

# Enuresis bij kinderen: nóg een andere invalshoek

DOOR DRS. H. BENDERS, ZIEKENHUISPSYCHOLOOG\*

## INLEIDING

Aan het slot van dit artikel vindt men geen uitvoerige verwijzing naar literatuur, daar het niet mijn bedoeling is een doorwrochte, met statistische analyses gekruide en bekroonde studie af te leveren.

Op grond van bepaalde inzichten en toetsing daarvan in een aantal praktische situaties, groeide de behoefte lucht te geven aan hetgeen tot nu toe „op de vierkante meter” werd geprobeerd. Als referentiepunt neem ik het boek „Kinderen met enuresis” van Dr. G. A. de Jonge, daar het mijns inziens een goed en bijdetijds overzicht geeft van de vele aspecten van enuresis bij kinderen.

Het oorzakenpakket, gekoppeld aan enuresis, is bont van samenstelling en van daaruit is te verklaren, dat beoefenaars van velerlei disciplines zich met het verschijnsel bezighouden. Ook de psycholoog staat met zijn bordje in de rij en vraagt zich af hoe de daarop gedeponeerde kluit te hanteren.

Wij zien het volgende: het kind hééft enuresis, het kind is enuresis, de ouders hebben een kind met enuresis, de ouders zijn een kind met enuresis. De enuresis is dan een groot probleem geworden en, na aanvankelijk afwachten, na medicamenten van eenvoudige snit te hebben „geprobeerd”, na eventueel nog wat voorhoedegevechten te hebben geleverd, wordt krachtig aan de bel getrokken. De kinderarts, de neuroloog, de uroloog doen uitvoerig onderzoek en kunnen in een aantal gevallen de narigheid ten goede beïnvloeden of ten minste verklaren. Een gedeelte der gevallen blijkt echter resistent tegen elke benadering uit de medisch-somatische sfeer en er valt dan ook geen enkele afwijking of defect aan te wijzen. Wanneer deze wegen zijn ver-

kend en afgelopen, kan er nog een lichtelijk met gras begroeide klinkerweg worden ingeslagen die naar het oerwoud van de psyche schijnt te leiden. Daarbinnen zijn meerdere paden gekapt: psychofarmaca, conditionering (enurotone bijvoorbeeld), psychotherapie. Vooral inschakeling van psychofarmaca moet iemand op zijn hoede doen zijn voor totale ontbladering (intoxicatie); er wordt ten aanzien van deze behandelingsmethode bovendien gewezen op het veelvuldig optreden van recidive.

## LEREN

*De Jonge* haalt *Muellner* aan: „It is not possible for any parent to teach the child the complex use of the various muscle groups or to coördinate them in such a fashion as to develop mastery over the voluntary mechanism”.

Velen zouden deze opvatting zijn toegedaan. Het is maar de vraag wat onder het „aanleren door de ouders” wordt verstaan. Een directe beïnvloeding, leidend tot het adequaat kunnen hanteren van deze systemen door het kind, is inderdaad moeilijk voor te stellen, maar er zijn andere wegen waarlangs iets kan worden geleerd.

Mede omdat de meeste kinderen tussen het eerste en vierde levensjaar zindelijk worden, kan men geheel met de stelling (*Mac Keith*) meegaan, dat deze periode de gevoelige leerfase voor dit proces is. Ontwikkelingspsychologisch gezien is deze zelfde periode echter ook de gevoelige leerfase voor een groot aantal andere aspecten van zeer verscheiden aard, welke in feite alle als vormen van gedrag kunnen worden beschouwd. Van belang is dat in deze context ook (on)zindelijk zijn als een wijze van zich gedragen wordt gedefinieerd.

---

**Samenvatting.** Waar de etiologie van enuresis vergelijkbaar is met een bont palet, heeft het geen verwondering te wekken, dat er ook vele therapeutische invalswegen zijn. Sommige daarvan leiden naar succes, andere lopen dood. Met name wanneer wordt aangenomen, dat de problemen liggen in de sfeer van de psyche, kan men in mistbanken verzeild raken.

Er wordt door velen betoogd, dat men een kind niet kan leren de processen die de enuresis in stand houden, te „beheersen”; de opvoeding zou in deze context van ondergeschikte betekenis zijn. De vraag is echter wat men verstaat onder „leren”, hoe men zich het verloop van het leerproces voorstelt.

Er wordt een uit de leer- en ontwikkelingspsychologie stammende analyse van het leerproces beschreven, die moet verduidelijken, dat het (jonge) kind gedragingen van velerlei aard kan aanleren via de weg van „sociale versterking”. In dit kader wordt aangehouden, dat de functionele vorm van enuresis kán zijn aangeleerd. Het zijn over het algemeen de ouders (moeder), die de gang van het leerproces bepalen. Wanneer men het kind van de enuresis wil bevrijden, dient men derhalve de ouders in te voeren in een systeem, dat kan bewerkstelligen, dat de enuresis wordt afgeleerd. Naarmate het kind jonger is, is er meer kans hem ten gunste te beïnvloeden.

Ter illustratie wordt een casus geheel uitgewerkt.

---

## SOCIAAL LEREN

In de praktijk van alle dag kan men ervaren, dat de manier waarop — met name door de ouders — met het enuresiskind wordt omgegaan, van grote invloed is op zijn enuresisgedrag. Dat is begrijpelijk, daar de sociale contacten tussen het kind en zijn directe en meer verwijderde omgeving in hoge mate het kinderlijk gedrag in het algemeen bepalen.

Bestaand gedrag is ontstaan; ook in het ontstaan van het gedrag heeft het milieu een zeer wezenlijk aandeel gehad: via de wijze van omgang met het kind door derden worden gedragsvormen als het ware geleerd. Binnen die omgang met het kind staan de sociale facetten centraal.

\* Verbonden aan het Wilhelmina Ziekenhuis te Assen.

Concreet gesteld: als gedrag kan worden geleerd, kan — in principe — ook enuresis het gevolg zijn van een bepaald leerproces.

(Zoals uit het voorafgaande kan worden afgeleid, wordt hier over een categorie enuresiskinderen gesproken, bij wie nauwgezet medisch onderzoek geen „tastbare” verklaring heeft opgeleverd voor de enuresis, over wat kan worden genoemd: functionele enuresis. Er wordt binnen het door ons gehanteerde concept niet onderscheiden naar iets als diurna/nocturna, primair/secundair. Ten aanzien van het adagium van De Jonge „... dat een goede therapie niet is gericht op de enuresis van het kind, maar op het kind met de enuresis” moet in dit geval worden opgemerkt, dat het veeleer gaat om de ouders (casu quo de verder verwijderde omgeving) van het kind met enuresis.)

Alvorens de eerdergeplaatste globale opmerkingen toe te spitsen en in termen van de enuresis te specificeren, is het nodig in meer algemene zin iets te zeggen over het verloop van het sociale leerproces en de betekenis ervan; al te diep kunnen wij er in dit bestek niet op ingaan.

Nadat *Hendriks* en *Mönks* hebben gezegd, dat is aangetoond dat ook het inschakelen van gevoelens en motieven kan worden geleerd, dat de motivatie die het kind een bepaald gedrag doet vertonen, vooral een sociale motivatie is, stellen zij: „Hoe dan ook, bij het gedrag van het kind speelt een partner een rol. Zijn leerproces wordt niet alleen door sociale interactie op gang gebracht, maar het wordt tevens in stand gehouden door reële of verwachte sociale interactie”. Een van de meest essentiële voorwaarden voor dit sociale leerproces is de aanwezigheid van een model (moeder, vader, enzovoort). Het gedrag van het model wordt nagebootst en naarmate het kind ouder wordt, zullen de wezenlijke aspecten uit de modellsituatie tot basis van het eigen handelen gaan dienen. Dit modeleren nu vindt met name in hoge mate plaats op jonge leeftijd, in de peuter- en kleuterfase. Al veel

vroeger echter wordt de aanzet gegeven: voordat de eerste achttien levensmaanden om zijn leert het kind reageren op menselijke gedragingen. Het zoekt zich te hechten aan vaste personen en van belang is hier de stabiliteit van de communicatie.

„Het sociale leren, waarbij door hechtingsgedrag sociale gedragingen tot ontwikkeling komen, vormt de basis voor het aanleren van zowel adequaat als afwijkend gedrag” en: „Ontvankelijkheid voor sociale stimuli is een onmisbare basis voor normaal gedrag” (*Hendriks* en *Mönks*). Welke fundamentele invloeden er ook kunnen uitgaan van andere determinanten van menselijk gedrag (het genetisch aspect bijvoorbeeld), altijd moet groot gewicht aan deze interactieprocessen worden toegekend.

#### MODEL-LEREN

Langs welke wegen verloopt nu het model-leren? In een, ook affectief, gunstige opvoedingssituatie, zien wij het kind een aantal fasen doorlopen; door stabiliteit kan het zich hechten aan de moeder (wij noemen haar, omdat zij gewoonlijk het meest intensief met het jonge kind optrekt); vanuit deze „wij-sfeer” groeit de neiging van het kind zich met de moeder te identificeren; vervolgens komt het in deze positieve atmosfeer tot imiteren van het gedrag van de moeder. Deze belooft dit gedrag, versterkt het derhalve en motiveert het kind zo het gedrag vaker te tonen; het kind ontwikkelt langzaam meer eigen gedrag, de moeder „belooft” gewenst gedrag en „straft” ongewenst gedrag, zij modelleert voortdurend.

Omdat het kind de moeder als plezierig ervaart (veel positieve versterking van zijn gedrag), is hij gemotiveerd gewenst gedrag te vertonen. Continuïteit in dezen draagt bij tot het individualiseringsproces. „Individualisering is een vereiste voor een optimale socialisering, voor sociaal aangepast gedrag”, aldus weer *Hendriks* en *Mönks*.

Hetgeen hiervoor is beschreven is een vrij schematische weergave van een complex geheel. Wij hebben bijvoorbeeld alleen over de moeder gesproken en niet over anderen met wie het kind te maken kan hebben. Bekend is echter, dat het kind langs de weg der generalisatie ook gevoelig wordt voor de impulsen die van derden uitgaan.

*Van Lieshout* stelt: „De nog schaarse resultaten van onderzoek betreffende gedragsbeïnvloeding via model-leren wijzen erop, dat deze vorm van leren een veelheid van gedragingen beïnvloedt”. Hij noemt als gedragingen die onderwerp van onderzoek waren: verbaal gedrag, emotioneel gedrag, angstgedrag, overtredingsgedrag.

#### ZINDELJKHEID EN OPVOEDING

Nu terug naar de enuresis, waarvan al is opgemerkt, dat zij als een vorm van gedrag wordt beschouwd. Ook voor de enuresis geldt wat voor alle gedrag werd vermeld: aan de interactieprocessen moet groot gewicht worden toegekend, „zindelijkheid en opvoeding” zijn nauw verweven. Het vóórkomen van enuresis wordt nu genoemd de consequentie van een inadequaat proces van sociaal leren, het is er de uitdrukking van dat het individualiseringsproces gebrekkig is verlopen. Er was voor het kind onvoldoende hechtingsmogelijkheid, onvoldoende identificatie derhalve enzovoort.

In deze sequentie kan een extra belasting voor het kind worden ingevoerd op het moment dat de ouders de enuresis als een probleem gaan ervaren en dit het kind duidelijk is: irritatie, boosheid, schaamte, teleurstelling van ouderswege worden door het kind ervaren als negatieve reacties, de motivering het gewenste gedrag (zindelijkheid) te demonstreren wordt, zonder dat het kind dat bewust in de hand heeft, ondermijnd. (Natuurlijk heeft deze voorbewuste „kennis” een negatief generaliserend effect bij het kind, zijn psyche krijgt een knauw).

## CONCLUSIE

De gevolgtrekkingen voor de praktijk zijn de volgende:

— Er is een diepgaande anamnestiche exploratie nodig. De pedagogische aanpak en „sfeer” met betrekking tot het kind dient goed in kaart te worden gebracht. Het is de vraag of de medicus in alle gevallen in staat is op de niet-medische aspecten terzake kundig en voldoende diep in te gaan; samenwerking van vertegenwoordigers van diverse disciplines lijkt hier voor de hand te liggen.

— Geneeskundig onderzoek dient vooraf te gaan aan de gedachte de psycholoog in te schakelen; het is van belang dat er een redelijke mate van zekerheid bestaat, dat men de bron van de narigheid niet moet zoeken in bijvoorbeeld urologische of organisch-cerebrale sfeer.

— „Functionele” enuresis is aangeleerd en kan — in beginsel — worden afgeleerd. Het leerresultaat (positief of negatief) komt uit handen van derden (moeder, vader).

— *De Jonge* geeft een overzicht van meningen betreffende de optimale leeftijd voor behandeling van enuresis. De opvattingen lopen sterk uiteen.

Op grond van de hier ontwikkelde visie (gevoeligheid voor model-leren) moet worden aangeraden het kind met enuresis op de leeftijd van ongeveer drie, vier jaar te laten onderzoeken. Naar mijn mening is dit ook daarom aanbevelingswaard, omdat de narigheden — onder andere sociale contactneming — voor het oudere enuresiskind werkelijk groot kunnen zijn (aanwijzingen tevens uit eigen onderzoek).

Ik zou ervoor willen pleiten, dat op dit punt systematisch en op uitgebreide schaal wordt voorgelicht. Hoe ouder het kind, hoe moeilijker het is, via beïnvloeding van bijvoorbeeld de kant van de ouders, iets uit te richten.

## DE PRAKTIJK

Uiteraard zou dit artikel niet zijn

geschreven, als niet was gebleken, dat er successen zijn te boeken met een benadering vanuit de beschreven gedachtengang. Ik geef daarvan aan het slot van dit artikel een uitgewerkt voorbeeld. De „behandeling” is echter een arbeidsintensieve zaak, die veel tijd en inzet vraagt van zowel ouders als behandelaar. Via het gesprek rondom de enuresis kan men meestal wel vaststellen uit welk algemeen pedagogisch vaatje de ouders tappen; in veel gevallen laat dat te wensen over. Wanneer de indruk bestaat — of tijdens de behandeling ontstaat — dat de ouders, of een van beiden, om welke reden dan ook niet in staat zijn de gewenste positieve sfeer te scheppen, kan dat betekenen, dat de contacten moeten worden beëindigd.

Hoewel het de bedoeling is de enuresis op te heffen, gaat het er meer om de ouders duidelijk te maken waaraan in het algemeen moet worden voldaan wil het kind zich op zijn gemak en aangesproken voelen. Uitleg van de beschreven dynamiek is dan altijd nodig en er wordt geprobeerd in de primaire omgeving — het gezin — de noodzakelijke processen alsnog op gang te helpen. Soms kan dit tot gevolg hebben, dat de ouders zich in hun benadering van het kind 180 graden moeten draaien; er kan geen sprake meer zijn van irritatie, schaamte, teleurstelling, enzovoort. Natuurlijk behoeft men zich niet ineens als „blijde ouder” te gaan gedragen, maar wel zal zeer bewust moeten worden getracht positieve versterking aan het kind te geven, met name ook buiten de enuresissituatie om. Men zal het kind bijvoorbeeld prijzen als het iets goed doet en zo langs een omweg proberen alsnog iets van een identificatieproces op gang te doen komen. Vandaar kan men verder zien. Het is dikwijls immers zo, dat de ouders het kind in al zijn gedragingen bezien als enuresiskind en hun pedagogiek in dat kader stellen. Deze houding moet worden doorbroken. Het houdt voor de behandelaar in, dat hij — zeker aanvankelijk — intensief contact met de ouders heeft,

mondeling en/of schriftelijk. Er wordt met betrekking tot de enuresis meestal een programma opgesteld dat vrijwel buiten het kind omgaat; een onderdeel daarvan is, dat de ouders gedurende enkele weken een lijstje bijhouden van tijdstippen, waarop zij hun kind „nat” vonden. Er kan in dit bestek niet te diep op worden ingegaan, maar dit programma heeft meer betekenis dan op grond van zijn feitelijke inhoud kan worden verondersteld (zie onder Toelichting). De behandelaar is actief met het kind bezig; hij is een nieuwe, verse responsiemogelijkheid in een dikwijls uitzichtloze situatie. Hij is het identificatiepunt voor de ouders en soms, zoals bij een wat ouder meisje bleek, voor het kind zelf. Ouders of kind bellen op, schrijven een brief en het is plezierig, maar ook zeer nuttig wanneer positieve versterking kan worden gegeven. Wanneer dan de enuresis verdwijnt, kan men aannemen, dat het gehele pedagogische klimaat een verandering ten goede heeft ondergaan.

## TOELICHTING

Ter illustratie van hetgeen hier is gesteld wordt nu een voorbeeld geheel uitgewerkt.

Geke is tien jaar als zij, wegens hardnekkige — primaire — enuresis nocturna in de kliniek voor kindergeneeskunde van ons ziekenhuis wordt opgenomen, teneinde uitgebreid onderzoek te ondergaan. Nadat de kinderarts G. F. Nelck haar heeft onderzocht („urologisch geen afwijkingen, elektro-encefalogram geen afwijkingen”), vraagt hij om een psychologisch onderzoek en tekent nog aan, dat het meisje in de vierde klas zit en dat vaststaat, dat zij naar de vijfde zal overgaan. De datum, waarop het psychologisch onderzoek plaatsvindt, is 20 juli.

Alvorens ons met Geke bezig te houden, spreken wij uitvoerig met — in dit geval — haar moeder. Zij deelt mede, dat deze dochter (er zijn nog drie meisjes in het gezin) nooit droog is geweest; slechts een enkele keer, als zij eens wat later naar bed ging,

lukt het haar de nacht droog door te komen. Moeder voegt eraan toe dat de oudste dochter zes jaar was, voordat zij 's nachts zindelijk kon zijn. Geke kan 's nachts erg onrustig zijn: zij transpireert dikwijls hevig, schreeuwt soms en men vindt haar hoofdkussens af en toe aan het voeteinde. Moeder voegt eraan toe, dat zij haar van klein kind af drukker vond dan de andere meisjes, zij meent echter niet, dat het kind „zenuwachtig” moet worden genoemd. Als baby evenwel was zij rustig, als boxkind kon zij soms erg gillen en wordt zij als „gejaagd” beschreven. Moeder vindt haar een levenslustig, lief kind, waarvan momenteel eigenlijk niets bijzonders kan worden gezegd.

De familie bewoont een boerderij. Inherent daaraan is de permanente drukte, het ononderbroken ritme van verzorging van vee, zorg voor het land, waarbij meestal beide ouders intensief zijn betrokken. Hoewel dit geenszins hoeft te betekenen dat de kinderen op de tweede plaats komen — integendeel meestal — is het toch zo, dat van voortdurende feitelijke aandacht voor hen lang niet altijd sprake kan zijn. Als er dan een buitenbeentje is dat eigenlijk wel erg is gebaat bij regelmatige attentie, kan men zich voorstellen dat dit in zo een situatie wat in de verdrukking raakt. In de tijd dat wij ons met het kind bezighouden, wordt de boerderij verbouwd en neemt vader zijn werk als fabrieksarbeider op. De boerderij als bedrijf wordt aangehouden. Het gezin heeft geen televisie.

Als wij met Geke zelf praten, zegt zij, dat zij is opgenomen, omdat zij altijd nat is 's nachts (sommige kinderen durven dat niet zo vrijuit naar voren te brengen), maar dat zij ook wel eens een hele tijd droog is. De wens is hier waarschijnlijk de vader van de gedachte. Op school gaat het goed, vindt zij; zij gaat er zonder tegenzin heen. Eigenlijk heeft zij geen problemen — alleen droomt zij soms over griezelige dingen: spoken in een donker huis, over rare mensen, maar altijd in het donker, „terwijl ik dat juist zo mooi vind”.

Zij beklagt zich nog over de vieze gehaktballen, die zij in het ziekenhuis krijgt te eten, maar dat is het dan wel.

Nadat Geke het, in deze gevallen gebruikelijke, psychologisch onderzoek heeft gehad (de oorzaak behoort, zoals eerder gezegd, niet in de hier aangeduide hoek te liggen) en is vastgesteld, dat er geen duidelijke concrete aanknopingspunten zijn, die als verklaring kunnen dienen voor het enuresisgedrag, hebben wij met moeder die hele aandachtskwestie doorgesproken; deze laat blijken, dat zij niet op alle gewenste essentiële ogenblikken voor Geke beschikbaar is. Zij komt goed mee in de uiteenzetting, is tot medewerking gemotiveerd en bereid — wat heel belangrijk is — op momenten dat het wel kan, Geke aandacht te geven en te werken vanuit de gedachtengang van „positieve versterking”. Tegelijkertijd verzochten wij moeder Geke gedurende twintig dagen 's nachts drie maal te controleren op nat/droog zijn en het meisje te laten plassen: voordat zij zelf naar bed gaat (tien à elf uur), om twee à drie uur en 's morgens bij het opstaan (circa zes uur). Deze controle heeft een dubbele functie: zij verschaft inzicht in de „dynamiek” van het feitelijke enuresisgedrag en zij dwingt moeder aandacht aan haar kind te geven. Hoewel het overzicht van de eerste twintig dagen al heel behoorlijk is, vertoont het toch nog vier „natte plekken”. Moeder heeft de lijst bijgehouden en schrijft dit briefje erbij: „Ik ben wel wat laat met de lijst van Geke, maar het was mij er helemaal doorgegaan; wij zijn namelijk aan het verbouwen in de boerderij, het was overal een chaos. In de week vanaf 30 augustus ging mijn man voor het eerst in de fabriek werken en had hij middagdienst. Zodoende kwamen wij 's avonds tegen elfen pas op bed. Dan lieten wij Geke plassen en dan 's morgens om half zes, als wij gingen melken. Zij is deze hele week droog geweest, maar nu gaan wij deze week tegen tien uur naar bed. Tweemaal was zij droog en twee maal weer nat 's morgens, dus zullen wij er om drie

uur weer uitgaan en hopelijk is zij dan weer droog”. (Omdat het bij moeder er „helemaal doorgegaan” was en zij in haar brief kennelijk over feiten schrijft die later plaatsvonden (eind augustus/begin september) en niet over de registratie van de twintigdaagse controleperiode (4 tot en met 23 augustus), klopt haar verhaal niet met de feiten. Dat is echter geenszins van belang. De brief ademt een sfeer van betrokkenheid en er iets voor willen overhebben, terwijl de ondertoon een positieve opstelling tegenover Geke en haar probleem verradert - en daarom vooral gaat het!).

In de volgende periode van twintig dagen vond de controle plaats om circa 10 uur 's avonds en om circa half zes 's morgens (ofschoon wij ook nog twaalf uur hadden genoemd ter preventie van nat worden later in de nacht). Het ons toegezonden lijstje over deze tijd bleek door Geke zelf geschreven - hier geldt vrij zeker, dat zij ons zag als „de verse responsiemogelijkheid”, als nieuw element in een vastgelopen situatie, dat zij zich bereid toonde iets voor ons te presteren. Overigens kregen wij nu zesmaal de melding „nat”. Moeder voegde enkele kleine opmerkingen toe; onder andere schreef zij bij een van de natmeldingen: „erg gedroomd”. Het geheel was een coproductie van moeder en dochter. Het begeleidend briefje van moeder luidt als volgt: „Hierbij doe ik u de lijsten toekomen die Geke heeft bijgehouden. Dat zij respectievelijk 26 en 27 (september) nat was, is vermoedelijk onze schuld, want toen hebben wij haar 's avonds niet opgenomen, omdat wij om 9 uur zelf al naar bed zijn gegaan. Wij vonden het zelf verder nogal goed, zodat wij gewoon zijn doorgegaan met om circa tien uur op te nemen, want om twaalf uur er weer uit leek mij erg vermoeiend, omdat ik zelf een slechte slaapster ben. Geke is sinds zij uit het ziekenhuis is gekomen vreselijk kribbig en onhebbelijk. Wij zullen hopen dat het nog weer wat bijkomt”. (Het is denkbaar, dat de kribbigheid er een uiting van is, dat

Geke zich wat meer meent te kunnen permitteren dan vroeger het geval was; het gedrag van haar moeder heeft ertoe geleid, dat zij enige ruimte om zich heen ervoer, die zij dan met stekelig gedrag — revanche misschien? — vult).

In mijn, naar zou blijken, laatste brief aan de moeder wordt Geke zelf expliciet betrokken - omdat zij ook zelf de lijst invulde. Er wordt nog eenmaal een overzicht gevraagd; tijdstippen circa tien uur en circa half zes, behelzende de periode van een maand. Het is nu Geke alleen die aan de lijst heeft gewerkt. In de periode van 13 oktober tot 13 november is zij niet één keer nat. Het briefje van moeder, dat wederom het overzicht vergezelt, luidt als volgt: „Hier doe ik u de lijst toekomen van Geke. U ziet hoe prima alles tot nu toe verloopt. Zij vindt het zelf ook geweldig fijn, dat begrijpt u wel en de kribbigheid wordt ook wel iets beter; het zal wel weer overwaaien, denk ik. 's Morgens gaat zij er altijd uit zichzelf uit, dus alleen 's avonds om tien uur nog maar (moeten wij haar wekken), maar dat is geen opgaaf en dat doen wij maar rustig zo door”.

In mijn reactie speel ik tenslotte in op Geke's eigen aandeel („zelf eruit”) door het aan haar over te laten als er iets in de tijden moet veranderen. Ik deel mede, dat ik van mijn kant geen aanleiding zie met de overzichten door te gaan en laat het aan de ouders opnieuw contact op te nemen

als er zich vragen of onverwachte ontwikkelingen zouden voordoen. Ik heb sindsdien niets meer gehoord.

In dit geval werd, zelfs vrij snel, succes geboekt. Het zal geen verwondering wekken, dat er ook teleurstellingen zijn.

Een brief van ouders die het moeilijk hadden met het tijdstip van controle in de nacht, eindigt met de zin: „Hopelijk vindt u nog iets, anders staken wij ermee”.

Soms ook ontdekken de ouders zelf — via de methode van strikte controle — een bepaald patroon in het enuresisgedrag. Een klein gedeelte uit een brief van de ouders van Sietske Sonja moge dat verduidelijken: „Ik neem Sonja 's avonds om een uur of half elf op. Die keren dat zij nat was, hebben wij een week 's avonds warm gegeten van 7 februari tot en met 14 februari. Na die tijd zijn wij weer 's middags warm gaan eten en toen was zij die nacht weer droog. Na die tijd is zij niet weer nat geweest”.

Hoewel ik besef, dat dit geval onder de rubriek „meevallers” kan worden bijgeschreven, is het toch zo, dat wij met de uiteengezette benadering zoveel positief effect registreren — in de vorm van verminderen of verdwijnen van enuresis en/of in de vorm van een verbetering in het opvoedingsklimaat met betrekking tot het enuresiskind — dat het ons voldoende versterking biedt op de ingeslagen weg voort te gaan.

*Summary. Enuresis in children: yet another approach. Given the variegated aetiology of enuresis, it is not surprising that there are many different therapeutic approaches. Some lead to success, whereas others prove to be dead-ends. Particularly if the underlying problems are believed to be psychological, one may end up in a fog.*

*Many have argued that a child cannot learn to „control” the processes which maintain enuresis; education is believed by these authors to be of subordinate importance in this context. The question is how one defines „learning”, i.e. how one conceives the learning process to be.*

*An analysis of the learning process as suggested by the psychology of learning and development is presented in an effort to elucidate that the child (infant) can learn various types of behaviour via „social reinforcement”. In this context it is postulated that the functional form of enuresis may have been learned. It is generally the parents (mother) who determine the course of the learning process. If a child is to be liberated from enuresis, therefore, the parents should be introduced to a system by which „un-learning” of the enuresis can be achieved. The chance of favourably influencing the child is as much better as the child is younger.*

*A detailed case history is presented to illustrate this theory.*

Hendriks, A. F. en F. J. Mönks. Opvoeding als sociaal leerproces. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1972.

Jonge, G. A. de. Kinderen met enuresis. Van Gorcum & Comp. N.V., Assen, 1969.

Lieshout, C. F. M. van. Het vaststellen van stabiliteit in de sociale interacties van kleuters. Berkhout B.V., Nijmegen, 1972.