Dauer der Behandlung betrug 3 Monate, gefolgt von einer Nachbeobachtungszeit gleicher Dauer. Reboxetin-Monotherapie erbrachte keine signifikante Abnahme des Einnässens pro Woche. Die Häufigkeit des Einnässens verbesserte sich unter der Kombination von AVT + Reboxetin von 5,3 auf 1,0 pro Woche, 3 Monate nach dem Ende der Behandlung auf 0,7. Die kombinierte Behandlung der therapie-

resistenten Enuresis mit AVT + Reboxetin führte zu vollständiger Trockenheit bei 83% unmittelbar nach Therapie und bei 75% weitere 3 Monate später. Reboxetinhaltige Arzneimittel werden allerdings aufgrund eines G-BA-Beschlusses (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1186/2010-09-16_AM-RL3_Reboxetin_BAnz.pdf) in der vertragsärztlichen Behandlung in Deutschland seit 2011 nicht von der GKV erstattet.

Ferrara et al. (2016) verglichen in ihrer randomisierten Studie zu 153 Kindern mit MEN Desmopressin mit der Kombination von Desmopressin + 1 mg/d unretardiertes Melatonin. Nach 3 Monaten Behandlungsdauer fand sich bei Desmopressin allein bei 59% ein erwünschter Effekt und bei der Kombination bei 71%. Allerdings war der Unterschied nicht signifikant.

Matsumoto (2021) berichtet über eine Verringerung der Häufigkeit hartnäckigen nächtlichen Einnässens von 14 von 14 Nächten (100 %) auf 5 von 14 (35,7 %) unter Suvorexant bei einem 12jährigen Jungen mit PMEN ohne komorbide Störungen. Vor Suvorexant war der Patient mit Verhaltensmodifikation, Desmopressin, AVT, Anticholinergika, trizyklischen Antidepressiva und traditioneller Kampo-Medizin behandelt worden. Diese Behandlungen waren unwirksam, und es verging kein einziger Tag ohne Bettnässen. Von Suvorexant (15 mg) wurde $\frac{1}{4}$ Tablette täglich vor dem Schlafengehen eingenommen. Am ersten Tag nach Beginn der Behandlung mit Suvorexant berichtete der Patient, dass die vorangegangene Nacht die erste in seinem Leben gewesen sei, in der kein Bettnässen aufgetreten sei. Suvorexant wurde schrittweise auf $\frac{1}{2}$ und $\frac{3}{4}$ Tablette im Abstand von zwei Wochen erhöht. Als das Körpergewicht des Patienten 40 kg erreichte, wurde die Dosis auf 1 Tablette (15 mg) als Erhaltungsdosis erhöht. Die Häufigkeit des Einnässens nahm mit leichten Schwankungen allmählich ab und sank schließlich auf 5 von 14 Tagen. Nach Absetzen von Suvorexant stieg die Häufigkeit auf 13 von 14 Tagen. Als der Patient die Behandlung mit Suvorexant wieder aufnahm, sank die Häufigkeit wieder auf 5 von 14 Tagen. Als Suvorexant erneut abgesetzt wurde, stieg die Häufigkeit wieder auf 13 von 14 Tagen. Der Patient setzte sodann die Einnahme von 15 mg Suvorexant 1 Jahr und 4 Monate nach Beginn der ersten Suvorexant-Dosis fort. Die Verringerung der Häufigkeit des Einnässens hat danach angehalten. Suvorexant ist bisher nicht in Deutschland zugelassen.

Desmopressin in Kombination mit Furosemid

Es gibt zunehmend Hinweise, dass eine Untergruppe von Patienten mit MEN und nächtlicher Polyurie, die auf Desmopressin nicht anspricht, einen abweichenden zirkadianen Rhythmus des renalen tubulären Natriumhandlings auf-

weisen. Wenn die erhöhte Natriumausscheidung in der Nacht zu einer Desmopressin-Resistenz führt, könnte eine Verringerung zur besseren Reaktion auf Desmopressin führen. In der Studie von Nevéus et al. (2005) mit Furosemid als Monotherapie 1 mg/kg nachmittags wurden 12% vollständig trocken. De Guchtenaere et al. (2007) führten eine Studie zu Desmopressin + 0,5 mg/kg Furosemid morgens bei Patienten mit MEN und Desmopressin-Resistenz trotz diätetischer Natrium- und Proteinrestriktion durch. Die Ausgangswerte zeigten eine signifikant niedrigere Osmolalität des Urins und eine höhere Diurese-Rate über Nacht im Vergleich zur Referenzpopulation. Bei 9 von 12 Patienten führte die nächtliche antidiuretische Wirkung zu Einnässen von weniger als 1 Nacht pro Monat. Bei 3 Patienten wurde trotz signifikanter Antidiurese keine ausreichende Wirkung erzielt.

Enuresis und komorbide Störungen

20 bis 50 % Kinder mit Ausscheidungsstörungen haben zusätzlich eine oder mehrere psychische Störungen, die ebenfalls behandelt (von Gontard & Kuwertz-Bröking 2019) und bei der Therapie der Enuresis/Harninkontinenz berücksichtigt werden müssen. Falls eine komorbide psychische Störung nicht behandelt wird, sind Compliance und Mitarbeit schlechter und der Therapieerfolg weniger günstig (AWMF 2015). Oftmals kann die Behandlung der psychischen Störungen gleichzeitig erfolgen (z.B. bei ADHS). Bei manchen schweren psychischen Störungen (wie z.B. bei einer schweren Depression) kann es sinnvoll sein, die psychische Störung zuerst zu behandeln und erst dann mit der Inkontinenztherapie zu beginnen. Subklinische psychische Symptome und Belastungen, die nicht die Kriterien einer Störung erfüllen, bilden sich u. U. nach Erreichen der Kontinenz zurück. In diesen Fällen kann es ausreichen, zuerst die Inkontinenz/Enuresis zu behandeln.

Rückfälle bei bedeutenden Lebensereignissen (z.B. Trennung der Eltern, Probleme in der Schule, Wechsel vom Kindergarten in die Schule, Geburt eines Geschwisterkindes) können eine SEN auslösen. Neben manifesten Störungen sind subklinische Symptome wie z.B. Traurigkeit, Unglücklichsein, niedriges Selbstwertgefühl und beeinträchtigte Lebensqualität bei Kindern mit Enuresis häufig (AWMF 2015). Gemäß AWMF-Leitlinie (2015) sind sie meist Folge und nicht Ursache der Enuresis, meine langjährigen Erfahrungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Patientenversorgung zeichnen jedoch ein anderes Bild: Mindestens ebenso häufig ist die sekundäre Enuresis nocturna Folge einer psychosozialen Belastung und/oder es kommt zu Wech-

selwirkungen. Laut AWMF-Leitlinie (2015) bilden sich diese Symptome im Gegensatz zu psychischen Störungen mit klinischer Relevanz meist nach Erreichen der Kontinenz zurück. Da eine eindeutige Dichotomie zwischen Traurigkeit, Unglücklichsein, niedrigem Selbstwertgefühl und beeinträchtigter Lebensqualität und psychischen Störungen zwar in der Forschung für homogene Studienstichproben artifiziiell konstruiert wird, jedoch in der Realität, wie sie in der Patientenversorgung vorgefunden wird, nicht existiert, da u. a. Traurigkeit, Unglücklichsein, niedriges Selbstwertgefühl und beeinträchtigte Lebensqualität Bestandteil depressiver Störungen sind, führt die Rückbildung der Enuresis zwar oftmals zu Verbesserung zahlreicher psychosozialer Probleme, jedoch nicht zwingend zu vollständiger Rückbildung von Traurigkeit, Unglücklichsein, niedrigem Selbstwertgefühl und beeinträchtigter Lebensqualität.

Die drei häufigsten neuropsychologischen Entwicklungsstörungen bei Inkontinenzzerkrankungen sind Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS), Autismus-Spektrumstörung (ASS) und Intelligenzminderung (IM). Die Behandlung der Inkontinenz sollte an die besonderen Bedürfnisse der Patienten angepasst werden (von Gontard et al. 2021).

Eliezer et al. (2021) untersuchten in einer prospektiven Studie die Wirksamkeit von Standard-Urotherapie und Kombinationstherapien von Blasenfunktionsstörungen bei Kindern mit behandelten Verhaltensstörungen. Sie erhielten zunächst eine Standard-Urotherapie. Denjenigen, die nach 3 Monaten nicht ansprachen, wurde Kombinationstherapien angeboten. Von 39 Kinder schlossen 29 die Studie ab. 87% hatten AD(H)S. MEN und NMEN waren die häufigsten Diagnosen. Nach 3 Monaten erhielten 38% weiterhin Standard-Urotherapie, 41% Kombinationstherapie. Nach 6 Monaten wurde bei 62% vollständiges/teilweises und bei 16% kein Ansprechen festgestellt, wobei 32% auf Standard-Urotherapie allein ansprachen. Die Art der zugrundeliegenden Verhaltensstörung(en) oder die medikamentöse Behandlung der Verhaltensstörung hatten keinen Einfluss auf die Ergebnisse.

Hussong et al. (2021) weisen darauf hin, dass, auch wenn die Standardtherapie der Enuresis oft hochwirksam ist, Untergruppen der Inkontinenz (Kombinationen von nächtlicher Enuresis (NE), Tagesharninkontinenz (THI) und/oder Stuhlinkontinenz (SI) und/oder psychiatrischer Komorbidität) Rückfälle erleiden oder einen chronischen Verlauf nehmen und entwickelten für diese Fälle ein manualisiertes ambulantes Blasen- und Darmtrainingsprogramm. Das Programm wurde für Gruppen von 2-6 Kindern (gleichen Alters und Geschlechts) im Alter von 5-12 Jahren entwickelt, mit Anpassungen für

13-16jährige. Es besteht aus 7-9 wöchentlichen Gruppen- und 3 wöchentlichen Einzelsitzungen und umfasst Informationen über Anatomie/Physiologie des Urogenitaltrakts, Pathophysiologie, Hygiene und ausgewogene Ernährung. Außerdem werden Tagebuchführung über das Wasserlassen und Trinken, Stressbewältigung, Entspannung und Emotionsregulationstechniken vermittelt. Von 32 Kindern, die nicht auf eine Standardbehandlung vollständig ansprachen, erhielten 14 Gruppen- und 18 jüngere Einzeltherapie. Die Häufigkeit des Einnässens tagsüber verringerte sich signifikant von 5,7mal/Woche vor dem Training auf 4,9 direkt und bis 2,0 sechs Monate danach. Einkoten verringerte sich von 2,9mal/Woche vor dem Training auf 1,9 direkt nach dem Training, stieg jedoch 6 Monate da wieder auf 2,6 an. Nach der ICCS-Klassifikation hatten 11% der Kinder mit Einnässen tagsüber nach dem Training eine vollständige Response und 47,6% nach 6 Monaten. Bei den Kindern mit Einkoten erreichten 33,3% vollständige Response am Ende des Trainings und 25% bei der Nachuntersuchung. Außerdem nahmen die psychiatrischen Symptome, insbesondere die internalisierenden, während des Trainings deutlich ab. Bei 14 Kindern mit EN verringerte sich dies von 5,9 vor dem Training auf 1,5 Episoden/Woche.

Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens

Ist die Erweckbarkeit nicht beeinträchtigt, liegt eine Nykturie vor (van Herzeele & Vande Walle 2016): Nykturie bedeutet, ein oder mehrmals pro Nacht aufzuwachen, weil man Wasserlassen muss. Nässt das Kind ein, obwohl es vom Harndrang aufgewacht ist, handelt es sich oft um psychische Faktoren wie oppositionelles Verhalten oder z. B. Angst, den Weg zur Toilette und/oder zurück nachts zu gehen. Andererseits weisen laut einer repräsentativen Studie (von Gontard et al. 2015) Kinder mit NMEN vermehrt oppositionelles Verhalten auf analog der Kinder mit Enkopresis (Spitzcok von Brisinski & Lüttger 2007), so dass die Differentialdiagnose zwischen Enuresis und Nykturie nicht immer leichtfällt und auch beides als komorbide Störungen auftreten kann. Dies kann in der Enuresis-Therapie bedeutsam sein, da ggf. außer der Enuresis auch die Angst- und/oder oppositionelle Störung des Sozialverhaltens behandelt werden muss.

Überaktive Blase, Tagesharninkontinenz, Enkopresis

Im et al. (2018) untersuchten 111 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer NMEN und überaktiver Blase (ÜAB) in einer klinischen Inanspruchnahmepopulation. Nach einmonatiger Standard-Urotherapie wurden anticholinerge Medikamente mit oder ohne Abführmittel verabreicht. Bei teilweisem, aber nicht ausreichendem Ansprechen auf die ÜAB wurde Desmopressin verab-

reicht. Nach 12 Monaten zeigten 64% vollständiges und 88% teilweises Ansprechen bei Enuresis bzw. ÜAB. Der Harndrang besserte sich schneller als die Enuresis. 71% hatten Enkopresis und/oder subjektive Obstipation. Die Kombination von Anticholinergika mit Laxantien oder Desmopressin schnitt besser ab als Anticholinergika allein.

Schlafstörungen

Kinder mit Schlafstörungen können trocken werden, wenn die Atemwegsobstruktion beseitigt wird. Dies ist jedoch nicht regelhaft der Fall: Bei Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe und PEN hatte die chirurgische Behandlung der Atemwegsobstruktion keinen Einfluss auf die Rückbildung der PEN (Davaro et al. 2021).

Enuresis bei (ggf. subklinischer) AD(H)S

Enuresis tritt bei AD(H)S gehäuft auf und umgekehrt bei Enuresis AD(H)S (de Sena Oliveira et al. 2021). Häufigste komorbide Störung der EN ist ADHS (AWMF 2015). Mehrere Studien haben gezeigt, dass Inkontinenz und AD(H)S nicht nur nebeneinander bestehen, sondern sich gegenseitig beeinflussen können. Ohne ADHS-Therapie sind Compliance und Mitarbeit schlechter und der Therapieerfolg weniger günstig (AWMF 2015).

Manchmal verbessert sich die Symptomatik der Enuresis nach Beginn einer Behandlung mit Methylphenidat, manchmal verschlechtert sich die Enuresis auch oder tritt erstmalig auf (Uzun et al. 2021). Da eine Behandlung des AD(H)S mit Stimulanzien in der Regel nicht nachts wirkt, kommen für eine Behandlung nächtlichen Einnässens Substanzen mit längerer Halbwertszeit, wie z. B. Atomoxetin (z. B. Strattera®), retardiertes Guanfacin (z. B. Intuniv®), Imipramin oder Clonidin prinzipiell in Betracht. Bzgl. retardiertem Guanfacin sind bisher keine Publikationen zur Wirkung auf Enuresis erschienen, Enuresis wird jedoch in den Fachinformationen als häufige ($\geq 1/100$, $< 1/10$) unerwünschte Arzneimittelwirkung angegeben. Für die Wirksamkeit der übrigen Substanzen mit längerer Halbwertszeit nicht nur bzgl. (ggf. auch subklinischer) AD(H)S, sondern auch Enuresis nocturna, sprechen die Ergebnisse mehrerer Studien:

Bei komorbider ADHS, ADS ohne Hyperaktivität oder bei subklinischer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung kann Atomoxetin NE verbessern. Ohtomo (2017a) behandelte 265 Patienten mit MNE mittels Desmopressin und/oder AVT, Patienten mit NMNE mittels Anticholinergika und/oder AVT. Bei 65 Patienten schlug die 12wöchige Behandlung nicht an, von denen 24 unter ADHS litten. Sie wurden zusätzlich mit Atomoxetin (1,8 mg/

kg/Tag) behandelt. Nach 8wöchiger Atomoxetin-Behandlung war die durchschnittliche Anzahl der feuchten Nächte pro Monat sowohl bei MNE als auch NME signifikant gesunken: 18,5-4,6 in der MNE-Gruppe ($p = 0,001$) und 22,1-12,4 in der NMNE-Gruppe ($p = 0,025$). Insgesamt wirkte sich Atomoxetin bei 19 von 24 Patienten positiv aus.

Sumner et al. (2006) untersuchten in einer ambulanten, multizentrischen, randomisierten, doppelblinden, parallelen, placebokontrollierten Studie die Wirkung von Atomoxetin auf Enuresis nocturna. Atomoxetin erhöhte die durchschnittliche Anzahl der trockenen Nächte pro Woche um 1,47 im Vergleich zu 0,60 bei Placebo ($F = 7,06$; $df = (1, 75)$; $p = 0,01$). 15 mit Atomoxetin behandelte Probanden (35,7%) hatten eine Zunahme von mindestens 2 trockenen Nächten pro Woche im Vergleich zu 6 (14,6%) mit Placebo ($p = 0,042$). Bzgl. UAW gab es keine signifikanten Unterschiede.

Obwohl früher in amerikanischen Reviews und Guidelines zu AD(H)S antriebssteigernde trizyklische Antidepressiva wie z. B. Imipramin als wirksame Mittel der zweiten Wahl angegeben wurden (z. B. Budur et al. 2005), führt die aktuelle amerikanische Leitlinie zur Behandlung von ADHS (Wolraich et al. 2019) antriebssteigernde trizyklische Antidepressiva nicht mehr auf.

In der Studie von Ohtomo (2017b) wurden 148 Patienten mit refraktärer Enuresis unter Desmopressin, anticholinerger Behandlung und AVT, von denen 23 eine MEN und 125 eine NMEN hatten, mit $4 \mu\text{g/kg/Tag}$ (maximal $75 \mu\text{g/Tag}$) oral 30 Minuten vor dem Zubettgehen zusätzlich mit Clonidin behandelt. Nach 4 Wochen hatten 56 % teilweise oder vollständig angesprochen. Es wurden keine signifikanten UAW festgestellt.

Enuresis bei anderen komorbiden Störungen

Aripiprazol kann zwar als UAW selbst Enuresis induzieren, die sich gegebenenfalls mit Desmopressin behandeln lässt (Karakurt & Süren 2015). Andererseits gibt es Fallberichte über von anderen Neuroleptika wie z. B. Risperidon oder Clozapin induzierte Enuresis, die sich unter Aripiprazol zurückbildete (Kantrowitz et al. 2006, Lee & Kim 2010, Palaniappan 2015).

Kılınc et al. (2016) berichten über einen 9jährigen Jungen mit Intelligenzminderung, Hyperaktivität, Reizbarkeit, Aggressivität gegenüber den Eltern und selbstverletzendem Verhalten (Kopfschlagen und Schlagen mit den Fingern) seit 3 Jahren. Unter Olanzapin trat Akathisie auf, unter Risperidon Hypersalivation, unter Zuclopenthixol Dystonie und unter Methylphenidat übermäßige Angst. Außerdem nässte er 4- bis 5x/Woche nächtlich ein. Laut Mutter blieb er nie länger als eine Woche trocken. Unter Aripiprazol $2,5 \text{ mg/d}$ und Stei-

gerung innerhalb von 2 Wochen auf 2,5 mg zweimal täglich berichtete die Mutter 4 Wochen später, dass sich das störende Verhalten verbessert hatte und auch das nächtliche Einnässen drastisch zurückgegangen war auf nur noch 2x innerhalb von 4 Wochen. Nach Absetzen des Aripiprazols trat die Enuresis mit einer Häufigkeit von 7 Nächten innerhalb von 10 Tage erneut auf, so dass die Behandlung mit Aripiprazol wieder begonnen wurde und die Enuresis sistierte.

Nardello et al. (2021) berichten über die Rückbildung einer Enuresis unter Aripiprazol bei einem Mädchen mit Intelligenzminderung (IM) und oppositioneller Störung sowie einem Jungen mit IM und Psychose:

Ein initial 5jähriges Mädchen hielt sie in Familie und Schule nicht an Regeln, zeigte kein Gespür für Gefahren, konnte sich kaum auf Aufgaben konzentrieren, zeigte Wutausbrüche, Weinen und fremdaggressives Verhalten. Es kam zu häufigem Aufwachen und primärem nächtlichen Einnässen (5x/Woche). Im Alter von 6 Jahren wurde die Störung des Sozialverhaltens mit Risperidon 1 mg/d behandelt. Nach drei Monaten bemerkten die Eltern immer noch keine deutliche Verbesserung, jedoch als UAW Hyperphagie mit Gewichtszunahme (8 kg), Hyperprolaktinämie (43 ng/ml) und zunehmende Häufigkeit des Einnässens (7x/Woche). Im Alter von 7 Jahren wurde auf Aripiprazol gewechselt mit initial 2,5 mg/d und Steigerung innerhalb von 2 Wochen auf 5 mg/d. Nach vier Wochen zeigten sich Verbesserungen im Verhalten, Rückgang der Hyperprolaktinämie und kein Einnässen mehr.

Ein 7jähriger Junge mit generalisierter Epilepsie als Folge eines perinatalen hypoxisch-ischämischen Ereignisses, Intelligenzminderung und früh beginnender Psychose wurde mit Risperidon 1,5 mg/d, Oxcarbazepin 750 mg/d und Biperidenhydrochlorid 100 mg/d behandelt. Mit 9 Jahren trat nächtliches Einnässen auf, 4x/Woche. Da die Therapie auf die übrige Symptomatik mit 11 Jahren nicht mehr ansprach, wurde von Risperidon auf Aripiprazol gewechselt (Titration von 2,5 auf 15 mg/d). Nach einem Monat gingen auto- und fremdaggressives Verhalten zurück, das Bettnässen verschwand.

Fazit für die Praxis:

Wenn eine psychische Störung als Hauptdiagnose oder Komorbidität vorliegt, kann die Auswahl des Psychopharmakons positiven Einfluss auf die Enuresis nehmen.

Literatur

- Alloussi SH, Mürtz G, Gitzhofer S, Eichel R, Lang C, Madersbacher H, Strugala G, Alloussi S (2009) Failure of monotherapy in primary mono-symptomatic enuresis: a combined desmopressin and propiverine treatment regimen improves efficacy outcomes. *BJU Int* 103(12):1706-12. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.08285.x
- Al-Waili NS, Al-Waili H, Saloom KY, Al-Waili T, Al-Waili A, Akmal M, Al-Waili F (2006) Effect of carbamazepine on urinary volume and osmolality, water clearance, and serum osmolality in patients with primary enuresis. *Eur Urol* 50(4):844-849. doi: 10.1016/j.eururo.2006.02.040
- AWMF (2015) S2k-Leitlinie: Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0261_S2k_Enuresis_nicht-organische_Harninkontinenz_Kiner_Jugendliche_2015-12-abgelaufen.pdf
- Azarfar A, Esmaeili M, Naseri M, Ghane FI, Ravanshad Y, Vejdani M, Ghanei N, Babaei-Heydarabadi A, Saffari SE (2015) Comparison of combined treatment with desmopressin plus oxybutynin and desmopressin plus tolterodine in treatment of children with primary nocturnal enuresis. *Journal of Renal Injury Prevention* 4(3):80-86. doi: 10.12861/jrip.2015.16
- Berkenwald A, Pires J, Ellsworth P (2016) Evaluating use of higher dose oxybutynin in combination with desmopressin for refractory nocturnal enuresis. *J Pediatr Urol* 12(4):220.e1-6. doi: 10.1016/j.jpuro.2016.05.029
- Budur K, Mathews M, Adetunji B, Mathews M, Mahmud J. (2005) Non-stimulant treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry (Edgmont)* 2(7):44-48
- Butler RJ, Holland P, Robinson J (2001) Examination of the structured withdrawal program to prevent relapse of nocturnal enuresis. *J Urol* 166(6):2463-6. PMID: 11696813
- Caldwell PH (2018) Tips for managing treatment-resistant enuresis. *J Paediatr Child Health* 54(10):1060-1064. doi: 10.1111/jpc.14158
- Caldwell PH, Sureshkumar P, Wong WC (2016) Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 20;(1):CD002117. doi: 10.1002/14651858.CD002117.pub2
- Chua ME, Silangcruz JM, Chang SJ, Williams K, Saunders M, Lopes RI, Farhat WA, Yang SS (2016) Desmopressin Withdrawal Strategy for Pediatric Enuresis: A Meta-analysis. *Pediatrics* 138(1):e20160495. doi: 10.1542/peds.2016-0495
- Correll CU, Cortese S, Croatto G, Monaco F, Krinitski D, Arrondo G, Os-tinelli EG, Zangani C, Fornaro M, Estradé A, Fusar-Poli P, Carvalho AF, Solmi M (2021) Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. *World Psychiatry* 20(2):244-275. doi:10.1002/wps.20881
- Cosci F, Chouinard G (2020) Acute and Persistent Withdrawal Syndromes Following Discontinuation of Psychotropic Medications. *Psychother Psychosom* 89(5):283-306. doi: 10.1159/000506868

- Davaro F, Kaba A, Osei H, Joshi P, Hamilton Z, Phillips T (2021) Treatment of obstructive sleep apnea does not treat primary nocturnal enuresis. *J Pediatr Urol* 17(2):182.e1-182.e6. doi: 10.1016/j.jpuro.2020.12.022
- de Guchtenaere A, Vande Walle C, Van Sintjan P, Donckerwolcke R, Raes A, Dehoorne J, Van Laecke E, Hoebeke P, Vande Walle J (2007) Desmopressin resistant nocturnal polyuria may benefit from furosemide therapy administered in the morning. *J Urol* 178(6):2635-9; discussion 2639. doi: 10.1016/j.juro.2007.08.026
- de Sena Oliveira AC, Athanasio BDS, Mrad FCC, Vasconcelos MMA, Albuquerque MR, Miranda DM, Simões E Silva AC (2021) Attention deficit and hyperactivity disorder and nocturnal enuresis co-occurrence in the pediatric population: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Nephrol* 36(11):3547-3559. doi: 10.1007/s00467-021-05083-y
- Deshpande AV, Caldwell PH, Sureshkumar P (2012) Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics). *Cochrane Database Syst Rev* 12(12):CD002238. doi: 10.1002/14651858.CD002238.pub2
- Dossche L, Michelet R, De Bruyne P, Van Herzele C, Gasthuys E, Rittig S, Vermeulen A, Vande Walle J (2021) Desmopressin oral lyophilisate in young children: new insights in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Arch Dis Child* 106(6):597-602. doi: 10.1136/archdischild-2019-318225
- Eliezer DD, Samnakay N, Starkey MR, Deshpande AV (2021) Effectiveness of standard urotherapy (basic bladder advice) and combination therapies in managing bladder dysfunction in children with treated behavioral disorders: Results of a prospective cohort (DABBED) study. *Low Urin Tract Symptoms* 13(4):490-497. doi: 10.1111/luts.12400
- Ferrara P, Romano V, Cortina I, Ianniello F, Fabrizio GC, Chiaretti A (2014) Oral desmopressin lyophilisate (MELT) for monosymptomatic enuresis: structured versus abrupt withdrawal. *J Pediatr Urol* 10(1):52-55. doi: 10.1016/j.jpuro.2013.05.021
- Ferrara P, Sbordone A, Cutrona C, Ianniello F, Guadagno C, Perrone G, Chiaretti A, Verrotti A, Lazzaro VD (2016) Melatonin's Effect on the Efficacy of Desmopressin in the Treatment of Enuresis. *Int Neurourol J* 20(3):203-208. doi: 10.5213/inj.1632518.259
- Ferrara P, Ianniello F, Vescovo E. D, Sodero G, Gatto A, Ruggiero A (2018) Oral Desmopressin Lyophilisate Formulation (MELT): Efficacy and Safety in Children and Adults. *Biomed Pharmacol J* 11(1)
- Gasthuys E, Dossche L, Michelet R, Nørgaard JP, Devreese M, Croubels S, Vermeulen A, Van Bocxlaer J, Walle JV (2020) Pediatric Pharmacology of Desmopressin in Children with Enuresis: A Comprehensive Review. *Paediatr Drugs* 22(4):369-383. doi: 10.1007/s40272-020-00401-7
- Ghanavati PM, Khazaeli D, Amjadzadeh M (2021) A comparison of the efficacy and tolerability of treating primary nocturnal enuresis with Solifenacin Plus Desmopressin, Tolterodine Plus Desmopressin, and Desmopressin alone: a randomized controlled clinical trial. *Int Braz J Urol* 47(1):73-81. doi:10.1590/S1677-5538
- Gökçe Mİ, Hacıyev P, Süer E, Kibar Y, Silay MS, Gürocak S, Doğan HS, Irkulata HC, Oktar T, Önal B, Erdem E, Aygün YC, Balcı C, Arslan AR, Kaya C, Soygür T, Sarıkaya S, Tekgül S, Burgu B (2014) Does structured withdrawal of desmopressin improve relapse rates in patients with monosymptomatic enuresis? *J Urol* 192(2):530-4. doi: 10.1016/j.juro.2014.01.094

- Gözüküçük A, Kılıç M, Çakıroğlu B (2021) Desmopressin versus desmo-pressin + oxybutynin in the treatment of children with nocturnal enuresis. *J Pediatr Urol* 17(4):451.e1-451.e6. doi: 10.1016/j.jpuro.2021.04.001
- Hascicek AM, Kilinc MF, Yildiz Y, Yuceturk CN, Doluoglu OG (2019) A new checklist method enhances treatment compliance and response of behavioural therapy for primary monosymptomatic nocturnal enuresis: a prospective randomised controlled trial. *World J Urol* 37 (6):1181–1187. doi:10.1007/s00345-018-2478-161
- Henssler J, Heinz A, Brandt L, Bschor T (2019) Absetz- und Rebound-Phänomene bei Antidepressiva. *Dtsch Arztebl Int* 116: 355-61; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0355
- Hussong J, Mattheus H, Wachs S, Equit M, von Gontard A (2021) Evaluation of a bladder and bowel training program for therapy-resistant children with incontinence. *Journal of Pediatric Urology* 17(3), 302.e1-302.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.01.042>
- Im YJ, Lee JK, Park K (2018) Time Course of Treatment for Primary Enuresis With Overactive Bladder. *Int Neurourol J* 22(2):107-113. doi:10.5213/inj.1836020.010
- Issi Y, Biçakci U (2021) Does desmopressin withdrawal strategy affect relapse rates in monosymptomatic enuresis treatment? *Eur J Pediatr* 180(5):1453-1457. doi: 10.1007/s00431-020-03918-8
- Jabbour M, Abou Zahr R, Boustany M (2019) Primary Nocturnal Enuresis: A Novel Therapeutic Strategy With Higher Efficacy. *Urology* 124:241-247. doi: 10.1016/j.urology.2018.09.013
- Juul KV, Van Herzele C, De Bruyne P, Goble SM, Walle JV, Nørgaard JP (2013). Desmopressin melt improves response and compliance compared with tablet in treatment of primary monosymptomatic nocturnal enuresis. *European Journal of Pediatrics*, 172, 1235 - 1242. doi:10.1007/s00431-013-1992-9
- Kamperis K, Hagstroem S, Faerch M, Mahler B, Rittig S, Djurhuus JC (2017a) Combination treatment of nocturnal enuresis with desmopressin and indomethacin. *Pediatr Nephrol* 32(4):627-633. doi: 10.1007/s00467-016-3536-9
- Kamperis K, Van Herzele C, Rittig S, Vande Walle J (2017b) Optimizing response to desmopressin in patients with monosymptomatic nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol* 32(2):217-226. doi: 10.1007/s00467-016-3376-7
- Kano K, Arisaka O (2006) Efficacy and safety of nasal desmopressin in the long-term treatment of primary nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol* 21, 1211. <https://doi.org/10.1007/s00467-006-0137-z>
- Kantrowitz JT, Srihari VH, Tek C (2006) Three cases of risperidone-induced enuresis. *Schizophr Res* 84:174–175
- Karakurt MN, Süren S (2015) Desmopressin use in the treatment of aripiprazole-induced nocturnal enuresis in a child diagnosed with autistic disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 25(6):518–519. doi: 10.1089/cap.2015.0003
- Kazi A, Moorani KN, Zehra S, Zaidi IH (2020) Comparative response of Desmopressin versus Combination Therapy (Desmopressin + Oxybutynin) in Children with Nocturnal Enuresis. *Pak J Med Sci* 36(6):1263-1269. doi: 10.12669/pjms.36.6.1957
- Kennea NL, Evans JHC (2000) Drug Treatment of Nocturnal Enuresis. *Paediatr Perinat Drug Therapy* 4 (1): 12-18

- Kılınç S, Hergüner A, Hergüner S* (2016) Cessation of nocturnal enuresis with Aripiprazole. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 27(2):213–214
- Kosilov K, Kuzina I, Gainullina Y, Kuznetsov V, Kosilova L, Karashchuk E, Prokofyeva A, Loparev S* (2017) Combination of Alarm-intervention and Reboxetine in Therapy-Resistant Enuresis. *J Nepal Paediatr Soc* 37(3):213-219. doi: <http://dx.doi.org/10.3126/jnps.v37i3.18120>
- Lee MJ, Kim CE* (2010) Use of aripiprazole in clozapine induced enuresis: report of two cases. *J Korean Med Sc* 25(2):333–335
- Lee T, Suh H, Lee HJ, Lee JE* (2005) Comparison of effect of treatment of primary nocturnal enuresis with oxybutynin plus desmopressin or desmopressin alone or imipramine alone: Are randomized controlled clinical trial. *J Urol* 174(3):1084-1087
- Martín-Crespo R, Luque R* (2003) En qué pacientes está indicada la terapia combinada oxibutinina-desmopresina? *Cir Pediatr* 16(4):181-185 PMID: 14677356.
- Matsumoto T* (2021) Suvorexant improves intractable nocturnal enuresis by altering sleep architecture. *BMJ Case Rep* 14(3):e239621. doi: 10.1136/bcr-2020-23962123
- Medhi B, Mittal N, Bansal D, Prakash A, Sarangi SC, Nirthi B* (2013) Comparison of tolterodine with standard treatment in pediatric patients with non-neurogenic dysfunctional voiding/over active bladder: a systematic review. *Indian J Physiol Pharmacol* 57(4):343-353. PMID: 24968572
- Michelet R, Dossche L, De Bruyne P, Colin P, Boussery K, Vande Walle J, Van Bocxlaer J, Vermeulen A* (2016) Effects of Food and Pharmaceutical Formulation on Desmopressin Pharmacokinetics in Children. *Clin Pharmacokinet* 55(9):1159-1170. doi: 10.1007/s40262-016-0393-4
- Michelet R, Dossche L, Van Herzele C, De Bruyne P, Gasthuys E, Van Bocxlaer J, Vande Walle J, Vermeulen A* (2020) An Integrated Paediatric Population PK/PD Analysis of dDAVP: How do PK Differences Translate to Clinical Outcomes? *Clin Pharmacokinet* 59(1):81-96. doi: 10.1007/s40262-019-00798-6
- Naitoh Y, Kawauchi A, Yamao Y, Seki H, Soh J, Yoneda K, Mizutani Y, Miki T* (2005) Combination therapy with alarm and drugs for monosymptomatic nocturnal enuresis not superior to alarm monotherapy. *Urology* 66(3):632-635. doi: 10.1016/j.urology.2005.03.022
- Nardello R, Guccione F, Gliubizzi C, Marino A, Capizzi M, Mangano S* (2021) Resolution of enuresis with aripiprazole in children with psychiatric disorders: two case reports. *J Med Case Rep* 15(1):209. doi: 10.1186/s13256-021-02691-y
- Nevés T* (2019) The amount of urine voided in bed by children with enuresis *J Pediatr Urol* 15(1):31.e1-31.e5. doi: 10.1016/j.jpuro.2018.08.006
- Nevés T, Johansson E, Nydahl-Persson K, Peterson H, Hansson S* (2005) Diuretic treatment of nocturnal enuresis. *Scand J Urol Nephrol* 39(6):474-478. doi: 10.1080/00365590500202469
- Ohtomo Y* (2017a) Atomoxetine ameliorates nocturnal enuresis with sub-clinical attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Int* 59(2):181-184. doi: 10.1111/ped.13111
- Ohtomo Y* (2017b) Clonidine may have a beneficial effect on refractory nocturnal enuresis. *Pediatr Int* 59(6):711-713. doi: 10.1111/ped.13269

- Palaniappan P* (2015) Aripiprazole as a treatment option for clozapine-induced enuresis. *Indian J Pharmacol* 47:574–575
- Park SJ, Park JM, Pai KS, Ha TS, Lee SD, Minki Baek & The Korean Children's Continenence and Enuresis Society* (2014) *Pediatric Nephrology* 29, 1195–1200. <https://doi.org/10.1007/s00467-014-2751-5>
- Radojicic Z, Milivojevic S, Koricanac I, Lazovic JM, Laketic D, Radojicic O, Milic N* (2021) Low compliance contribute to insufficient Desmopressin response of primary monosymptomatic nocturnal enuresis and the role of voiding school. *BMC Pediatr* 21, 244. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02714-z>
- Radvanska E, Kovács L, Rittig S* (2006) The Role of Bladder Capacity in Antidiuretic and Anticholinergic Treatment for Nocturnal Enuresis. *The Journal of urology*, 176(2), 764–769. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(06\)00595-7](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(06)00595-7)
- Ravanshad Y, Azarfar A, Ghalegolab-Behbahani A, Mortazavi F, Ahmadzadeh S, Ghorat F, Foji S, Iziy E, Vejdani M* (2017) Comparing the efficacy of desmopressin and oxybutynin combination therapy and desmopressin monotherapy in children with primary nocturnal enuresis; A randomized clinical trial. *J Renal Inj Prev* 6(4):259–263. doi: 10.15171/jrip.2017.49
- Reddy NM, Malve H, Nerli R, Venkatesh P, Agarwal I, Rege V* (2017) Nocturnal enuresis in India: are we diagnosing and managing correctly? *Indian J Nephrol* 27:417–426. doi:10.4103/ijn.IJN_288_16
- Rushton HG, Belman AB, Zaontz MR, Skoog SJ, Sihelnik S* (1996) The influence of small functional bladder capacity and other predictors on the response to desmopressin in the management of monosymptomatic nocturnal enuresis. *J Urol* 156(2):651–655. doi: 10.1097/00005392-199608001-00022
- Shim M, Bang WJ, Oh CY, Kang MJ, Cho JS* (2021) Effect of desmopressin lyophilisate (MELT) plus anticholinergics combination on functional bladder capacity and therapeutic outcome as the first-line treatment for primary monosymptomatic nocturnal enuresis: A randomized clinical trial. *Investig Clin Urol* 62(3):331–339. doi:10.4111/icu.20200303
- Song P, Huang C, Wang Y, Wang Q, Zhu W, Yue Y, Wang W, Feng J, He X, Cui L, Wan T, Wen J* (2019) Comparison of desmopressin, alarm, desmopressin plus alarm, and desmopressin plus anticholinergic agents in the management of paediatric monosymptomatic nocturnal enuresis: a network meta-analysis. *BJU Int* 123(3):388–400. doi: 10.1111/bju.14539
- Spitzcok von Brisinski I* (2022) Medikamentöse Therapie der Enuresis nocturna. Teil 1: Diagnostik und Vorbereitung. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 32(1),
- Spitzcok von Brisinski I, Lüttger F* (2007) Familientherapie bei Enkopresis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56, 549–564
- Sumner CR, Schuh KJ, Sutton VK, Lipetz R, Kelsey DK* (2006) Placebo-controlled study of the effects of atomoxetine on bladder control in children with nocturnal enuresis. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 16(6):699–711. doi: 10.1089/cap.2006.16.699

- Tai TT, Tai BT, Chang Y, Huang K (2015) Parents have different perceptions of bed-wetting than children from six to 15 years of age. *Acta Paediatr* 104(10):e466–e472. doi:10.1111/apa.13101
- Tai TT, Tai BT, Chang YJ, Huang KH (2019) Experience Of Medical Treatment With Desmopressin And Imipramine In Children With Severe Primary Nocturnal Enuresis In Taiwan. *Res Rep Urol* 11:283-289. doi: 10.2147/RRU.S221443
- Tai TT, Tai BT, Chang YJ, Huang KH (2021) The Importance of Understanding Parental Perception When Treating Primary Nocturnal Enuresis: A Topic Review and an Institutional Experience. *Res Rep Urol* 13:679-690. doi:10.2147/RRU.S323926
- Uzun N, Akinci MA, Karatoprak S (2021) Methylphenidate-Induced Enuresis: 3 Case Reports. *Clin Neuropharmacol*. 2021 Jan-Feb 01;44(1):37-38. doi: 10.1097/WNF.0000000000000422
- Vande Walle JG, Bogaert GA, Mattsson S, Schurmans T, Hoebeke P, Deboe V, Norgaard JP (2006) Desmopressin Oral Lyophilisate PD/PK Study Group. A new fast-melting oral formulation of desmopressin: a pharmacodynamic study in children with primary nocturnal enuresis. *BJU Int* 97(3):603-609. doi: 10.1111/j.1464-410X.2006.05999.x
- Vande Walle J, Stockner M, Raes A, Nørgaard JP (2007) Desmopressin 30 years in clinical use: a safety review. *Curr Drug Saf* 2:232–238
- Vande Walle J, Van Herzelee C, Raes A (2010) Is there still a role for desmopressin in children with primary monosymptomatic nocturnal enuresis?: a focus on safety issues. *Drug Saf* 33(4):261-271. doi: 10.2165/11319110-000000000-00000
- Van Herzelee C, Evans J, Eggert P, Lottmann H, Norgaard JP, Vande Walle J (2015) Predictive parameters of response to desmopressin in primary nocturnal enuresis. *J Pediatr Urol* 11(4):200.e1-8. doi: 10.1016/j.jpuro.2015.03.007
- Van Herzelee C, Vande Walle J (2016) Incontinence and psychological problems in children: a common central nervous pathway? *Pediatr Nephrol* 31(5):689-692. doi: 10.1007/s00467-016-3336-2
- von Gontard A, Equit M (2015) Comorbidity of ADHD and incontinence in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24(2):127-140
- von Gontard A, Niemczyk J, Thomé-Granz S, Nowack J, Moritz AM, Equit M (2015) Incontinence and parent-reported oppositional defiant disorder symptoms in young children – a population-based study. *Pediatric nephrology (Berlin, Germany)*. 30. 10.1007/s00467-014-3040-z
- von Gontard A, Kuwertz-Bröking E (2019) The diagnosis and treatment of enuresis and functional daytime urinary incontinence. *Dtsch Arztebl Int* 116: 279–85. doi: 10.3238/arztebl.2019.0279

von Gontard A, Hussong J, Yang SS, Chase J, Franco I, Wright A (2021) Neurodevelopmental disorders and incontinence in children and adolescents: Attentiondeficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, and intellectual disability – A consensus document of the International Children’s Continence Society. *Neurourol Urodyn* 1- 13. <https://doi.org/10.1002/nau.24798>

Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, Evans SW, Flinn SK, Froehlich T, Frost J, Holbrook JR, Lehmann CU, Lessin HR, Okechukwu K, Pierce KL, Winner JD, Zurhellen W, Subcommittee on Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder (2019) Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* Oct 2019, 144 (4) e20192528; DOI: 10.1542/peds.2019-2528

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und
Jugendalter, LVR-Klinik Viersen, Horionstr. 14, D-41749 Viersen

Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de

<https://klinik-viersen.lvr.de>

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Therapie auf Augenhöhe Psychodramatische Telearbeit mit Familien in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis

Gabriele Rauch-Zürn

Zusammenfassung

Alfons Aichinger entwickelte, aus dem Psychodrama mit Erwachsenen kommend, das Kinderpsychodrama und die Telearbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Durch die Externalisierung von Problem- und Ressourcenanteilen gelingt ein distanzierter und doch einfühlsamer Blick auf Verhaltensstrategien, die zum Schutz von Grundbedürfnissen im Kind entstanden sind bzw. sich entwickeln mussten. Eltern werden in ihrem Wunsch und Bemühen, gute Eltern zu sein, wahrgenommen und unterstützt, dies weiter zu entwickeln. Diese kindgerechte Methode ist eine Bereicherung für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis, selbst wenn Zeiten begrenzt sind und das Setting einen 14tägigen Rhythmus vorgibt.

Schlüsselwörter: Kinderpsychodrama, Persönlichkeitsanteile, Grundbedürfnisse, Telearbeit, Externalisierung, Tierfiguren, Rollenspiel

Therapy on eye level. Psychodramatic parts therapy with families in the child and adolescent psychiatric practice

Summary

Alfons Aichinger, coming from the professional background of adult psychodrama, developed a special method of psychodrama with children, adolescents and families. Symbolizing personality traits and states in the form of animal figures offers a distanced yet empathetic perspective on behavioral strategies for protecting basic needs in the patient. Parents are recognized in their desire and effort to be good parents, and they are supported in advancing their efforts. This child-centered method is an enrichment for child and ad-

olescent psychiatric practice, even when treatment times are limited and the setting dictates a 14-day rhythm.

Key words: Child psychodrama, personality parts, basic needs, parts therapy, externalization, animal figures, role play

Einleitung

oder:

Tierfiguren als Medium des symbolischen Ausdrucks und der Externalisierung

In meiner nun fast 23jährigen therapeutischen Tätigkeit konnte ich besonders in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erfahren, wie wertvoll es ist, eine Methode zur Verfügung zu haben, die geeignet ist, beide Altersgruppen anzusprechen und zur aktiven Mitarbeit zu motivieren - die psychodramatische Telearbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien.

Die Telearbeit lernte ich im Rahmen von Weiterbildungsseminaren, in einer Kinderpsychodrama-Weiterbildung sowie vertiefend in Supervisionen kennen und wertschätzen.

Alfons Aichinger, psychologischer Psychotherapeut, Weiterbildungsleiter und Supervisor am Moreno Institut Stuttgart und Szeneninstitut Köln, und ehemals langjähriger Leiter der psychologischen Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche in Ulm, entwickelte diese kindgerechte Methode (Kinderpsychodrama) aus dem Psychodrama mit Erwachsenen heraus (Aichinger, 2012, 2020; Aichinger, Holl, 2010).

Durch den Einsatz von Tierfiguren (Aichinger verwendet Holzfiguren) werden Kinder, aber auch Erwachsene in besonderer Weise angesprochen und berührt. Problemverhalten und Störungen werden symbolisch mittels der Tierfiguren externalisiert (White & Epston, 1990) und können im Dialog mit der Therapeutin versprachlicht werden. Den Kindern, Jugendlichen und Eltern ist es dadurch eher möglich, auch über schwierige Situationen und Verhaltensweisen zu sprechen.

Das Verhalten des Kindes kann so eine andere Bedeutung erlangen und von Bezugspersonen und Therapeuten nicht nur z.B. als das oppositionelle Verhalten gesehen, sondern im Sinne einer Bewältigungsstrategie verstanden werden, die es dem Kind ermöglicht, mit ungünstigen Bedingungen des Beziehungsumfeldes zurecht zu kommen.

Jugendliche, die es nicht gewohnt sind, Gefühlen, Wünschen und Sorgen verbalen Ausdruck zu verleihen, können mittels der Figuren einen Zugang finden, der spielerisch anmutet und doch ernsthaft erlebt wird. Die Arbeit mit Tierfiguren erleichtert es den Jugendlichen, von Stunde zu Stunde genauer eigene Persönlichkeitsanteile (Haltungen, Verhaltensweisen, Emotionen...) kennenzulernen und zu erkunden, um neue Entwicklungsmöglichkeiten für sich zu entdecken.

Bei Kindern und Jugendlichen, die zunächst oft nicht freiwillig in die Therapie kommen, kann es mittels dieses Materials ebenfalls gelingen, sie für die Mitarbeit in der Therapie zu gewinnen (Aichinger, 2012, 2020).

Der Ansatz der Teilarbeit mit Tierfiguren ermöglicht es zudem, *Eltern* in ihrem Bemühen, gute Eltern zu sein, wertschätzend zu begegnen und mit ihnen gemeinsam förderliche Ziele im Sinne der positiven Weiterentwicklung für sich selbst und für das Kind zu finden.

Je mehr ich die Tierfiguren im Sinne der psychodramatischen Teilarbeit in meiner täglichen therapeutischen Tätigkeit einsetze, umso mehr erlebe ich die hohe Wirksamkeit dieser Methode in den Familien. Sie lassen mich staunen, wie wissend sie alle sind, wenn es darum geht, welche Bedürfnisse noch zu stillen sind, sowohl bei den Kindern, als auch bei den Jugendlichen und in den Familien.

Im nächsten Abschnitt möchte ich nun auf die Methode der Teilarbeit mit Tierfiguren näher eingehen und versuchen, sie in den wesentlichen Merkmalen zu umreißen.

Zur Theorie und Methode der psychodramatischen Teilarbeit mit Tierfiguren

Die aktuelle Vorstellung und Grundannahme über die menschliche Psyche, dass sie aus verschiedenen „Anteilen“ (Schmidt 2004) bestehe und kein einheitliches Selbst darstellt (Aichinger, 2012,) bildete einen der Leitfäden, an dem sich Aichinger in der Entwicklung dieser Methode orientierte. An einem inneren *System von Persönlichkeitsanteilen*, mit dem z.B. die Ego State Therapy (Watkins 2003) oder die Schematherapie (Young 2005) arbeitet.

Diese Persönlichkeitsanteile stehen in unterschiedlichem Kontakt miteinander, kooperieren, interagieren, sind zugänglich oder dissoziiert. Sie können sich auch in den Vordergrund drängen und dominierend wirken, mit mehr oder weniger hohen Nebenwirkungen für die Gesamtpersönlichkeit. Ein the-

rapeutisches Ziel ist somit die Integration der Anteile, um eine bessere Kooperation derselben zu ermöglichen.

Für Aichinger bietet zudem *die Konsistenz-Theorie* von Grawe (Grawe, 2004) ein Erklärungsmodell für die Entstehung und Fortdauer psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Werden nämlich Grundbedürfnisse, wie sie Grawe postuliert, nach gelingender Bindung, nach Orientierung und Kontrolle (nach Selbstwirksamkeit), nach Selbstwerterhöhung und nach Unlust-Vermeidung/ Lustgewinn beim Kind über eine gewisse Zeit hin verletzt, kann es zu Störungen bzw. Ausprägungen unterschiedlichster Symptome (Angststörungen, oppositionelles und aggressives Verhalten, selbstverletzendes Verhalten etc.) kommen. Ressourcenorientiert betrachtet und in ihrer Sinnhaftigkeit eingeordnet, sind die Symptome als aufsuchende oder vermeidende Strategien zu sehen, die der Befriedigung oder dem Schutz eines oder mehrerer Grundbedürfnisse dienen sollen (Grawe, 2004).

Die Verfügbarkeit und Qualität hinreichend guter Bindungs- bzw. Beziehungserfahrungen spielen eine entscheidende Rolle in der Befriedigung der Grundbedürfnisse des Kindes. Erhält ein Kind in seinem Bedürfnis nach gelingender Bindung nicht die nötige Zuwendung (Schutz, Sicherheit, aber auch Ermunterung und Begleitung hinsichtlich seines Explorationsverhaltens), entwickelt das Kind möglicherweise eine Sicht auf sich und die Welt, die es vermuten lässt, dass es ihm nicht gelingt, Beziehung herzustellen, und dass Bindungspersonen eher nicht verlässlich sind.

Um sich vor Enttäuschungen zu schützen, entwickelt es bei wiederholter Verletzung des Bedürfnisses, welche durch ein problematisches Bindungsverhalten der Bindungsperson hervorgerufen wird, die Strategie, sich zurückzuziehen, Beziehung beständig einzufordern oder schon herausfordernd im Kontakt mit Eltern und Gleichaltrigen zu agieren.

Teilearbeit bedeutet nun in ihrer Umsetzung, innere Anteile (Persönlichkeitsanteile) für das Kind und die Familie auf der Symbolebene sichtbar zu machen.

So kann das Kind erleben, dass es selbst nicht z.B. die Aggression ist, sondern diese nur eine Seite von ihm darstellt. Oder Eltern erkennen, dass eine solche Seite in anderen Kontexten als dem Elternhaus auch hilfreich sein kann (sich gegen Aggressionen anderer Kinder zur Wehr setzen zu können) und dass auch sie selbst Seiten entwickeln müssen, um mit dieser vormals von ihnen wenig geschätzten Seite des Kindes angemessen umgehen zu können, um Entwicklungen zu unterstützen.

Eltern erfahren durch diese Arbeit mit den Tierfiguren, dass im Problemverhalten auch Qualitäten stecken und dass die Anteile nicht weggemacht werden können, sondern vielmehr als Strategien zu sehen sind, um Grundbedürfnisse (Grawe, 2004) zu schützen bzw. deren Befriedigung anzustreben.

Selbst zu den eigenen Anteilen der Eltern, gelebten oder verschütteten, und deren Entwicklungsgeschichte kann über die Telearbeit mit Tierfiguren ein Zugang gefunden werden.

Mittels Tierfiguren wird nun im ersten Schritt ein sogenanntes *Problemverhalten* (z.B. aggressives Verhalten) *externalisiert* und auf die Symbolebene gebracht, die das Kind, den Jugendlichen und die Eltern davor schützt, beschämt zu sein.

Hierbei wird das Kind gebeten, für die Seite, die es z.B. gegenüber den Eltern zeigt, wenn es aufgefordert wird, den Fernseher auszuschalten, ein Tier zu wählen: „Du darfst nun ein Tier auswählen für die Seite von dir, wenn du so wütend bist und schreist, wenn die Mama sagt, du sollst den Fernseher ausschalten. Was wäre das für ein Tier?“.

Durch eine positive, möglichst ausführliche *Beschreibung* aller gewählten Anteile-Tiere sowohl für das *Problemverhalten*, den *Ressourcenanteil* (im Falle eines ängstlichen Kindes: hier traue ich mir schon etwas zu) und für das *Selbst* (im Sinne: für mich insgesamt), erhalten diese Anteile eine deutliche Wertschätzung.

Alle Anteile-Tiere werden hinsichtlich ihrer Stärken („Was kann das Tier?“) und auch dessen, was das Kind an dem Tier schätzt, eingehend befragt („Was magst du an dem Tier?“).

Nach der Aufstellung zeigt das Kind, wie die Anteile zueinander in Beziehung stehen (inneres System) und wie die für die Eltern (äußeres System) gewählten Tierfiguren seine Anteile bewerten.

So wird das Kind danach befragt, ob die Tiere, die es für sich gewählt hat, schon Freunde sind (Ziel der Therapie), ob sie sich kennen oder ob sie sich noch nie begegnet sind, was verdeutlichen kann, dass ein oder mehrere Anteile von dem Kind selbst abgelehnt oder angenommen sind. Nach der Wahl der Elterntiere durch das Kind wird es befragt, was diese Eltern-Tiere wohl denken, wenn sie die Tiere des Kindes sehen, ob sie darüber erschrecken oder sie gut finden etc.

Darüber wird deutlich (wenn das Kind oder/ und die Eltern ein oder mehrere Anteile-Tiere des Kindes ablehnen), dass es um Integration der Anteile geht

und Entwicklung angemessener Strategien sowohl auf Kinder- als auch auf Elternseite und nicht um Eliminierung des abgelehnten Anteils beim Kind.

Die Arbeit mit den Anteile-Tierfiguren (Auswahl, Bezugnahme zueinander, Bewertung, Beschreibung des Zieles der Therapie) kann im Verlauf der Therapie in ein *Spiel* mit den Tierfiguren führen. Anschließend ist es sinnvoll, wenn sich ein *Rollenspiel*, in dem die Familie selbst Tierrollen einnimmt oder auch ein von Tierrollen unabhängiges Rollenspiel anschließt.

So können am Ende des therapeutischen Prozesses, der auch begleitende Elterngespräche bzw. Familiensitzungen einschließt, gerade auf der körperlichen Ebene sowohl beim Kind als auch auf Elternebene tiefere, sinnliche Erfahrungen gemacht werden.

Sowohl im Spiel mit den Tierfiguren als auch im Rollenspiel werden die gleichen *Therapieziele* verfolgt, und zwar z.B. Eltern zu helfen, ihre Elternrolle auszufüllen, Halt und Orientierung zu geben und eine wohlwollende, wertschätzende, einfühlsame, jedoch auch Grenzen setzende Haltung zu entwickeln. Für das Kind bietet es die Möglichkeit, positive Erfahrungen zu machen hinsichtlich der Befriedigung seiner Grundbedürfnisse. Und zudem zu erfahren, dass der bisher abgelehnte Problemanteil (z.B. Ängste in bestimmten Situationen zu haben) versöhnlich angenommen werden und eine Ressourcenseite sich weiter entwickeln darf (mutiger zu sein, sich etwas zu trauen).

Aichinger spricht von einer Gesundung des Kindes, welche hier ermöglicht oder zumindest angeregt wird. Über das Spiel, „dem Königsweg zum Kind“, welcher auch der Weg des Kindes ist (Aichinger zitiert immer wieder in seinen Veröffentlichungen Moreno, den Gründer des Psychodramas mit dieser Feststellung), kann es somit dem Kind gelingen, mit Verletzungen seiner Bedürfnisse in anderer Weise umgehen und sie zum Ausdruck bringen und so in einer möglichen Rollenumkehr im späteren Spiel z.B. Selbstwirksamkeit (Grawe, 2004) und Freude zu erleben.

Bei *Jugendlichen* beschränkt sich die Arbeit mit Tierfiguren eher auf eine darstellende Art (Auswahl, Bezugnahme zueinander und Bewertung durch das äußere System Familie oder erweitertes Lebensumfeld) und wird nicht in ein Spiel überführt.

Alfons Aichinger und Walter Holl (Aichinger, Holl, 2010) gelang es durch die Entwicklung und Umsetzung der Methode, insbesondere Kindern die Mög-

lichkeit zu geben, sich auf Symbolebene, ihrer Entwicklung entsprechend zu äußern und erste Schritte einer Weiterentwicklung zu gehen.

Aichinger integriert weiterhin fortlaufend neue Erkenntnisse der Wissenschaft und die Erfahrungen aus der Arbeit mit Familien und Kindern, um die Methode zu verfeinern.

Fallvignette – Johannes und die Abenteuer von Maus, Adler und Wellensittich

Ausgangslage: Johannes wurde im Alter von 9 Jahren mit diversen Ängsten in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vorgestellt. Es zeigten sich Ängste vor Übelkeit, vor Bauchschmerzen, die durch Nahrungsmittel hervorgerufen werden und die ihn erbrechen lassen könnten. Allgemein hatte er große Angst davor, irgendwie zu erkranken, wenn er Nahrungsmittel mit den Fingern berührte. Auch ängstigte es ihn, nicht rechtzeitig eine Toilette erreichen zu können, und hatte deshalb Probleme, für eine bestimmte Zeit außer Haus zu sein. Die Anzahl der Toilettengänge am Tag steigerten sich bis auf zwanzig.

Er konnte auch nicht allein zuhause bleiben und nicht alleine im eigenen Bett ein- und durchschlafen.

Folgende *Diagnosen* wurden gestellt: Emotionale Störung mit Trennungsangst im Kindesalter, Enuresis diurna, Somatoforme Schmerzstörung, Somatoforme Funktionsstörung des oberen Verdauungssystems.

Die Ängste wirkten sich extrem belastend auf das gesamte Familienleben aus.

Die Eltern selbst waren sehr vorsichtige Menschen. Der Vater hatte eine Angststörung und befand sich schon seit Jahren selbst in Therapie.

Freundschaften jedoch pflegte der Junge regelmäßig außerhalb des Elternhauses, ging in Sportgruppen und zum Unterricht in die Schule, was ihm teilweise schwerfiel, jedoch gelang. Die Schulleistungen waren gut bis sehr gut, so dass der Übertritt ins Gymnasium empfohlen und auch gewünscht war.

Die Behandlung: Insgesamt fanden 25 Stunden im Abstand von 14 Tagen innerhalb von zwei Jahren statt. Es schlossen sich noch acht Kontrolltermine im Abstand von sechs Wochen an. Die Therapietermine umfassten sowohl Einzelstunden mit dem Kind, Familiensitzung mit den Eltern oder einem Elternteil und Termine, die der Elternberatung vorbehalten waren (incl. Psychoedukation bei Ängsten).

Innerhalb des Therapiezeitraumes variierten die Art der Ängste und deren Ausprägung. Eine zeitweise begleitende Therapie mit Mictonetten (Propiverin) brachte kaum Erfolg und wurde wieder beendet.

Die Therapie konnte beendet werden, nachdem die Ängste soweit reduziert waren, dass ein Schlafen im eigenen Bett möglich war, sich das häufige Toilettengehen nicht mehr zeigte, die Angst vor Übelkeit und Bauchschmerzen seltenst auftrat und von Johannes selbst gut gehandhabt werden konnte. Die Angst vor Ansteckung blieb, war nicht übermächtig und er konnte auch alleine ohne Eltern zuhause bleiben.

Mit Johannes und den Eltern wurde vereinbart, dass sie sich wieder melden sollten, falls es wieder zu verstärkten Angstsituationen komme. Es war somit ein Leben mit einer gewissen Ängstlichkeit und Vorsicht gut möglich geworden, die aber nicht einschränkend oder beeinträchtigend wirkte. Auch war die Zuversicht der Eltern sichtlich erhöht, wieder aufflammenden Ängsten zukünftig gelassener begegnen zu können.

Die Wahl der Tierfiguren

Nach einer ausführlichen Exploration der Ängste mit den Eltern und dem Kind fand in einer weiteren Stunde die Auswahl der Tierfiguren im Beisein der Eltern statt. Das Kind wählte für die Seite von ihm, die ängstlich ist (z.B. Angst davor alleine zu Hause zu bleiben) eine Maus (Problemmseite). Dieses Tier wurde durch Nachfrage meinerseits genau erkundet: Was kann die Maus? Wo lebt sie? ... Und so wurden bei der Maus Eigenschaften und Fähigkeiten durch das Kind benannt, die positiv konnotiert waren.

Dann durfte der Junge ein Tier für die Seite aussuchen, die als Ressourcen-seite zu sehen ist, durch die er sich schon etwas traute (z.B. sich auf dem Spielplatz auf hohe Geräte zu wagen). Der Junge wählte einen Adler. Auch hier wurde genau eruiert.

Dann forderte ich Johannes noch auf ein Tier für sich selbst zu wählen. Er nahm einen Wellensittich. Dieser wurde auch genau betrachtet, beschrieben und das benannt, was er an dem Tier besonders mag. Nachdem die Anteile-Tiere ausgewählt wurden, sprachen wir nicht mehr über „die Angst“ oder das „Mutig sein“, sondern nur noch über die Maus und den Adler. Der Schutz durch die Symbolebene war installiert.

Nun wurde das innere System erkundet und wie die einzelnen Anteile zueinander stehen, welcher Anteil akzeptiert ist und welcher abgelehnt wird. Johannes berichtete, dass sich Adler und Wellensittich schon kennen, die Maus

aber nicht. Es seien noch keine Freunde. Die Maus sei für den Adler eher Beute, somit eher abgelehnt.



Abb. 1: Die Anteile des Kindes

Mit einem Blick in eine mögliche Zukunft wurden die Tiere als Freunde imaginiert und was diese füreinander tun könnten (Integration der Anteile als Ziel der Therapie).

Danach wählte der Junge für die Seite der Mutter und dann für den Vater jeweils ein Tier aus für die Seite des jeweiligen Elternteils mit dem es in guter Beziehung ist (Bindungsseite). Für die „gute“ Mutter wählte er ein Reh, für den „guten“ Vater einen Waschbär.



Abb. 2: Gute Mutter, guter Vater

Beide Tiere wurden wie auch die Anteile-Tiere des Kindes genau eruiert und den Eltern auch zum Anfühlen und Betrachten in die Hand gegeben. An diese Auswahl schloss sich das Erkunden der Sichtweise des Kindes an, wie es denkt, dass die Eltern die Anteile des Kindes sehen, welche Anteile sie annehmen und welche sie ablehnen.

So wurde deutlich aus Sicht des Kindes, dass die Eltern sowohl mit der Maus-Seite, als auch mit der Adler-Seite des Kindes wenig anfangen können, wohl aber mit der Wellensittich-Seite (Selbst)



Abb. 3: Die Eltern nehmen den Selbst-Anteil des Kindes an

Die Elterntiere erhielten nun jeweils noch eine Adler- und eine Maus-Seite an ihre Seite gestellt, so dass deutlich wurde, dass ein Adler Adlereltern benötigt und eine Maus Mauseltern, um sich wohlzufühlen und um sich gut entwickeln zu können.



Abb. 4: Die Adler- und Mauseite der Eltern

Johannes erlebte durch die Hinzunahme der Adler- und Maus-Anteile zu den Elterntieren, dass auch die Eltern zur Therapie etwas beitragen und somit eigene weitere Anteile entwickeln müssen.

Was es bedeutet, Adlereltern oder/ und Mäuseltern zu sein, wurde mit den Eltern in einer separaten Stunde ausführlich besprochen. Es ging hier vornehmlich um die Haltung der Eltern gegenüber dem Kind, aber auch darum, wie es den Eltern möglich sein könnte, mutiges Verhalten zu fördern und Verständnis für das ängstliche Verhalten zu entwickeln.

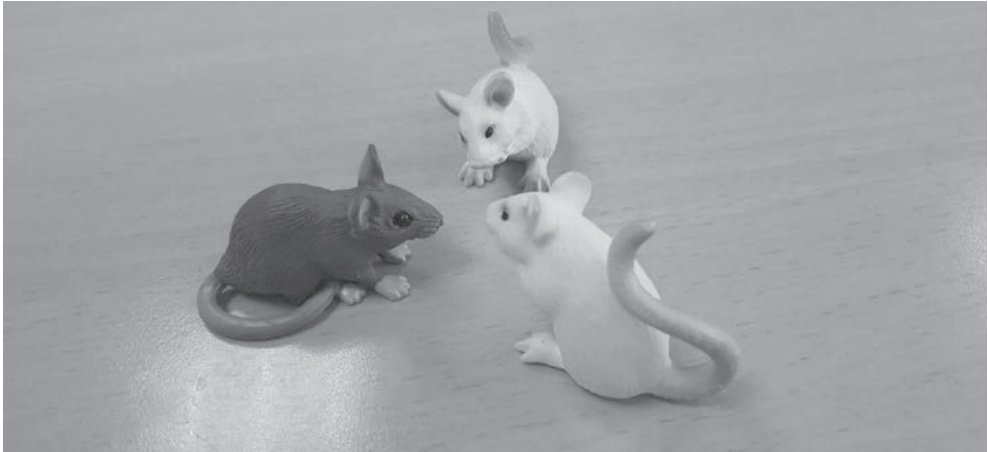


Abb. 5: Die Maus bekommt Mäuseltern

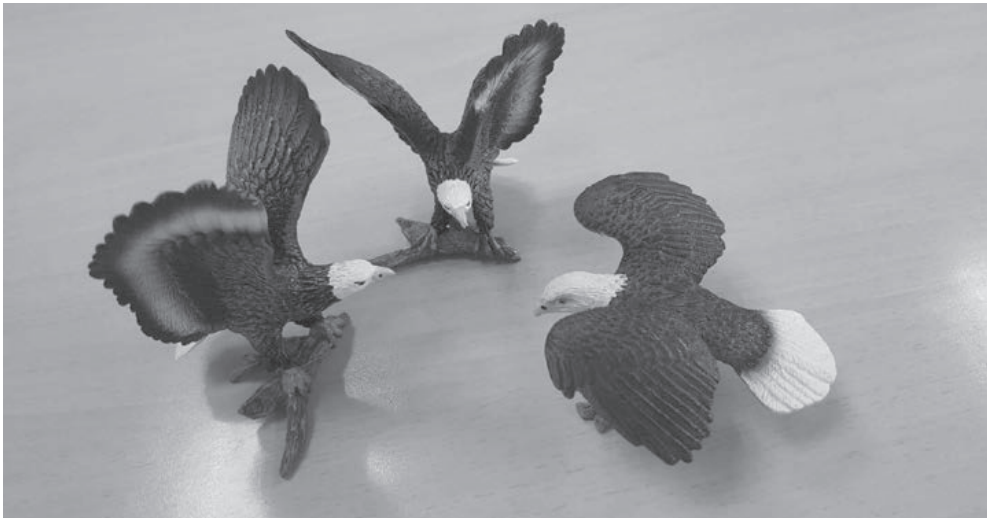


Abb. 6: Ein Adler braucht eine Adlerfamilie

Am Ende dieser Stunde erfragte ich bei den Eltern, ob sie bereit sind, dem Kind zuliebe in den nächsten Stunden mitzuspielen, wenn wir das Spiel mit den Tierfiguren beginnen. Dies wurde bejaht.

Mit Johannes Eltern alleine erkundete ich im Rahmen einer ausführlichen Familienanamnese zudem ihre eigenen ängstlichen Anteile und Anteile, die eingesperrt und unterdrückt wurden und wie es zur Entstehung der eigenen Anteile möglicherweise kam.

So konnte der Vater die Entstehung seiner Ängstlichkeit und Vorsicht im Zusammenhang mit der sehr ängstlichen und häufig erkrankten eigenen Mutter sehen, die das Lebendige, Ungestüme und Waghalsige (die Adleranteil des Vaters im Kindesalter) nicht duldet und vor diesem erschreckte.

Spielsequenzen

An die Stunde, welche die Auswahl der Tierfiguren beinhaltete, schlossen sich drei Stunden an, in denen ich mit der Familie mit den Tierfiguren spielte. Johannes wollte einmal eine Mäusegeschichte spielen (Abb. 7 und 8): Er baut einen Wald mit Hasen, ein Bach mit einer Brücke, ein Feld mit Getreidekörnern, oben befindet sich die Höhle der Mäusefamilie mit Schlafstelle, Nahrung und weichem Laub.



Abb. 7: Szenenaufbau Johannes



Abb. 8: Die Höhle der Mäusefamilie

In den beiden nächsten Stunden entschied er sich für Adlergeschichten. Die Eltern spielten jeweils die Elterntiere des Kind-Tieres und ich unterstützte die Eltern in ihren Rollen durch das Spiel mit einer Tierfigur der gleichen Art: ein alter Nachbar-Adler auf einem Horst in der Nähe; oder eine Mäuse-Nachbarin, die in einem Mäusenest in unmittelbarer Umgebung in Blick- und Rufweite auf einem Baum lebt:



Abb. 9: Die Therapeutin als Nachbarmaus

Damit innerhalb des Spiels Möglichkeiten gegeben waren, in denen die Eltern und Johannes sich in ihren Aktionen selbstwirksam erleben, Bindungserfahrungen machen und Freude miteinander haben konnten, wurde jeweils die Szenerie mit vielfältigen Bereichen (Höhlen, See, Wald, Wiesen, Nahrung für die Tiere, Gefahrenzonen...) mittels kleinen und großen Tüchern, Stühlen, Seilen, bunten Filzstücke, Decken und Holzbausteinen ausgestaltet, jedoch immer an den Vorstellungen und Ideen des Kindes orientiert.

In diesen und allen weiteren Spielen ging es insbesondere darum, die Eltern dahin gehend zu begleiten und zu stützen, sich in das Spiel mit dem Kind hineinzufinden und das Spiel auch ansatzweise lustvoll zu erleben. Durch die unterschiedlichen psychodramatischen Interventionen meinerseits und die Weiterentwicklung von Spielideen seitens des Kindes konnten sie zudem ihr Kind immer mehr als kompetent und wirkmächtig erleben und es darin auch gut finden. Sie trauten sich im Verlauf auch immer mehr selbst zu und gingen mehr aus sich heraus.

An diese Spiele mit den Tierfiguren schlossen sich *Rollenspiele* an, in denen die Familie eine Königsfamilie spielte, zu der ein mutiger Prinz gehörte. In den nächsten Stunden folgten Zirkusspiele und am Ende wurden Piratengeschichten gespielt.

Sowohl die Eltern als auch das Kind erlebten sich in ihren Rollen in zunehmendem Maße selbstwirksam und mit vielen Fähigkeiten ausgestattet. Meine Rollen variierten sehr, dienten jedoch immer mehr der Unterstützung der Eltern, sowohl im Aufbau der Szenerie als auch im Spiel selbst.

Im Falle von Johannes habe ich mit dem Kind nicht alleine gespielt, sondern nur gemeinsam mit der Familie.

Beendigung der Therapie

Als die Eltern berichteten, dass die Ängste soweit reduziert waren, dass nur noch selten die Bedenken auftraten, Bauchschmerzen durch den Verzehr von bestimmten Nahrungsmitteln zu bekommen oder sich anzustecken, beendeten wir die vierzehntägigen Therapietermine. Es folgten acht *Kontrolltermine* im Abstand von sechs Wochen. In diesen Therapiestunden entstanden keine Spielsequenzen mehr, sondern es wurde mit den damals zu Beginn gewählten Tierfiguren eruiert, was sich vom letzten bis zum aktuellen Termin ereignet hatte, welches Tier sich veränderte, wie es diesem in der Zwischenzeit erging, welche Tierfigur zum jetzigen Zeitpunkt im Vordergrund war und was das für die anderen Anteile bedeutete. Auch wurde geschaut, welche Tiere auf Seiten

der Eltern im Vordergrund waren (sich entwickelt hatten) und was wohl ursächlich dafür war.

Johannes erinnerte sich in jeder Stunde genau daran, welche Tiere er vormals gewählt hatte. Er nahm jedoch auch neue Tiere hinzu, wenn sich ein Tier so sehr veränderte, dass die Maus durch eine Katze und der Wellensittich durch eine Pferdefigur ersetzt werden mussten.

Reflexion

An diesem Beispiel wurde aufgezeigt, wie eine mögliche Arbeit mit Tierfiguren aussehen kann, wenn es um die Arbeit mit inneren Anteilen, sowohl auf Eltern-, als auch auf Kindesseite geht.

Es ist nur ein einziger, kleiner Ausschnitt aus einer Fülle von Möglichkeiten, mit dieser Methode zu arbeiten. Häufig beginnt die Therapie im Rahmen dieser Methode damit, mit dem Kind alleine zu arbeiten und gegebenenfalls Eltern einzubeziehen. Es muss auch geprüft werden, ob Spiele mit den Eltern möglich sind oder ob es im Sinne einer Resilienzförderung darum geht, Spielstunden mit dem Kind alleine anzubieten. Die Felder sind vielfältig und erfordern eine genaue Kenntnis der Methode.

So kann u.a. auch mit Familien nach Trennung und Scheidung mit dieser Methode gewinnbringend gearbeitet werden, mit Kindern in Pflegefamilien und Kindern nach Adoptionen (Aichinger 2012).

Wichtig ist es in jedem Falle, „auf gleicher Augenhöhe“ mit dem Kind zu arbeiten, „sich an seine Sprache und Ausdrucksform anzukoppeln“ und die altersabhängige Art des Problemlösens zu berücksichtigen (Schweitzer, Schlippe 2009), was die psychodramatische Telearbeit umfänglich tut.

Abschließend sei noch einmal angemerkt, dass mit der Entwicklung des Kinderpsychodramas ein ressourcenorientierter Ansatz entwickelt wurde, der einen kindgerechten Zugang zu Kindern und ihren Stärken bietet, kreative Handlungsbereitschaft fördert und eine positive Entwicklung von Kindern begünstigen kann (Aichinger, 2011).

Dieser wertvollen und hochwirksamen Methode wünsche ich eine weite Verbreitung, damit Kinder, Jugendliche und Familien umfänglich profitieren können.

Literatur

- Aichinger, A. (2020) *Aufstellungsarbeit mit Kindern und Jugendlichen*. In: Stadler, Ch., Kress B. (Hrsg.) *Praxishandbuch Aufstellungsarbeit*. Wiesbaden: Springer-Verlag, 211-232
- Aichinger, A. (2012) *Einzel- und Familientherapie mit Kindern*. Wiesbaden: VS Verlag
- Aichinger, A. & Holl, W. (2010) *Gruppentherapie mit Kindern*. Wiesbaden: VS Verlag
- Aichinger, A. (2011) *Resilienzförderung mit Kindern*. Wiesbaden: VS Verlag
- Grawe, K. (2004) *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Schmidt, G. (2004) *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung*. Heidelberg: Carl-Auer
- Schweitzer, J., Schlippe, A.V. (2009) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Watkins, J.G., H.H. (2003) *Ego-States. Theorie und Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer
- White, M., Epston, D. (1990) *Die Zähmung der Monster*. Heidelberg: Carl-Auer
- Young, J. (2005) *Schematherapie*. Paderborn: Jungfermann

Autorin:

Gabriele Rauch-Zürn

Heilpädagogin, Systemische Beraterin DGSGF, systemische Kinder- und Jugendlichen-Therapeutin DGSGF, Weiterbildung Systemisch lehren

KJPP Gemeinschaftspraxis - Goldbach

für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Sozialpsychiatrische Versorgung

Aschaffener Str. 148

63773 Goldbach

Mail: rauch-zuern@kjpp-goldbach.de

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Teil VII: Projektive Beziehungs- und Bindungsdiagnostik

Franz Wienand

Vorbemerkung: Mit diesem Beitrag endet die Reihe zur projektiven Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Der erste Teil dieser Serie (Forum 3/2018, S. 63-76) behandelte die Geschichte, die Prinzipien und die theoretischen Grundlagen der projektiven Diagnostik. Der zweite Teil (Forum 1/2019, S. 2-24) bot einen Überblick über die Vielfalt und das Potential projektiver Verfahren. Teil III (Forum 3/2019, S. 7-24) befasste sich mit der Integration in die Routinediagnostik; Teil IV mit den projektiven Zeichentests (Forum 3/2020, S. 22-47). Die verbal-thematischen Verfahren wurden in Teil V (Forum 1/2021, S. 5-24) besprochen. Teil VI behandelte die spielerischen Gestaltungsverfahren Scenotest und Sandspieldiagnostik (Forum 4/2021, S. 30-47).

Quellenhinweis: Die Texte basieren auf Wienand (2016, 2019): *Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch.* Kohlhammer, Stuttgart, und wurden ergänzt und aktualisiert.

Der vorliegende Beitrag behandelt in Form einer Übersicht Hinweise auf (synonym gebrauchte) Bindungs- und Beziehungsaspekte in den gängigen projektiven Verfahren, Familienbrettverfahren, das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5-8-jähriger Kinder (GEV-B) von Gloger-Tippelt & König (2009) und imaginative Methoden zur Bindungsrepräsentation. Er ersetzt nicht die Lektüre der Originalliteratur oder des Testmanuals.

Einführung: Die Persönlichkeitsentwicklung wird entscheidend durch die Beziehungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen, den Eltern, Geschwistern und Großeltern geprägt und im Laufe der Entwicklung durch so-

ziale Erfahrungen mit Freunden, Erziehern und Lehrern geformt (vgl. Grossman & Grossmann 2004). Entwicklungsprobleme und psychische Störungen wirken sich umgekehrt auf die Familienbeziehungen aus. Psychodiagnostik hat demzufolge nicht nur auf das Individuum, sondern auch auf Dyaden wie die Eltern oder Geschwisterpaare und auf das Familiensystem als Ganzes zu zielen. Dabei spielen über die Generationen hinweg durchaus bewusste Erwartungen und Hoffnungen, aber auch unbewusste Projektionen eine wesentliche Rolle. Da geht es beispielsweise um das Kind als Hoffnungsträger, als Sündenbock, als umstrittenen Bundesgenossen oder als Partnerersatz und Trost (Richter 1969). Diesen unbewussten Rollenzuschreibungen kann sich das Kind nicht entziehen und läuft Gefahr, vom eigenen Selbst entfremdet zu bleiben, sich anzupassen (ein „falsches Selbst“ n. Winnicott zu entwickeln) oder zu rebellieren und damit den Konflikt auf Kosten der eigenen Entwicklung zu verstärken.

Methoden der Bindungsdiagnostik

Bindung und Beziehung werden im *Säuglings- und Kleinkindalter* auf der Verhaltens- und Interaktionsebene beobachtet. Die Bindungssicherheit von kleineren Kindern zeigt sich in Hinweisen auf erlebten Trennungsstress und in der Art und Weise, wie sie die Bindungsperson zur Regulierung ihrer Befindlichkeit nutzen und in welchem Ausmaß sie fähig sind, sich altersentsprechend zu trennen, sich selbst zu beruhigen und die Umgebung zu explorieren. Ab dem *Vorschulalter* sind Kinder durchaus in der Lage, sich in bindungsrelevanten Situationen sprachlich zu äußern und Lösungen zu finden. Da sie in diesem Alter über peinliche Themen nicht gerne sprechen, verwendet die Diagnostik symbolische Darstellungen bindungsbezogener Situationen mittels Zeichnungen, im Sandspielkasten oder im Puppenspiel. Imaginative Techniken zur Erfassung der Bindungsrepräsentation können mit Eltern und mit Kindern ab etwa sechs Jahren eingesetzt werden. Mit älteren Kindern und Jugendlichen lässt sich im geschützten Rahmen durchaus offen über ihre Sicht auf ihre Beziehungswelt sprechen. Allerdings können relevante Aspekte des Beziehungserlebens vorbewusst oder unbewusst bleiben, aus Scham oder Rücksicht verdrängt oder auch verschwiegen werden. Hier bieten projektive Verfahren die Möglichkeit eines Zugangs zu Inhalten unterhalb der kognitiven Ebene. In der Zusammenschau der Informationsquellen: Bericht der Eltern, Lehrer und Erzieher, Beziehungsverhalten in der Familie, Gespräche mit dem Kind, Umgang mit dem Untersucher und dessen Gegenübertragung, Verhalten in der Testsituation und der Interpretation der projektiven Verfah-

ren ergibt sich in der Regel ein wenn auch lückenhaftes, aber doch aussagekräftiges Gesamtbild.

Projektive Diagnostik erfasst *Bindungsrepräsentationen*, also die inneren Arbeitsmodelle in Bezug auf Bindung und Beziehung, die sich aufgrund der wiederholt erlebten Erfahrungen, Erwartungen und den damit verbundenen Affekten verfestigt haben und die Beziehungserwartungen, das Verhalten und Erleben steuern. Daniel Stern (1998) beschreibt vier Modelle der repräsentativen Welt:

Das *Modell der Verzerrungen*, die sich üblicherweise darin zeigen, dass die Eltern ihrem Kind schon vor der Geburt überwiegend positive Eigenschaften zuschreiben, in der weiteren Entwicklung immer etwas mehr von ihm verlangen, als es gerade können kann und damit seine Weiterentwicklung fördern. Das Fehlen solcher positiven Verzerrungen kann ein Hinweis auf mangelnde Mutterliebe und damit ein Alarmsignal darstellen.

Beim *Modell des dominanten Themas* nimmt die Mutter ihr Baby so wahr, als gehöre es zu einem konflikthaften und problematischen Teil ihres eigenen Lebens. Das gilt für ein Kind, das seine Mutter für erlittenes Unrecht entschädigen soll, das Kind als erlebte Bestrafung für eigene Fehler, für das Kind als Sündenbock oder als Genie, das nicht erreichte eigene Ansprüche umsetzen soll.

Das *Modell der narrativen Kohärenz* handelt davon, dass die Mutter ihr Kind nicht in dessen eigener Realität, sondern vor dem Hintergrund einer aufgrund eigener Bindungserfahrungen entstandenen narrativen Konstruktion wahrnimmt.

Am häufigsten dürfte das *Modell der Phaseninadäquatheit* vorkommen, bei dem die Bindungsrepräsentation der Eltern sich nicht parallel zur Entwicklung des Kindes verändert. Dann bleibt das Kind in den Augen der Mutter (des Vaters) deutlich jünger und wird auch entsprechend fürsorglich behütet, von Anforderungen und Erwartungen verschont, in seinen Möglichkeiten unterschätzt, wodurch sein Selbstbewusstsein und seine Selbstwirksamkeit eingeschränkt bleiben.

Bindungs- und Beziehungsaspekte in gängigen projektiven Verfahren:

Familienzeichnungen, ob als Familie in Tieren (FiT) oder Verzauberte Familie (VF), sind Bestandteil der Routinepsychodiagnostik. Sie geben nicht nur Hinweise auf Entwicklungsaspekte, sondern auch auf die Qualitäten der

familiären Beziehungen aus der Sicht des Kindes. Ein drastisches Beispiel zeigt Abb. 1:

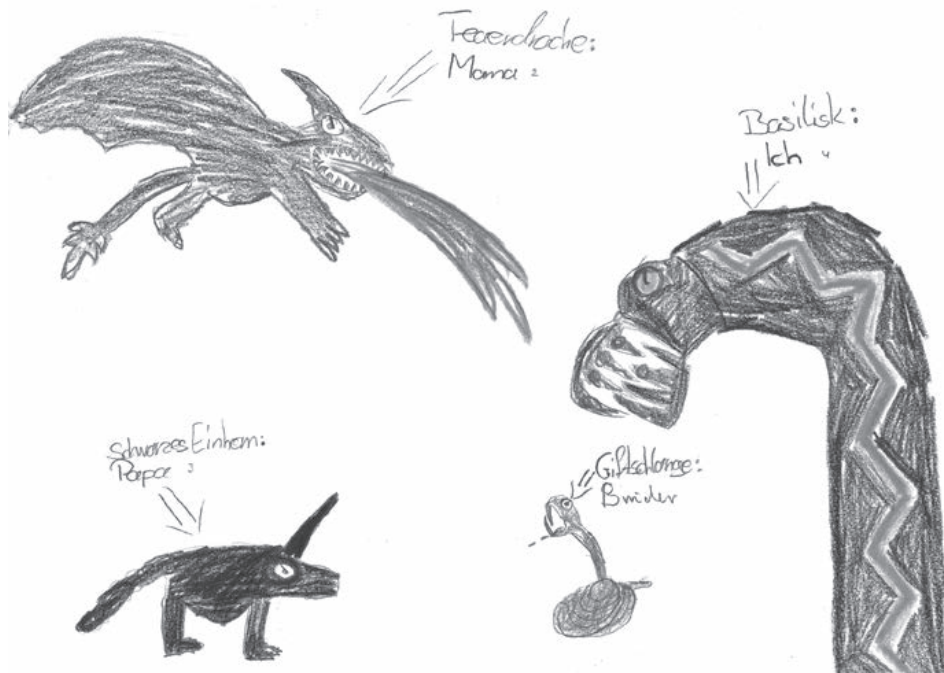


Abb. 1: Familie-in-Tieren-Zeichnung eines 12-jährigen Jungen mit einem hohen Maß erlebter innerfamiliärer Aggression

Parameter, die auf Bindung und Beziehungsaspekte hinweisen, sind dargestellte Größenverhältnisse, Nähe bzw. Distanz, die Blickrichtung als Hinweis auf Kontakt(wünsche) sowie die Bewegungsimpulse und dargestellte Bewegungen. Häufig findet sich das Symbol für den Vater ganz am Rande der Zeichnungen mit Blickrichtung von der Familie weg. Jüngere Geschwister stehen oft in engeren Kontakt zu den Eltern als das Kind selbst. Machtansprüche zeigen sich in entsprechender Symbolik (Adler, Löwe, Drache etc.), in übertriebener Größe im Verhältnis zu den anderen Symbolen und der Position im Zentrum des Bildes. Beim FiT gibt die Verbindung von Tiersymbolik mit der Bewegungsdynamik (Jäger-Beute-Dynamik) Aufschlüsse auf Konkurrenz und Rivalität und auf persönliche Muster, sich Konflikten zu entziehen oder eigene Machtansprüche durchzusetzen.

Grossmann und Grossmann (2012, S. 350 ff) berichten zusammenfassend über den Vergleich der Zeichnungen sechsjähriger Kinder mit dem Verhalten im Kindergarten, dem Ergebnis des Intelligenztests und mit der Bindungs-

qualität in der Regensburger Untersuchung. Die Zeichnungen von Kindern mit *unsicherer Mutterbindung* fielen durch stereotype Darstellungen, mit der Umgebung nicht verbundene Figuren, große Distanz zwischen den dargestellten Personen, unrealistische Positionierung von Personen und Dingen, Korrekturen und Übermalungen, verzerrte Größenverhältnisse und Eintönigkeit (schablonenhafte, schematische Darstellungen und Farbgebung) auf.

Anzeichen für *emotionale Sicherheit* sind danach folgende Kriterien: Individualisierung von Figuren, Haltung, Kleidung und Mimik, die Darstellung von Bewegung, detailreicher Darstellung der Umgebung und Vollständigkeit der dargestellten Figuren.

Scenotest und *Sandspieliagnostik* stellen aufgrund ihrer Testkonstruktion und des angebotenen Materials vielfältige Möglichkeiten zur Darstellung von Bindungen und Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie dar und müssen daher hier nicht eigens besprochen werden.

Im *Thematischen Apperzeptionstest TAT* und der Kinderversion *CAT* sind es einzelne Tafeln, die Beziehungsthematiken ansprechen. Beispiele aus dem TAT sind etwa Tafel 1, bei der es häufig um Stress mit den Eltern im Zusammenhang mit Leistungsanforderungen geht; Tafel 2 handelt von einem Autonomiekonflikt in der Adoleszenz; in Tafel 5 geht es um mütterliche Kontrolle und um die Wege, sich dieser zu entziehen; Tafeln 7GF und 9GF spielen auf Geschwisterrivalität an; Tafel 13B thematisiert kindliche Einsamkeit, Bestrafung durch die Eltern oder ausgeschlossen Werden von Gleichaltrigen; die Tafeln 6BM, 7BM und 12F weisen auf die Beziehung zu Vater und Mutter hin; die Tafeln 6GF und 4 sprechen Vater-Tochter- bzw. Paarbeziehungen an.

Familienbrettverfahren machen es möglich, die Konstellationen, Koalitionen und Konflikte in einer Familie auf einer begrenzten Fläche mit Figuren symbolisch darzustellen. Sie können in der Einzeltherapie wie in der Familienarbeit eingesetzt werden. 1983 wurde das *Hamburger Familienbrett* von Ludewig et. al. auf der Grundlage der systemischen Theorie publiziert (vgl. Ludewig & Wilken 2000). Es besteht aus einem 50 × 50 cm großen Kasten mit einem gezeichneten Rand, der 5 cm von der Kante entfernt ist. Eine Anzahl von runden und viereckigen Holzfiguren mit lediglich angedeuteten Gesichtern in zwei Größen und drei farbige sechseckige Figuren für besondere Darstellungen repräsentieren die Familie einschließlich verstorbener Angehöriger. Die Instruktion fordert dazu auf, für jedes Mitglied aus der Familie eine Figur zu wählen und die Figuren mit Abstand und Blickrichtung so auf-

zustellen, wie sie in der Familie zueinander stehen. Die Befragung erfasst, wen welche Figur repräsentiert und was die einzelnen Merkmale wie Größe und Form, Position auf der Fläche, Entfernungen, Blickrichtungen und eventuelle Subsysteme bedeuten. Die Interpretation sieht Entfernungen als Merkmal für emotionale Nähe bzw. Distanz, Kontakthäufigkeit, und Autonomie bzw. Abhängigkeit; die Blickrichtung drückt die Beziehungsintensität aus, die Reihenfolge der Aufstellung und die Positionierung der Figuren wird im Rahmen der Nachbesprechung eruiert. Der Untersucher hat die Möglichkeit, die Positionen zu verändern und die Reaktionen des Probanden bzw. der Familie zu registrieren. Gegen Ende kann noch einmal eine Wunschvorstellung der Beziehungen in der Familie dargestellt werden.

Der Familiensystemtest (FAST) von Gehring (1989) verfügt als Besonderheit über eine Unterteilung der Aufbaufläche von 45×45 cm Größe in gleichmäßige, mit Koordinaten gekennzeichnete Felder ähnlich einem Schachbrett, über je 6 männliche und weibliche Figuren und Zusatzfiguren in unterschiedlichen Farben sowie über 18 zylindrische Klötzchen in drei verschiedenen Höhen. Dadurch wird das Verfahren einer quantitativen Auswertung zugänglich. Die Probanden werden zunächst aufgefordert, die Figuren so darzustellen, wie sie typischerweise sind, und anschließend unter Verwendung der Klötzchen zu zeigen, wie viel Macht oder Einfluss jedes Familienmitglied üblicherweise in der Familie hat. Nach dieser Sitzung wird dazu aufgefordert, die ideale Familiensituation darzustellen, und zuletzt dazu, den schwerwiegendsten Konflikt in der Familie aufzustellen. Die qualitative Auswertung verwendet die beim Familienbrett beschriebenen Parameter zusammen mit den Kommentaren der Probanden. Die quantitative Auswertung kann mithilfe der Erhöhung der Figuren und der Messung der Abstände zueinander durchgeführt werden. Ein Berechnungsmodus für Kohäsion, Hierarchie und Flexibilität in jeweils drei Kategorien wird zur Verfügung gestellt, ist allerdings aufwändig und eher für spezifische Fragen der Forschung geeignet.

Speziell für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wurde das *Familienbrett von KIKT-TheMa* durch Gabriele Meyer-Enders am Kölner Institut für Kindertherapie KIKT entwickelt (Meyer-Enders 2016). Das am Blickfeld des Kindes orientierte Brett von 42×42 cm Größe ist in der Mitte durch einen mäanderförmig ausgeführten Schnitt geteilt, sodass bei Bedarf zwei Felder mit einer Grenze statisch oder beweglich verwendet werden können, was es erlaubt, getrennte Familien, Adoptions- und Pflegefamilien, die Welt des Vaters und der Mutter sowie die der Lebenden und der Toten voneinander zu trennen. Das Grundset enthält drei unterschiedliche Vierergruppen von Figu-

ren in zwei Größen sowie fünf farbige Figuren. Zusätzlich stehen noch Tiere, Grenzen und Mauern sowie Symbolfiguren für Schule, Arbeit und Freizeit zur Verfügung. Handhabung, Durchführung und Interpretation orientiert sich am Hamburger Familienbrett. Die Autorin weist darauf hin, dass die Methode auch in Elterngesprächen und Familiengesprächen eingesetzt werden kann, um die aktuelle Situation zu analysieren und im Probehandeln neue Konstellationen auszuprobieren. An der Interpretation können alle Familienmitglieder beteiligt werden, Perspektivenwechsel und der Austausch untereinander für die unterschiedlichen Wahrnehmungen sind ausdrücklich erwünscht.

Spezifische Verfahren zur Bindungsdiagnostik

Diese projektiven Verfahren gehören zu den neuen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte und entwickelten sich vor dem Hintergrund der Verbreitung der Bindungstheorie und bindungsbezogenen Psychotherapie.

Das *Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5-8-jähriger Kinder (GEV-B)* von Gloger-Tippelt & König (2009) ist die Weiterentwicklung und Adaptation der Attachment Story Completion Task von Bretherton & Ridgeway an deutsche Verhältnisse. Es beruht darauf, dass Kinder in diesem Alter ihre Beziehungen und Gefühle besser mithilfe von Puppen in einem Spiel darstellen können als durch verbale Antworten auf Zeichnungen. Die theoretischen Grundlagen sind die Bindungstheorie, die Ergebnisse der empirischen Bindungsforschung und die Entwicklungspsychologie. Der Test verbindet das Spiel als kindliche Ausdrucksmethode in bindungsbezogenen Szenen mit der Narration des Kindes.

Die *Durchführung* setzt die genaue Beachtung der Hinweise im Handbuch und der zugehörigen DVD (Gloger-Tippelt & König 2009, S. 81-89) voraus. Als Material dienen kleine Puppenfiguren, möglichst mit biegbaren Extremitäten und gutem Stand, aus beliebigem Material, die eine Familie darstellen. Zusätzlich können Tierfiguren und wenige Requisiten verwendet werden. Der Test erfordert etwa 50 Minuten und erfolgt in einem reizarmen Raum, das Spielmaterial befindet sich in einem Koffer, das Geschehen wird mit einer Kamera aufgenommen. Die *Instruktion* lautet: Wir spielen jetzt zusammen sieben Geschichten und wir machen das so, dass ich dir immer den Anfang vorspiele und du die Geschichte dann weiterspielst und mir sagst, wann sie zu Ende ist. Der Untersucher stellt dem Kind die Figuren vor und gibt jeder einen Namen (nicht den des Kindes). Requisiten, Position der Figuren, Text, Ablauf und Instruktion sind für jede einzelne Geschichte genau festgelegt

und werden entsprechend aufgebaut. Der Untersucher spielt den Beginn der Szene und fordert das Kind auf, die Geschichte weiter zu spielen. Die Reihenfolge der *Themen* ist festgelegt: 1. Aufwärmgeschichte: Geburtstagsfest. Die Familie feiert den Geburtstag des Kindes. 2. Verschütteter Saft: Alle sitzen am Tisch, das Kind das Kind verschüttet seinen Saft. 3. Verletztes Knie: bei einem Waldspaziergang der Familie verletzt sich das Kind. 4. Monster im Kinderzimmer: das Kind fliegt voller Angst aus seinem Bett zu den Eltern, die im Wohnzimmer sitzen. 5. Trennung von den Eltern, die für eine Nacht verreisen, die Oma bleibt bei den Kindern. 6. Wiedersehen: am nächsten Morgen kommen die Eltern zurück. 7. Familienausflug: stellt das entspannte Ende dar: die ganze Familie hat einen freien Tag und alle wollen zusammen etwas Schönes unternehmen.

Die *Auswertung* erfolgt in drei Schritten: 1. Kodierung inhaltlicher Merkmale anhand eines Kriteriumskatalogs. 2. Qualitative Auswertung der Lösungswege der einzelnen Bindungsthemen der Geschichten und Zuordnung zu einer Bindungsklassifikation. 3. Quantitative Auswertung, indem für jede Geschichte ein Bindungs-Sicherheitswert (zwischen 0 sehr unsicher und 4 sehr sicher) vergeben wird. Aus dem arithmetischen Mittel der Bindungs-Sicherheitswerte der fünf Geschichten ergibt sich der globale Bindungs-Sicherheitswert. Dann werden Hinweise auf Bindungsstrategien in jeder einzelnen Geschichte (Verleugnung, Vermeidung, Deaktivierung oder Dramatisierung des Bindungsthemas) zusammengestellt. Der letzte Schritt ist die Klassifikation der Bindungsstrategien auf der Grundlage aller Geschichten: Sichere, unsicher-vermeidende, unsicher-ambivalente Bindungsrepräsentationen sowie Bindungsdesorganisation.

Gütekriterien: Obwohl das GEV-B ein projektives Verfahren und kein psychometrischer Test ist, führt die hohe Standardisierung von Instruktionen, Regieanweisungen und Nachfragen zu einer guten Durchführungsobjektivität. Die Reliabilität als Beurteilerübereinstimmung in fünf Stichproben mit insgesamt 180 Probanden beträgt 87 % und ist damit zufriedenstellend. Auch die Retest- Reliabilität bei einer Wiederholung nach einem Jahr zeigte eine gute Übereinstimmungsrate von 86 %. Die Prüfung der Validität im Vergleich mit zwei weiteren Bindungsinstrumenten ergab mittlere Werte für die Übereinstimmungen der Zuordnung zu sicher und unsicher gebundenen Bindungskategorien (vgl. Wienand 2016, S. 310ff).

ProDiBez – Projektives Diagnostikum zum Beziehungserleben von Kindern von Sticker, E., Willerscheidt, J., Fooker, I. (2018) (vgl. Wienand in Forum 2-2021, S. 81-86).

Um eine Aktualisierung handelt es sich auch bei dem 2018 publizierten Test mit der sperrigen Bezeichnung „Projektives Diagnostikum zum Beziehungserleben von Kindern“, der eine Überarbeitung des unveröffentlichten, aber unter der Hand vor allem in der schulpsychologischen Beratung verbreiteten Schulbilder-Apperzeptionstests von Kunert (1960) darstellt.

Zu den *Autoren*: Prof. Dr. em. Elisabeth Sticker und Prof. Dr. Insa Fooker sind Entwicklungspsychologinnen, der Individualpsychologe Jochen Willerscheidt ist Pädagoge und Dozent am Alfred-Adler-Institut zu Köln.

Das Reizmaterial besteht in Bildern mit der Darstellung sozialer Situationen, zu denen eine Geschichte erzählt werden soll. Die Auswahl der dargebotenen Themen erfolgte auf der Grundlage der Entwicklungspsychologie, der Bindungstheorie, der Mentalisierungstheorie, der Individualpsychologie (die mehr nach dem Wozu unseres Handelns fragt als nach dem Warum) und der tiefenpsychologischen Motivationstheorien. So werden die Bedürfnissysteme Zugehörigkeit, Zuwendung, Anerkennung, Autonomie, Selbstbehauptung und Abgrenzung in den Lebens- und Erfahrungsbereichen Familie, Schule, Freizeit und Gesundheit/Krankheit/Tod thematisiert. Angenommen wird, dass sich das Kind in die dargestellten Beziehungsepisoden hineinversetzt, sich mit den Protagonisten und deren Bezugspersonen identifiziert und dass die Geschichten Rückschlüsse auf zentrales Erleben und Verhalten des Kindes zulassen.

Indikations- und Anwendungsbereiche: Das ProDiBez eignet sich für die pädagogische und psychologische Diagnostik bei Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren. Einsatzbereiche sind die Schul- und Erziehungsberatung, die Eingangs- und Verlaufsdiagnostik in der Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie, die familienrechtliche Begutachtung und die Forschung.

Das Testmaterial besteht aus 32 schwarz-weißen, nummerierten Bildtafeln (je 16 für Jungen und Mädchen) im Format DIN-A 4, auf denen jeweils eine typische Situation aus dem Leben eines Kindes in Form einer Skizze dargestellt ist. Mimik und Gestik der Personen bleiben unbestimmt, um Raum für die Interpretation zu lassen. Nachstehend zwei Beispiele (mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags, Bern; Bezugsquelle: www.testzentrale.de):



Abb. 2: ProDiBez Tafel 1 Jungen. © Hogrefe Verlag, Bern



Abb. 3: ProDiBez Tafel 1 Mädchen. © Hogrefe Verlag, Bern

Durchführung und Instruktion: Die Eingangsinstruktion lautet: „Ich habe dir ein paar Zeichnungen mitgebracht und würde mich freuen, wenn du mir zu jedem Bild eine eigene Geschichte erzählst. Auf diesem ersten Bild siehst du eine Mutter und einen Vater mit ihrem Kind: Kannst du dir denken, was hier vorgeht?“ Dann werden die Tafeln der Reihe nach vorgelegt und die Antworten aufgenommen bzw. protokolliert. Für die Durchführung werden im Manual etwa 15 Minuten, für die Auswertung mit Interpretation ca. 30-45 Minuten angegeben.

Nachfragen für alle Tafeln beziehen sich auf das Erleben, die Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse des Kindes, auf die Reaktionen der anderen Personen und wie das Kind diese erlebt sowie darauf, wie die Geschichte weitergeht und endet. Für jede Tafel werden zusätzlich spezifische Nachfragen vorge schlagen.

Voraussetzung für die Durchführung ist eine wohlwollende und akzeptierende Atmosphäre. Auf Suggestivfragen ist zu verzichten.

Auswertung: Das triadisch angelegte Auswertungssystem orientiert sich an den drei zentralen Elementen der individualpsychologischen Lebensstildiagnostik: Aktive und passive Bedürfnisse des Kindes, Verhalten/Resonanz der Umwelt und (reaktives) Verhalten/Erleben des Kindes, wobei letztere hinderlich oder förderlich sein können.

Jedes Narrativ wird in Bezug auf diese drei Aspekte codiert und die Kodierungen auf einem Auswertungsbogen (DIN A3) eingetragen. Die Spalten des Bogens stellen die nummerierten Tafeln und ihre Themen dar. Die 40 Zeilen beziehen sich auf Ausdifferenzierungen der Kategorien Bedürfnisse, Umwelt und Erleben sowie auf dargestellte Zusammenhänge. So wird beispielsweise das Bindungsbedürfnis weiter unterteilt in: Erwartungen genügen; Bezugspersonen nahe sein; und Hilfe, Unterstützung, Trost suchen. Die Resonanz der Umwelt ist gegliedert in Gleichaltrige, übrige soziale bzw. physikalische Umwelt, die jeweils hinderlich oder förderlich sein können. Die Reaktionen des Kindes werden differenziert nach internalisierenden und externalisierenden Erlebens- bzw. Verhaltensweisen.

Interpretation: Die Summenbildung der einzelnen Kategorien auf dem Auswertungsbogen erlaubt einen Überblick über die vorherrschenden Bedürfnisse des Kindes, über fördernde oder hindernde Reaktionen der Umwelt und über angemessene oder unangemessene Reaktionen des Kindes auf seine Umwelt sowie auf spezifische Zusammenhänge, Hemmungen, Teufelskreise und Stressfaktoren.

Für die Bedürfnisse der Praxis dürfte eine *rein qualitative Auswertung* vollkommen ausreichen: Der Konflikt ergibt sich aus den Reaktionen der Umwelt, auf die die Bedürfnisse des Kindes treffen, der Ausgang der Geschichte weist auf die Lösungsversuche des Kindes hin.

Wie bei der Interpretation des TAT wird für jede einzelne der 16 erzählten Geschichten das zentrale Bedürfnis des Kindes (wie Zugehörigkeit, Aufmerksamkeit, Unterstützung etc.), die Reaktion der Umgebung darauf (förderlich oder hindernd) und die Art und Weise, wie das Kind darauf reagiert, festgehalten. Die Kategorisierung der kindlichen Reaktionen auf Bedürfnisverhinderung (seines Umgangs mit Frustrationsaggression) kann sich dabei an den Kategorien des Picture Frustration Test orientieren (Selbstbeschuldigung, resignatives Verhalten, Ausweichendenzen, Eigeninitiative). Über die 16 Geschichten hinweg ergibt sich daraus ein Muster, wie das Kind damit umgeht, wenn seine Wünsche auf Hindernisse treffen und frustriert werden. Der Vergleich der Narrative miteinander zeigt Tendenzen auf wie Ichdurchsetzung, Konfliktvermeidung oder Unterwerfung, die mit anderen Informationen aus Anamnese, Verhaltensbeobachtung, dem Umgang mit dem Untersucher und weiteren Befunden in Beziehung gesetzt werden.

Gütekriterien: Die Validitäts- und Reliabilitätsuntersuchung erfolgte in den Jahren 2015-2016 an insgesamt 111 Kindern (60 Jungen und 51 Mädchen) zwischen sechs und zwölf Jahren aus unterschiedlichen Milieus in Köln, Niedersachsen und der Eifel. Für die Übereinstimmung zwischen geschulten Auswertern werden Werte zwischen 85 % für Regelschüler und 74 % für Förderschüler (sozial/emotional) angegeben. Die Bestimmung der Validität erfolgte im Vergleich mit den Ergebnissen des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) als Außenkriterium. Für 70 % der überprüften Zusammenhangskonstellationen werden „substantielle Zusammenhänge für die Selbst-, Eltern- und Lehrereinschätzung“ (Manual S. 14) angegeben. Diese Werte wurden zwar an einer vergleichsweise kleinen Stichprobe gewonnen, sind aber für ein projektives Verfahren ausgesprochen gut. Weitere differenzierte Untersuchungen sind hoffentlich noch zu erwarten.

Fazit: Das ProDiBez stellt in verschiedener Hinsicht eine Bereicherung der psychodiagnostischen und insbesondere der projektiven Verfahren dar: 1. ist es eine Weiterentwicklung und Aktualisierung eines zwar veralteten und nie publizierten, in der schulpsychologischen Praxis aber offenbar weit verbreiteten Verfahrens; 2. steht jetzt in der Kinderpsychiatrie, Kinderpsychologie und –psychotherapie ein Diagnostikum zur Verfügung, das auch außerfamiliäre soziale Bereiche wie Gleichaltrige und Schule einbezieht; 3. beruht es auf

einer auch im Manual differenziert dargestellten theoretischen Grundlage und 4. und nicht zuletzt ist es eines der wenigen projektiven Verfahren, dessen Ergebnisse sich quantifizieren lassen und das damit weiterer psychometrischer Forschung zugänglich ist.

Der Aufwand für Durchführung, Auswertung und Interpretation ist vergleichbar mit dem Rorschach Test und dem TAT, so dass das ProDiBez zu den aufwändigen projektiven Testverfahren nach GOÄ Nr. 855 zählt.

Das ProDiBez schließt die Lücke der verbal-thematischen Verfahren zwischen dem CAT für Vorschulkinder und dem TAT, der sich eher für Jugendlichen und Erwachsene eignet, und stellt so eine Bereicherung der Psychodiagnostik im Kindesalter dar.

Imaginative Methoden der Beziehungs- und Bindungsdiagnostik

Im Grunde arbeiten alle projektiven Verfahren mit Imaginationen, die entweder alleine durch die Instruktion (wie bei den Zeichentests) oder zusätzlich durch mehrdeutiges Reizmaterial angeregt und auf eine bestimmte Thematik hin ausgerichtet werden. Die nun vorgestellten Techniken entstammen der Katathym Imaginativen Psychotherapie KIP, die sich aus dem Katathymen Bilderleben nach Hanscarl Leuner (1985) entwickelt hat, die Anwendung für die Bindungsdiagnostik verdankt die KIP der verstorbenen niederländischen Kollegin Truus Bakker-van Zeil (2005). Die Methode, die keine Ausbildung in KIP erfordert, zielt auf die Erfassung der Bindungsrepräsentation (s. o.) von Eltern und Kind und besteht darin, dass die Mutter (der Vater) gebeten wird, sich ein Symbol zum Kind vorzustellen, die imaginäre Situation in allen Qualitäten näher zu beschreiben und dann aufzuzeichnen. Je nach klinischer Situation ist diese Form der imaginativen Bindungsdiagnostik in drei Varianten durchführbar: 1. Mit einem Elternteil alleine, 2. mit beiden Eltern und 3. mit einem Elternteil und dem Kind (ab dem Vorschulalter) gemeinsam.

Die *Durchführung* erfolgt aus dem Gespräch über die Probleme, die das Kind bereitet, also aus der Problemtrance heraus, und wird eingeleitet mit der Bitte, ein kurzes *Phantasiespiel* zu spielen und sich dazu nach Möglichkeit zu entspannen, die Augen zu schließen und ruhig zu atmen. Die *Instruktion bei einem Elternteil* lautet sinngemäß: „Und jetzt bitte ich Sie, wenn Sie an Ihr Kind denken und die Dinge, über die wir gerade gesprochen haben, dass Sie sich etwas vorstellen, ein Tier, eine Märchenfigur oder ein Symbol, irgendetwas, das Ihnen zu Ihrem Kind einfällt. Und dann erzählen Sie mir bitte, was

Sie sich vorstellen.“ Der Therapeut lässt sich das Symbol beschreiben und die gesamte Szene/ Umgebung mit ihren sinnlichen Qualitäten schildern (Wo genau befindet sich das Tier? Wie ist die Umgebung, das Wetter, die Stimmung in dieser Szene? Was können Sie hören, fühlen, wie riecht es da? In welcher Verfassung befindet sich das Tier, wie bewegt es sich, wie wirken seine Augen auf sie? Dann erkundigt er sich nach den emotionalen Reaktionen der Bezugsperson. Schließlich bittet er den Vater/die Mutter, die Szene „irgendwie“ auf einem Blatt Papier zu skizzieren.

Im nächsten Schritt wird die Bezugsperson aufgefordert, *sich selbst* als Symbol, Tier oder Märchenfigur in der imaginierten Szene vorzustellen und zu schildern, wie sie sich in dieser Rolle fühlt. Sie kann dann entscheiden, ob sie sich in die erste Zeichnung hinein malt oder eine neue Zeichnung mit beiden Symbolgestalten anfertigt.

In der abschließenden Sequenz bittet der Therapeut die Bezugsperson, sich vorzustellen, wie ihre *Idealvorstellung* von den gewählten Symbolen und ihrer Beziehung zueinander wäre. Auch diese Szene wird beschrieben und anschließend gezeichnet.

In der *Nachbesprechung* legt der Therapeut die beiden Blätter nebeneinander aus und erkundigt sich nach den Eindrücken, Reaktionen, Gedanken und Gefühlen der Mutter/des Vaters beim Reflektieren des Erlebten. Nun kann er auch in behutsamer Form seine eigenen Gedanken dazu äußern.

Bei der *Imagination mit beiden Eltern* werden Vater und Mutter aufgefordert, sich jeder für sich ein *Symbol zu ihrem Kind* vorzustellen. Jeder beschreibt dann seine imaginierte Szene und malt sein eigenes Bild. Dann werden beide gebeten, *sich selbst als Symbol* in der Szene vorzustellen und zu malen. Abschließend soll sich jeder seine eigene *Version der idealen Beziehung* zum Kind vorstellen und malen. In der Nachbesprechung werden die Bilder und die zugrunde liegenden Beziehungsvorstellungen miteinander verglichen und auf ihren möglichen Zusammenhang mit der präsentierten Symptomatik hin untersucht.

3. *Die gemeinsame Imagination von Mutter (Vater) und Kind* wird ebenfalls als Phantasiespiel vorgestellt. Sie erfordert, dass die beiden dem Therapeuten gegenüber an einem Tisch sitzen. Ein großer Zeichenblock (DIN A3) und zwei Schachteln mit Farbstiften liegen bereit. Der Therapeut bittet die Mutter/den Vater um Erlaubnis, sie duzen zu dürfen, wenn er beide anspricht. Die Instruktion lautet: „Jetzt bitte ich euch beide, euch entspannt hinzusetzen, ruhig zu atmen und die Augen zu schließen. Und jetzt stellt euch bitte

jede(r) *ein Tier* vor. Lasst euch dabei Zeit und wartet ab, bis ein Tier kommt. Wer sein Tier hat, hebt die Hand, damit ich das weiß.“ Wenn beide die Hand heben, fragt der Therapeut, wer als erstes sein Tier beschreiben möchte. Der Therapeut geht auf beide Schilderungen ein, ohne in den imaginativen Prozess einzugreifen und ohne jemanden zu bevorzugen. Nachdem beide ihr Tier beschrieben haben, sollen sie gleichzeitig ihr Tier auf das gemeinsame Blatt Papier zeichnen. Der Therapeut achtet beim Malen auf den Dialog zwischen Mutter/Vater und Kind und fördert ihre Bezogenheit. Er sorgt dafür, dass jeder seinen Raum bekommt, den er braucht, und schützt die Autonomie jedes der beiden Partner. Das Bild wird sorgfältig betrachtet und gewürdigt, mit beiden ausführlich erörtert (wie mag es jedem Tier gehen? Was will es, was will es nicht?), und zur Seite gelegt. Nun bittet der Therapeut die beiden darum, sich vorzustellen und anschließend zu malen, dass sich *die Tiere begegnen*. Beide Bilder und der Malprozess werden im Nachgespräch auf der Symbolebene und der Ebene des emotionalen Erlebens in der Beziehung (je nach klinischer Situation gemeinsam oder mit dem Elternteil allein) betrachtet. Der Therapeut kommentiert die Bilder ebenfalls behutsam. Dabei kommt es insbesondere auf die Betonung und Würdigung von positiven Ansätzen und Veränderungen im Beziehungsverhalten der Partner an.

Eine *Interpretation* im engeren Sinne erübrigt sich zumeist, die Imagination und Bilder sprechen für sich selbst. Die Darstellung der Szene in einem Bild ist wichtig, weil die Externalisierung den Protagonisten nochmals ihre Situation vergegenwärtigt und weil das Bild eine Botschaft nach außen, an den Therapeuten oder den Beziehungspartner darstellt und somit einen Dialog ermöglicht. Ein großer Vorteil dieses Verfahrens ist, dass die Abwehr gegen Deutungen aufgehoben ist, weil es die Beteiligten mit ihren eigenen inneren Bildern zu tun bekommen, die sie selbst geschaffen haben, und nicht mit Interpretationen oder Appellen des Untersuchers, gegen die sie sich vielleicht abgrenzen müssen. In dieser Variante ist (ähnlich wie in der „Familie in Tieren-Zeichnung“) der Vorschlag, ein Tier als Symbol zu wählen, deswegen günstig, weil sich so auf der symbolischen Ebene Jäger- und Beutebeziehungen, Angriff- und Verteidigungsstrategien und verzerrte Größenverhältnisse sehr gut zeigen können. Wie zum Beispiel in der Zeichnung einer Siebenjährigen mit einer Tourette-Symptomatik, die sich als riesigen, nahezu das ganze Blatt einnehmenden Hasen und die Mutter als winzigen Adler malte und auf die Bemerkung der Mutter, dass Adler Hasen fressen, triumphierend antwortete: „Mein Hase hat keine Angst vor deinem Adler!“ Relativ häufig sind nicht altersentsprechende Bindungsrepräsentationen von Elternteilen,

die ihr Kind noch als deutlich jünger, schutz- und fürsorgebedürftig ansehen, sowie Vorstellungen einer symmetrischen Beziehung zwischen Eltern und Kind, die auf eine Ablehnung der Elternrolle hinweisen. Auch finden sich Umkehrungen von Machtverhältnissen wie bei jener Mutter, die sich als kleine Maus sieht, die sich vor der großen Tochter-Katze fürchtet. Gelegentlich zeigen sich zur Überraschung der Eltern in ihrer Imagination Ressourcen des Kindes, die sie unter dem Eindruck seiner Probleme nicht wahrgenommen hatten, wie bei der Mutter, die über ihren hochbegabten Sechsjährigen klagte, weil er alles endlos diskutieren müsse und extrem eigensinnig sei: Als Symbol für ihr Kind imaginierte sie einen Löwenzahn, der sich durch den Asphalt gekämpft hat und aufblüht. Das Bild berührt sie stark, weil es ihr die enorme Kraft und Zähigkeit ihres Kindes buchstäblich vor Augen stellte. Selten kommt es vor, dass die Beziehungswünsche von Eltern frustriert werden: Bei einer Mutter-Kind-Imagination sieht sich die Mutter als Bären, der Sohn sich als Krokodil im Fluss. Aufgefordert, sich näher zu begegnen, kommt der Bär ans Ufer und beugt sich dem Krokodil entgegen, das sich zur großen Enttäuschung der Mutter jedoch auf den Grund sinken lässt.

Die imaginative Darstellung der Bindungsrepräsentation führt den Eltern unabweisbar ihre nicht selten verzerrte Sicht auf ihr Kind und die Beziehung zu ihm vor Augen und stellt im Falle der gemeinsamen Imagination auch die Sicht des Kindes der Repräsentation der Eltern gegenüber. Diese unter Umständen stark bewegende Konfrontation kann unmittelbar therapeutische Effekte auslösen, die Beziehung entspannen, das gegenseitige Verständnis fördern und so den Anfang für eine Veränderung des Umgangs miteinander darstellen. Insofern ist Bindungs- und Beziehungsdiagnostik schon der Anfang zur Bindungs- und Beziehungstherapie.

Literatur

- Bakker-van Zeil, T.* (2005) Katathym-imaginative Psychotherapie mit Adoptivkindern. In: Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U. & Wilke, E. (Hrsg.) *Imagination in der Psychotherapie*. S. 141-147. Bern: Huber
- Cierpka, M.* (2008) *Handbuch der Familiendiagnostik*. 3. Aufl., Heidelberg, Springer Verlag
- Gehring, T. M., Funk, U. & Schneider, M.* (1989) Der Familiensystem-Test (FAST). Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38(5), S. 152-164
- Gloger-Tippelt, G. & König, L.* (2009) *Bindung in der mittleren Kindheit. Das Geschichten-Ergänzungsverfahren zur Bindung 5-8-jähriger Kinder (GEV-B)*. Weinheim: Beltz

- Grossmann, K. & Grossmann, K. (2004) Bindungen – Das Gefüge psychischer Sicherheit. (5. Aufl.2012). Stuttgart: Klett-Cotta*
- Leuner, H. (1985) Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Bern: Hans Huber*
- Ludewig, K. & Wilken, U. (Hrsg.) (2000) Das Familienbett. Ein Verfahren für die Forschung und Praxis mit Familien und anderen sozialen Systemen. Göttingen: Hogrefe*
- Meyer-Enders, G. (2016) Familienbrett-Verfahren. In: Wienand, F. Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Stuttgart, Kohlhammer Verlag. S. 361-368*
- Richter, H. E. (1969) Eltern, Kind und Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie. Hamburg, Rowohlt Verlag*
- Stern, D. (1998) Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta*
- Sticker, E., Willerscheidt, J., Fooker, I. (2018) ProDiBez. Projektives Diagnostikum zum Beziehungserleben von Kindern. Göttingen: Hogrefe*
- Wienand, F. (2016) Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer Verlag*

Autor:

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand
Wilhelmstraße 24
71034 Böblingen
Email: info@praxis-wienand.de
Website: www.praxis-wienand.de

Rezension

Wienand und Bauer-Neustädter: Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Grundlagen und Praxis.

Annegret Brauer

Dieses Jahr (2022) ist im Kohlhammer Verlag in der Reihe „Psychodynamische Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ unter der Herausgeberschaft von Arne Burchartz, Hans Hopf und Christiane Lutz der sehr lesenswerte Band von Franz Wienand und Waltraut Bauer-Neustädter mit dem Titel „Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Grundlagen und Praxis“ erschienen.

Auf etwas über 200 Seiten ist es den beiden Autoren ausgezeichnet gelungen, einen fundierten Einblick in die Methode, die Anwendung in verschiedenen Altersgruppen und Störungsbildern sowie in der Supervision und Selbsterfahrung zu vermitteln. In Teil I wird die KIP von den experimentellen Anfängen bis zur ausgereiften Methode vorgestellt, der Bedeutung von Imagination, Kreativität und dem Unbewussten in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Im zweiten Teil geht Franz Wienand speziell auf die entwicklungspsychologischen Voraussetzungen und die Grundlagen der KIP mit Kindern ein. Im Kapitel 7 von Teil II wird anhand von Fallbeispielen auch die Einbeziehung der Bezugspersonen in die KIP mit Kindern vorgestellt. Die Behandlung mit KIP bei Jugendlichen und Heranwachsenden wird durch Waltraut Bauer-Neustädter ausführlich in Teil III dargestellt. Teil IV geht mit der Frage „Und der Therapeut?“ auf Möglichkeiten der Imagination in Selbsterfahrung und Supervision ein.

Das Buch ist in kurze Kapitel gegliedert, welche jeweils mit einer kurzen Zusammenfassung in einem Text-Kasten und weiterführenden Fragen enden. Das macht das Buch selbst im stressigen Arbeitsalltag lesbar, es ist gut mög-

lich, einzelne Abschnitte zu bestimmten Fragestellungen gezielt zu lesen. Das ganze Buch ist geprägt von dem Wissen um die „heilsame Wirkung innerer Bilder“ (S. 24).

Die bereits von Leuner beschriebenen Wirkfaktoren Konfliktdarstellung, Bearbeitung auf der Bildebene, Ressourcenaktivierung, Ich-Stärkung, narzisstische Restitution sowie die Entfaltung von Kreativität werden in dem hier vorgestellten Buch ausführlich dargestellt und in einen theoretischen und praxisrelevanten Kontext gestellt. Anschaulich wird dargelegt, dass in der KIP das innere Erleben mithilfe des Therapeuten zu einem Bild wird und später in Worte gefasst werden kann. Durch innere Bilder werden implizite und explizite Gedächtnissysteme angesprochen. Zahlreiche Kinderzeichnungen und Bilder im Buch aus den Fallbeispielen der Autoren runden das Bild anschaulich ab und verdeutlichen die Reifungs- und Entwicklungsprozesse in der Psychotherapie und speziell durch die Methode der KIP.

Es ist uns allen bewusst, dass Bilder Emotionen auslösen, wir leben in einer Zeit der Bilderfluten. Unsere Patient:innen berichten von Bildern, die sich bedrohlich und überwältigend aufdrängen und kaum abzuschütteln sind. Die Autoren beschreiben anhand kurzer Fallbeispiele, dass es und wie es in der KIP um hilfreiche Bilder geht. Die Imaginationen werden aktiv, „katathym“ begleitet in einer therapeutischen, haltgebenden Beziehung, das Kind bleibt nicht allein mit möglicherweise unangenehmen Affekten. Einen besonderen Platz haben dabei unter anderem die Motive, die bewusst und sorgsam gewählt werden sollten. Deutlich werden dabei auch die große Verantwortung und das hohe Maß an Aufmerksamkeit, welche der Therapeut bzw. die Therapeutin zu leisten haben.

Beim Lesen des Buches wird die einfühlsame Haltung der Therapeuten gegenüber jedem einzelnen Patienten deutlich, die Methode und die Arbeitsweise sind geprägt von Wertschätzung, dem festen Vertrauen auf die inneren Stärken, die Ressourcen und die Autonomie des Kindes. Sehr eindrücklich sind hier die Beispiele längerer Psychotherapien, in welchen der Gewinn für die gesamte Entwicklung und mentale Reifung sichtbar wird.

Eine absolute Stärke des eigentlich relativ schmalen Buches aus meiner Sicht ist, dass der Leser/die Leserin anhand der Darlegung des Konzeptes der Katathym Imaginativen Psychotherapie und der Fallbeispiele sehr fundiert komplexe Themen wie die Bedeutung von Symbolen, Kreativität, innere Bilder und innere Repräsentanzen, entwicklungspsychologische Aspekte, Psychodynamik, Konfliktmodelle, Mentalisierungskonzepte und systemisches Wissen

verstehen und ggf. einzelne Elemente wie z.B. Symbole und Imaginationen in den eigenen Therapien anwenden kann. Dieses Buch bietet für jeden Psychotherapeuten einen umfassenden Einblick in die Entwicklungsbesonderheiten von Kindern und die Arbeit mit Symbolen und ist auch schulenübergreifend unbedingt zu empfehlen!

Für mich persönlich hat die KIP einen besonderen Stellenwert. Die KIP war in der DDR eine Möglichkeit, sozusagen durch die Hintertür eine psychodynamische Therapie zu lehren, zu lernen und anzuwenden. In meiner Heimatstadt Halle bzw. der Region gab es dank der KIP eine hervorragende Psychotherapieausbildung auch über diese schwierigen Zeiten hinaus dank der Arbeit von Frau Prof. Fikentscher und Herrn Prof. Hennig. Ohne sie gäbe es vielleicht die psychodynamische Psychotherapie so nicht im Osten der Republik.

Franz Wienand und Waltraut Bauer-Neustädter beschreiben verständlich und nachvollziehbar, welche Kräfte und welches Potential in der Arbeit mit geführten Imaginationen liegen. Das Buch lässt die Wirkung der Arbeit mit Symbolen, mit Imaginationen grundsätzlich verständlich werden und ist daher nicht nur für Therapeuten mit einer Ausbildung in der KIP geeignet, sondern für alle Therapeuten, die mit Kindern und Jugendlichen bildern, malen und spielen.

Wienand, Franz und Bauer-Neustädter, Waltraut (2022): Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Grundlagen und Praxis: Kohlhammer, € 36,00 (ISBN-13 978-3-17-034230-9, auch als pdf und epub erhältlich)

Rezensentin:

Dr. med. Annegret Brauer

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Fachärztin für Humangenetik

Ludwig-Wucherer-Str. 80

06108 Halle (Saale)

E-Mail: brauer@bkjpp.de

Website: www.kinderpsychiatrie-halle.de

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im Mitgliederrundbrief des „Forum II-1997“ beklagt der Vorsitzende des BKJPP die geringe faktische und finanzielle Mitwirkung der meisten niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen an der geplanten „**Leistungs- und Kostenanalyse kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Praxen**“. Analog zur „Nervenarzt-Studie“ in der die Leistungs- und Wirtschaftsdaten von 1065 nervenärztlichen Praxen, 20 % aller Niedergelassenen, analysiert wurden, sollten auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Daten erhoben und evaluiert werden, um dadurch nicht nur einen Überblick über das Leistungsspektrum, sondern vor allem faktenbasierte Argumente in den Verhandlungen mit den KVen und den Krankenkassen zu gewinnen. Die Rückmeldung der Daten erfolgte ebenso zögerlich wie die finanzielle Unterstützung des Projektes. Diese Erhebung samt Auswertung durch das „Institut für Fortschrittliches Controlling – IFC“ unter Leitung von Prof. Dr. Notger Carl kostete 25.000 DM, damals für den BKJPP eine sehr hohe Summe, zumal der reguläre Mitgliedsbeitrag nur 360 DM, reduziert 120 DM, betrug, so dass um eine Kostenbeteiligung in Höhe von 100 bis 250 DM gebeten wurde. Die zusätzliche Einzelanalyse der Praxisdaten sollte 500 DM kosten. Trotz aller Widrigkeiten konnte diese Kostenstrukturanalyse im März 1998 fertiggestellt werden und ist auch heute noch verfügbar.

Die **Nervenarzt-Studie** wurde in dem Heft von den Verfassern vorgestellt.

F. Wienand und L. Lam berichteten über den Stand der **Basisdokumentation** in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die von der gemeinsamen Qualitätskommission der drei KJP-Verbände entwickelt worden war.

Die **Landesgruppen** von Mecklenburg-Vorpommern und dem Saarland informierten aus ihren Regionen.

In einer **Resolution der U.E.M.S.** wird eindringlich appelliert, jeglichen Versuch von Institutionen, auch den von Krankenkassen, zurückzuweisen, die

wesentlichen Arbeitsweisen von Fachärzten einzuschränken, in diesem Fall die neurologische und körperliche Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In „**Rechtsfragen – aktuell**“ stellte Dr. jur. Rudolf Ratzel zwei Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vor. In der einen ging es um den HVM der KV Süd-Württemberg, in der anderen um die Frage, ob gleiche Leistungen je nach Fachgruppe unterschiedlich honoriert werden dürfen.

In einem weiteren Beitrag ging es um zwei Entscheidungen des BSG bezüglich des Spielraums der Selbstverwaltung im Bereich der Honorarverteilung.

Von den 5 **Buchbesprechungen** möchte ich die 2 von Reinhard Schydlo verfassten wegen leider bleibender und aktueller Relevanz hervorheben, beides Werke von Eugen Jungjohann: „Das Dilemma des mißhandelten Kindes“ und „Die Kriegskinder von Sarajevo“.

Der **Wissenschaftsteil** des „Forum“ war von praxisrelevanten Themen geprägt, die jedoch auch zu einem Blick über den eignen Gartenzaun animierten.

Rudolf Haubl, Augsburg weitete in „*Das Veralten der Psychoanalyse und die Antiquiertheit des Menschen – Über Psychoanalyse und Zeitgeist*“ den Blick u. a. auf die Inflationierung des Psychotherapiebegriffes, den Effizienz-Diskurs und die Machtfrage in der Therapie und im Therapiesystem. Weitere Kapitel behandelten „Psychoanalytische Behandlungsethik“, Identitätsstiftung und Wissenschaft“, „Selbstwertdienliche Mythen und Realität“, „Radikale Subjektivität“ und „Die Zukunft der Psychoanalyse“.

Jörg M. Fegert, Berlin, stellte umfassend „*Die freie Arztwahl und das Wunsch- und Wahlrecht der Anspruchsträger in der Jugendhilfe – Zur interdisziplinären Umsetzung von Hilfen für von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche*“ dar. Diese grundsätzlichen Überlegungen können auch heute noch hilfreich in der Zusammenarbeit und in der Auseinandersetzung mit der Jugendhilfe und anderen Institutionen sein.

Andreas Warnke und Christoph Wewetzer, Würzburg, klärten die praxisrelevante Frage „*Teilleistungsschwächen – seelische Behinderung*“ und inwieweit sich daraus für Betroffene Rechte und Ansprüche aus dem KJHG und dem BSHG ergeben.

Wolfram Kinze, Lübben, diskutiert „*Integrative therapeutische Strategien bei hyperkinetischem Syndrom*“. Neben Beratung, Übungsbehandlung und medikamentöser Behandlung geht er auch auf die „oligoantigenen Diäten“

ein. Diese Alternative der Behandlung, die vor Jahrzehnten eine gewisse Mode darstellte, vor allem im komplementären Bereich, dann aber zunehmend als obsolet angesehen und vergessen wurde, gewinnt evtl. mit neueren Forschungen zur Neurobiotik und zur Darm-Hirn-Achse Aktualität und eröffnet evtl. neue Therapieoptionen, jenseits jeder Esoterik.

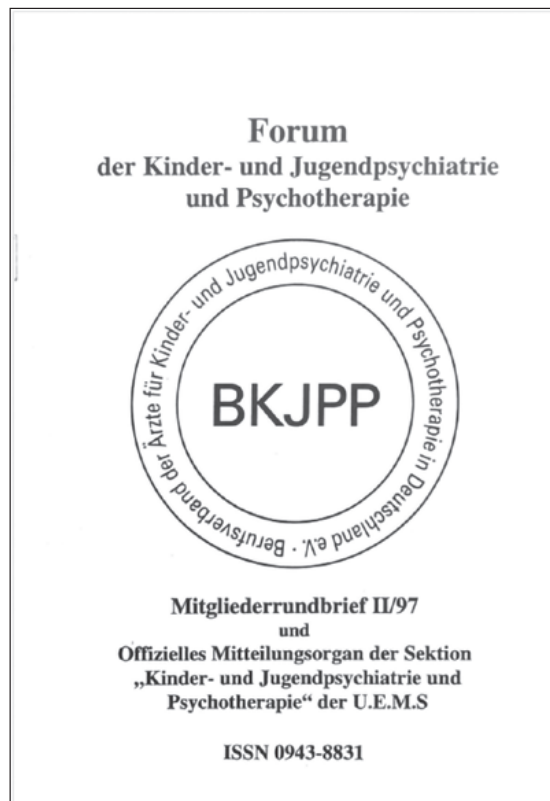
Dieser Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Auch beherzenswert in dieser beunruhigenden Zeit ist das Gedicht von Peter Rühmkorf, mit dem das „Forum II/1997“ eingeleitet wurde. Es sei erlaubt, dieses nach 25 Jahren noch einmal in Ihr Herz zu legen.

Was berufspolitisch im Sommer 1997 wichtig war und was alles im Forum III/1997 stand, das erfahren Sie im „forum 3-2022“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Förderpreis 2022 der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Der Vorstand und das Kuratorium der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter hat

Frau M. Sc. Marlene Finkbeiner

und der Projektgruppe DigiPuR,

Dr. Jan Kühnhausen, Dr. Johanna Schmid,

Dr. Ute Dürrwächter, Prof. Dr. Annette Conzelmann,

Prof. Dr. Augustin Kelava, Prof. Dr. Caterina Gawrilow,

Prof. Dr. Tobias J. Renner

für Ihr Projekt

„DigiPuR – Digital unterstützte Psychotherapie und Reintegration von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen nach einem teil- oder vollstationären Klinikaufenthalt“

den Förderpreis 2022 verliehen.

Dieser Preis ist mit 10.000 Euro dotiert.

Laudatio

Wir freuen uns seitens des Kuratoriums und des Vorstandes der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, auch dieses Jahr wieder einen Förderpreis für ein interessantes Projekt ausloben zu können. Wir haben uns seitens der Stiftung dazu entschlossen, diesmal den thematischen Schwerpunkt „Psyche und Internet“ vorzugeben, um durch den Förderpreis den Fokus auf dieses klinisch für uns in den verschiedenen Versorgungsstufen sehr relevanten Themas legen zu können. Im Rahmen der Einreichung wurden drei Arbeiten an die Stiftung herangetragen, wobei das hier vorgestellte Projekt „DigiPuR“ mit breitem Konsens der Kuratoriumsmitgliederinnen und Kuratoriumsmitglieder ausgewählt wurde.

Das von Frau Marlene Finkbeiner eingereichte Projekt basiert auf einer Intervention der Arbeitsgruppe am Universitätsklinikum Tübingen und an der Universität Tübingen. Beteiligt an dem Projekt sind Herr Professor Renner, Frau Professor Gawrilow, Herr Professor Kelava, Frau Professor Conzelmann, Frau Dr. Dürrwächter, Frau Dr. Schmid, Frau Dr. Kühnhausen und Frau Finkbeiner.

Das Projekt „Digitalunterstützte Psychotherapie und Reintegration von Kindern- und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen nach einem teil- oder vollstationären Klinikaufenthalt (DigiPuR)“ widmet sich der Nachsorge nach einem (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischem Aufenthalt. Es geht hier um eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. Im Rahmen des Projekts wird eine reguläre Nachsorge als „Treatment as usual“ (TAU) mit einem digitalen Nachsorgeangebot verglichen. In die Untersuchung werden sowohl die Kinder- und Jugendlichen als auch deren Eltern und Lehrkräfte miteinbezogen. Im Rahmen der Intervention besteht mittels eines gesicherten Messengersystems ein direkter Kommunikationsweg zur Klinik. Als Zielgrößen sollen die Frequenz der Wiederaufnahmen, die Behandlungszufriedenheit und die Symptomschwere sowie die Lebensqualität erfasst werden.

Basierend auf der an der Universitätsklinik für Tübingen vorhandenen Vorarbeiten zu digitalen Interventionen wurde übergreifend mit Arbeitsbereichen der Universität Tübingen das Projekt kreiert. Die Kinder und Jugendlichen nehmen nach der Entlassung aus einem (teil-) stationären Aufenthalt an mehreren Videotelefonaten mit fallführenden Therapeut*innen teil, bei Bedarf werden auch andere Personen aus externen Hilfesystemen mit einbezogen. Zusätzlich können auch Lehrkräfte einbezogen werden. Als weitere Unterstützung für diesen Bereich wurde das Handbuch „Psychisch Erkrankte im schulischen Umfeld“ entwickelt. Über eine eigene App können Rückmeldungen an Therapeut*innen datengeschützt weitergeleitet werden, so dass hier ein neuer Kommunikationsweg während der Nachsorge geschaffen wird.

Das Projekt wurde bereits im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich am Universitätsklinikum Tübingen implementiert. Nun wird eine multizentrische Ausweitung angestrebt. Bis April 2022 wird das Projekt auch vom Ministerium für Soziales und Integration des Landes Baden-Württemberg gefördert.

Das Kuratorium und Vorstand haben die Zuerkennung des Förderpreises für dieses Projekt ausgesprochen da es sich um eine klinisch relevante Anwendung digitaler Methoden im Sinne einer erweiterten poststationären Versorgungsstruktur handelt, die eine vorhandene Kommunikationslücke unter Zu-

hilfenahme neuer Medien zu schließen versucht. Dies bietet die Möglichkeit zur Prävention von Krisen.

Der Antrag wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe mit umfangreichen Vorarbeiten und Vorerfahrungen im Forschungsgebiet ausgearbeitet und besticht durch einen klar aufgebauten Versuchsablauf und eine klinisch hoch relevante Zielsetzung.

Das Projekt hat Exzellenz bereits durch Förderung weiterer Drittmittelgeber gezeigt.

Eine spätere Nutzung des Verfahrens zur Einbeziehung der ambulanten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen in die Nachsorge ist seitens des Verfahrens möglich und wünschenswert.

Wir gratulieren herzlich und wünschen dem Projekt alles Gute!

Magdeburg, den 18. Mai 2022

Für den Vorstand: Für das Kuratorium:

Christian K. D. Moik Univ.-Prof. Dr. med. Paul Plener, MHBA



Zur Preisverleihung auf dem Kongress der DGKJP in Magdeburg am 18.05.2022. V.l.n.r.: Christian K.D. Moik, Prof. Dr. Paul Plener, Marlene Finkbeiner

Ankündigung: Im Herbst 2022 wird der Förderpreis 2024 der Stiftung-KJPP ausgeschrieben werden.

Hinweise für Autor*innen

1. Das *forum* für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint 4 x pro Jahr. Manuskripte nimmt die Redaktionsleitung Dr. Maik Herberhold (herberhold@bkjpp.de oder redaktion-forum@bkjpp.de) entgegen

2. Urheberrecht / Rechtseinräumung / Copyright:

Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheidet die Redaktion. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Herausgeber, den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP e.V.) über. Der/die Autor:in bestätigt und garantiert, dass er/sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an dem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.

Der/die Autor:in räumt - und zwar auch zur Verwertung seines/ihrer Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Vor Publikation eines Beitrages überträgt der/die Autor:in dem Herausgeber das ausschließliche geographische und zeitlich unbeschränkte Recht der Speicherung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe.

3. Interessenkonflikte:

Die Autor:innen sind verpflichtet, alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen Interessenskonflikt sieht oder nicht.

4. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor:innen: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.
- ✓ Vollständige Anschrift der Autor:innen einschließlich akademischer Titel. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.

- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen, ca. 1500 pro Seite), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand. Eine durchschnittliche Seite im *forum* hat ca. 350 Wörter, ca. 2.600 Buchstaben mit Leerstellen.
- ✓ Die Zahl der Abbildungen ist nicht begrenzt. Farbabbildungen sind möglich, erhöhen aber u. U. die Druckkosten. Im Manuskript die Abbildungen, die farbig erscheinen sollen, kennzeichnen.
- ✓ Bitte Grafiken und Fotos stets als Originaldateien mailen, da die Qualität durch Einfügen in Word sich oft deutlich verschlechtert. Bitte im Text erwähnen, welche Grafik- bzw. Bilddatei an welche Stelle.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor:in und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Autor:innen, Erscheinungsjahr, Titel, Erscheinungsangaben; bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift, Band, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verleger.
- ✓ Zitierregeln nach APA-Richtlinien, siehe <https://www.scribbr.de/zitieren/apa-generator/>: Cropp und Claaßen (2021) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Schrobildgen et al., 2019) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Auch folgende Formen von Arbeiten können zitiert und ins Literaturverzeichnis aufgenommen werden: in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte.
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift, Verzeichnis der Abkürzungen <https://de-academic.com/dic.nsf/dewiki/855488>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten).

Beispiele:

Cropp, C., Claaßen, B. (2021). Reliabilität und Validität des OPD-KJ-Konfliktfragebogens bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother., 49, 377-385

Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79

Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten das Manuskript in der endgültigen Fassung im PDF-Format und 3 Hefte unentgeltlich als Belegexemplare.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Name / Titel, Vorname: _____
 geb. am: _____ Fortbildungsnummer: _____
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie) ja: nein:
 Kinder- und Jugendmedizin: Psychiatrie und Psychotherapie: Neurologie: Psychotherapeutische/Psychosomatische
 Medizin: Nervenheilkunde: Andere: SPV-Praxis:

Jährliche Mitgliedsbeiträge ab 2016 (gem. der MV-Entscheidung 11/2013):

Niedergelassene mit eigener Kassenzulassung, MVZ-Inhaber	€ 500,00
Angestellte/verbeamtete Fachärzte (CÄ, OÄ, u.a. FÄ):	€ 120,00
Assistenzärzte, Fachärzte mit 50 % - Stelle	€ 60,00
Rentner	€ 0,00
Reduzierter Beitrag bei Einkommen unter € 50.000	€ 350,00 (auf Antrag mit Nachweis bis Dezember für Folgejahr)
Sonstige	Einzelfallprüfung

** in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Dienstanschrift: _____ Praxis: Klinik: Angestellt:
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
 Privatschrift ab:
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ E-Mail: _____
 Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: Dienstanschrift Privatschrift Bundesland: _____
 Ich wünsche die Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter www.bkjpp.de

Funktion : Klinik Praxis Angestellt MVZ Facharzt Chefarzt Oberarzt
 Weiterbildungsassistent im _____WB-Jahr) Andere: _____
 ermächtigt zur Weiterbildung: ja nein
 Zust. Landesärztekammer: _____ Landes-KV: _____

Zahlungsweise:

- Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages**
 Ich bin damit einverstanden, dass meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____
 IBAN: _____ BIC: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift

Zur besseren Lesbarkeit von Personenbezeichnungen und personenbezogenen Wörtern wurde die männliche Form genutzt. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter.
 * in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

ABONNEMENT FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Name / Titel / Vorname: _____
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail : _____

- Ich abonniere das FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum
 Jahresabonnementspreis von € 46,00

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres schriftlich widerrufe.

Ort / Datum : _____ Unterschrift: _____

Zahlungsweise:

- Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Abonnement
 Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Beitragsrechnung als pdf-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates :

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC.: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Deutsche Ärzte- und Apothekerbank, IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN00000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____

Informationen für Anzeigenkunden

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.



Media Daten 2022

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Anzeigenschaltung im „Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen betreffend Anzeigenaufträgen, Anzeigenbuchungen, Platzierungen und Rechnungen direkt an die Firma Meta Druck, Herrn Thomas Didier.

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 350 Kliniken.

Auflage 1.450 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

Format: 170 x 240 mm, Klebebindung (80 bis 160 Seiten)

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Umbach 4
55116 Mainz
Tel.: 06131 6 93 80 70
Fax: 06131 6 93 80 72
mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

Meta Druck, Thomas Didier
Eylauer Str. 10
10965 Berlin
Tel.: 030 617 02 147
didier@metadruck.de

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

Bitte senden Sie Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an didier@metadruck.de

Bitte beachten Sie die Formate (Breite x Höhe) weiter unten. Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat.

Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei.

Als Service für Mitglieder im BKJPP sind Layouthilfen und Korrekturen möglich.

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

Alle Preise zuzüglich 19% Mehrwertsteuer. Zusammen mit der Rechnung erhalten Sie ein Belegexemplar.

<p>1 ganze Seite</p>	<p>130 x 195 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 1.400,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 650,- Euro Mitglieder 300,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro</p> <p>auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt</p>	<p>halbe Seite</p>	<p>130 x 95 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 750,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 370,- Euro Mitglieder 200,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro</p>
<p>drittel Seite</p>	<p>130 x 62 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 500,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 220,- Euro Mitglieder 150,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro</p>	<p>Umschlag Innenseiten</p>	<p>Sonderseiten Umschlag</p> <p>170 x 240 mm, nur 4c Farbe</p> <p>Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro</p> <p>Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.</p>

Termine 2022

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2022	15. März 2022	14. KW 2022
2-2022	15. Juni 2022	27. KW 2022
3-2022	15. September 2022	40. KW 2022
4-2022	12. Dezember 2022	52. KW 2022

* Änderungen vorbehalten

Impressum

**forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie**
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles
Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.
Forum Verlag – Aachen
ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

*Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Annegret Brauer, Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski,
Christian K. D. Moik, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand*
Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Maik Herberhold, herberhold@bkjpp.de
E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Dr. med. Daniela Thron-Kämmerer, Nicole Kauschmann-Loos
Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank
IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin
e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: *forum*/Weiße Seiten 4-mal jährlich

Mitgliederrundbrief/Gelbe Seiten 2-mal jährlich (März und September)

Der Bezug des *forums* ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Das „*forum* für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.

