

Märtens, Michael

**Betttränen als individuelles Symptom und systemisches Ereignis -
Überlegungen zur Verwendung hypnotherapeutischer Methoden
unter familiendynamischen Aspekten**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43 (1994) 2, S. 54-60

urn:nbn:de:bsz-psydok-37035

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- HUNDSALZ, A.: Erziehungsberatung zwischen Beratung und behördlicher Mitwirkung (Educational Guidance between Counseling and Official Participation) 157
- JAEDÉ, W./WOLF, J./ZELLER, B.: Das Freiburger Gruppeninterventionsprogramm für Kinder aus Trennungs- und Scheidungsfamilien (The Freiburg Group Intervention Program for Children from Separated and Divorced Families) 359
- KNOKE, H.: Rollenkonfusion in der Nachscheidungsphase (Role Confusion in the Phase after a Divorce) 366

Familientherapie

- CZECH, R./WERNITZNIG, H.: Therapeutische Briefe als Intervention in der Familientherapie – dokumentiert am Fallbeispiel einer Schulphobie (Therapeutical Letters as an Effective Ressource in Family Therapy – Documented by a Case of School Phobia) 304
- REITER, L./REITER-THEIL, S./EICH, H.: Der ethische Status des Kindes in der Familientherapie und systemischen Therapie. Antwort auf Kritik (The Ethical Status of the Child in Family Therapy and Systemic Therapy) 379

Forschungsergebnisse

- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Body Image im Jugendalter: Eine vergleichende Untersuchung an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Image in Adolescents: A Comperative Investigation of Healthy and Chronically Ill Adolescents) 119
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Auswirkungen eines Intensivtherapie-Programms für verhaltensgestörte Geistig-behinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim (Effects of an Intensive Therapy Program Designed for Mentally Handicapped Persons with Severe Behavioral Problems on Their Staff Personal in a Residential Institution) 90
- HOKSBERGEN, R./JUFFER, F./TEXTOR, M.R.: Attachment und Identität von Adoptivkindern (Attachment and Identity of Adopted Children) 339
- KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Sind die Lese- und Rechtschreibleistungen der Buben stärker von der Unterrichtsqualität abhängig als jene der Mädchen (Does the Reading and Spelling Achievement of Boys Depend More Strongly on the Quality of Classroom Teaching than the Achievement of Girls?) 2
- KUSCH, M./LABOUVIE, H./BODE, U.: Unterschiede im aktuellen Befinden zu Beginn der Krebstherapie und mögliche Folgen: Eine Pilotstudie in der pädiatrischen Onkologie (Differences in Actual State in the Beginning of Cancer Treatment and Its Implications: A Pilot Study in Pediatric Oncology) 98
- LUGT-TAPPESE, H./WIESE, B.: Prospektive Untersuchung zum mütterlichen Verhalten in der Neugeborenenzeit: eine Erkundungsstudie (A Prospective Study on Mater-

- nal Behavior During the Period of New-born Child: A Pilot Study) 322
- LUGT-TAPPESE, H.: Können Kinder ihre Ängste schildern? Eine Interviewstudie zum Vergleich der Einschätzung kindlicher Ängste durch Verhaltensbeobachtung, die Kinder selbst, deren Erzieherinnen und Mütter (Are Children able to describe their Anxieties? An Interview Study) 194
- NEUMÄRKER, K.J./STEINHAUSEN, H.C./DUDECK, U./NEUMÄRKER, U./SEIDEL, R./REITZLE, M.: Eßstörungen bei Jugendlichen in Ost- und West-Berlin in den 80er Jahren (Eating Disorders in East- and West-Berlin in the Eighties) 60
- ROGNER, J./WESSELS, E.T.: Bewältigungsstrategien bei Müttern und Vätern mit einem erst- oder zweitgeborenen geistig behinderten Kind (Coping of Mothers and Fathers with a First- or Second-born Mentally Handicapped Child) 125
- SCHNURNBERGER, M.: Zur Situation von Bewegungs- und Körpertherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Movement- and Body Therapy in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry) 208
- SOHR, S.: Ist es schon ‚fünf nach zwölf‘? Entwicklung einer Skala zu ‚Ökologischer Hoffnungslosigkeit‘ (Is it “Five past Twelve” Already? Development of a New Instrument to measure ‘Ecological Hopelessness’) 203
- WAGNER, H.: Auditive Wahrnehmungsprobleme und verbale und nonverbale Intelligenzleistungen (Auditory Perception Problems and Verbal and Non-verbal Intelligence Achievements) 106
- WOLKE, D./MEYER, R./ORTH, B./RIEGEL, K.: Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafstörungen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern (Prevalence and Persistence of Sleeping Problems during the Preschool Years: A prospective Investigation in a Representative Sample of South German Children) 331

Praxisberichte

- HEINEMANN, C.: Neuentscheidungstherapie bei Pflege-, Adoptiv- und Heimkindern mit Scheiterer-Verläufen (New Decision-Making Therapy in Foster Children, Adopted Children and Children Living in Children's Homes with Courses of Failure) 130
- JARCZYK, B./ROSENTHAL, G.: „Gewalt“ und Erziehungsberatung (“Violence” and Child Guidance) 163
- KUNTZAG, L.: Diagnostische Probleme bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch an behinderten Vorschulkindern (Diagnostic Problems in Developmentally Retarded Children Suspected of Having been Sexually Abused) 21
- SONNENBURG, M.: Zur Konzeption von Elterngruppen in der stationären Psychotherapie von Kindern (On the Conception of Group Psychotherapy with Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children) 175
- SONNENBURG, M.: Die Kränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes – Zur inneren Situation der Eltern

in der stationären Psychotherapie von Kindern (Parents' Wounds through a Child's Illness – On the Psychological Situation of Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children)	138	lichkeit in der jungen Generation ("I came here a Stranger, as a Stranger I will go." – From Alienation to Ant-Foreign Sentiment in the Younger Generation)	247
TATZER, E./KRISCH, K./HANICH, R.: Arbeit mit psychisch gestörten Eltern in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung (Working with Mentally Disturbed Parents in a Psychiatric Institution for Children)	170	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe (Children of Psychotic Parents – A Neglected Risk Group)	295
Psychotherapie		RESCH, F.: Magisches Denken und Selbstentwicklung (Magic Thinking and Self Development)	152
CRAMER, B.: Mutter-Kleinkind-Beziehung: Beginn der psychischen Struktur (Mother-Infant-Relationship: the Beginning of the Psychic Structure)	345	SCHEUERER-ENGLISCH, H./SUESS, G.J./SCHWABE-HÖLLEIN, M.: Das psychologische Sachverständigengutachten als Intervention bei Sorgerechtskonflikten während der Scheidung (The Psychological Expert Opinion as a Form of Intervention in Custody Conflicts during Divorce)	372
DIEZ GRIESER, M.T.: Zur Rolle der Eltern beim Abbruch von Kinderpsychotherapien (On the Role of Parents in Premature Termination of Child Psychotherapy)	300	SOHNI, H.: Geschwisterbeziehungen – Die Einführung der horizontalen Beziehungsdynamik in ein psychoanalytisches Konzept 'Familie' (The Psychoanalytic Starting Position Concerning the Sibling Relationship as attributed to S. Freud)	284
KERN, H.J.: Paradoxe Interventionen: Erklärungsversuche und Kategorisierungen (Paradoxical Interventions: Explanations and Categorizations)	9	STRECK-FISCHER, A.: Männliche Adoleszenz, Fremdenhaß und seine selbstreparative Funktion am Beispiel jugendlicher rechtsextremer Skinheads (Male Adolescence, Xenophobia and its Self-repairing Function using the Example of Adolescent Right-wing Extremist Skin Heads)	259
Übersichten		WALTER, R./REMSCHMIDT, H.: Zum Bedarf an Psychotherapie im Schulalter (On the Need of Psychotherapy for School Children)	223
BAUERS, W.: Das Übertragungsgeschehen in der psychoanalytischen Kindertherapie (Transference in Psychoanalytic Child Therapy)	84	Werkstattberichte	
DERICHS, G./KROHN-JASTER, G.: Integrativer Ansatz zum Umgang mit Teilleistungsschwächen bei 5–8jährigen (An Integrative Concept to cope with Developmental Retardations of 5 to 8 Years old Children)	215	NETZER, J.: Akzeptanz einer kommunalen Erziehungsberatungsstelle im ländlichen Bereich	27
ERDHEIM, M.: Das fremde Böse (The Strange Evil)	242	Tagungsberichte	
FRIEBEL, V.: Entspannungstraining für Kinder – eine Literaturübersicht (Relaxation Training for Children. A Review of Literature)	16	Bericht über den XIII. Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)	350
HESS, T.: Systemdenken in Schulpsychologie und Schule (Systemic Perspectives in Guidance and Educational Counseling in Public Schools)	45	Buchbesprechungen	
HIRSCHBERG, W.: Kognitive Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – eine Übersicht (Cognitive Characteristics of Children and Adolescents with Conduct Disorders – a Review) . .	36	ADLER, M.: Ethnopschoanalyse. Das Unbewußte in Wissenschaft und Kultur	352
HÖGER, C.: Systemische Ansätze in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie (Systemic Aspects in Outpatient Child Psychiatry)	78	BARRON, J./BARRON, S.: Hört mich denn niemand? Eine Mutter und ihr Sohn erzählen, wie sie gemeinsam den Autismus besiegten	182
KAHL-POPP, J.: „Ich bin Dr. Deutschland.“ – Rechtsradikale Phantasien als verschlüsselte Kommunikation in der analytischen Psychotherapie eines Jugendlichen ("I am Dr. Deutschland." – Right-wing Extremist Fantasies as Enciphered Communication in the Analytic Psychotherapy of an Adolescent)	266	BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. V	272
KOHE-MEYER, I.: „Ich bin fremd, so wie ich bin.“ – Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose ("I am a Stranger for Everybody." – Experience of Migration, Ego-Identity and Neurosis)	253	BOSSELMANN, R./LÜFFE-LEONHARDT, E./GELLERT, M.: Variationen des Psychodramas – ein Praxisbuch, nicht nur für Psychodramatiker	183
MÄRTENS, M.: Bettnässen als individuelles Symptom und systemisches Ereignis – Überlegungen zur Verwendung hypnotherapeutischer Methoden unter familiendynamischen Aspekten (Enuresis as Individual Symptom and Systemic Event – Considerations Concerning the Application of Hypnotherapy Methods under Aspects of Familydynamics)	54	BOTT SPILIUS, E. (Hrsg.): Melanie Klein heute – Entwicklungen in Theorie und Praxis Bd. 1 u. 2	27
PETRI, H.: „Fremd bin ich eingezogen, fremd zieh ich wieder aus.“ – Von der Entfremdung zur Fremdenfeind-		BRACK, U. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern	273
		BRÜNDEL, H.: Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention	275
		BUCHHOLZ, M.B.: Dreiecksgeschichten. Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie	235
		BÜRGIN, D.: Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter .	183

COOKE, J./WILLIAMS, D.: Therapie mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern	73	NEUBAUER, G./SÜNKER, H. (Hrsg.): Kindheitspolitik international. Problemfelder und Strategien	71
DEGENER, G./DIETEL, B./KASSEL, H./MATTHAEI, R./NÖDL, H.: Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen	232	PASSOLT, M. (Hrsg.): Hyperaktive Kinder. Psychomotorische Therapie	184
DETTMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETERMANN, F. (Hrsg.): Verhaltenstherapie mit Kindern ..	147
DETTMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETRI, U.: Umweltzerstörung und die seelische Entwicklung unserer Kinder	27
Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Beratung von Stieffamilien – Von der Selbsthilfe bis zur sozialen Arbeit	110	PETRI, H.: Verlassen und verlassen werden. Angst, Wut, Trauer und Neubeginn bei gescheiterten Beziehungen ..	30
DITTLER, U.: Software statt Teddybär. Computerspiele und die pädagogische Auseinandersetzung	278	RENNEN-ALLHOFF, B./ALLHOFF, P./BOWI, U./LAASER, U.: Elternbeteiligung bei Entwicklungsdiagnostik und Vorsorge	112
EGGERT, D.: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung	315	RÖHRLE, B.: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung ..	187
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 30, 31, 32	312	RÖTTGEN, G.: Spielerlebnisse zum handelnden Spracherwerb	111
ELLEBRACHT, H./VIETEN, B. (Hrsg.): Systemische Ansätze im psychiatrischen Alltag. Perspektiven und Meinungen aus Theorie und Praxis	72	SCHIFFER, E.: Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen	313
FAHRENFORT, J.: Attachment und Early Hospitalization ..	279	SCHMIDT, M.H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	280
FALLER, H./FROMMER, J. (Hrsg.): Qualitative Psychotherapieforschung	318	SCHUBARTH, W./MELZER, W. (Hrsg.): Schule, Gewalt und Rechtsextremismus	186
FRANSEN, S.: Ganz normal – und doch ver-rückt. Freiwillig in die Jugendpsychiatrie	111	SCHUBBE, O. (Hrsg.): Therapeutische Hilfen gegen sexuellen Mißbrauch an Kindern	313
GAULD, J.W.: Character first – the Hyde School Difference ..	386	SCHUBERT, B.: Erziehung als Lebenshilfe. Individualpsychologie und Schule – ein Modell	72
GIL, E.: Die heilende Kraft des Spiels: Spieltherapie mit mißbrauchten Kindern	315	SCHUMACHER, K.: Musiktherapie mit autistischen Kindern ..	316
GRAWE, K./DONATI, R./BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession	316	SEIDLER, G. (Hrsg.): Magersucht – öffentliches Geheimnis ..	288
GROSSKURTH, P.: Melanie Klein – ihre Welt und ihr Werk ..	232	SOLNIT, J. (Ed.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 47	70
HEINL, P.: Maikäfer flieg, dein Vater ist im Krieg ... Seelische Wunden aus der Kriegskindheit	235	STEINHAUSEN, H.C./VON ASTER, M. (Hrsg.): Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen	147
HENNICKE, K./ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und geistige Behinderung	147	STORK, J. (Hrsg.): Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters	32
HESSE, S.: Suchtprävention in der Schule – Evaluation der Tabak- und Alkoholprävention	185	TENT, L./STELZ, I.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik	109
HURRELMANN, K.: Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung	317	Testzentrale des Berufsverbandes deutscher Psychologen: Testkatalog 1994/95	318
KASTEN, H.: Die Geschwisterbeziehung, Bd. II: Spezielle Geschwisterbeziehungen	72	TIETZE-FRITZ, P.: Elternarbeit in der Frühförderung. Begegnungen mit Müttern in einer besonderen Lebenssituation	274
KLAUSS, T.: Trennung auf Zeit	274	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Früherkennung von Entwicklungsrisiken	274
KLEES, K.: Partnerschaftliche Familien: Arbeitsteilung, Macht und Sexualität in Paarbeziehungen	277	VOLLBRECHT, R.: Ost-west-deutsche Widersprüche. Ostdeutsche Jugendliche nach der Wende und im Westen ..	31
KNÖLKER, U./SCHULTE-MARKTWORT, M. (Hrsg.): Subjektivität in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, Therapie und Forschung	183	WEBER-KELLERMANN, I.: Die helle und die dunkle Schwelle. Wie Kinder Geburt und Tod erleben	186
KROWATSCHEK, D.: Marburger Konzentrationstraining ..	386		
KUSCH, M.: Entwicklungspsychopathologie und Therapieplanung in der Kinderverhaltenstherapie	185		
LANFRANCHI, A.: Immigranten und Schule	385		
LAUTH, G.W./SCHLOTTKE, P.F.: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern	112	Editorial 240, 358	
LICKONA, T.: Educating for Character – How our Schools can teach Respect and Responsibility	276	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 27, 68, 109, 138, 175, 229, 266, 310, 345, 382	
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie ..	146	Diskussion 179	
LÜCK, H.E./MÜLLER, R. (Hrsg.): Illustrierte Geschichte der Psychologie	353	Zeitschriftenübersichten 68, 143, 230, 310, 383	
MÖNKS, F.J./YPENBERG, I.H.: Unser Kind ist hochbegabt. Ein Leitfaden für Eltern und Lehrer	235	Tagungskalender 34, 74, 114, 148, 188, 236, 280, 319, 354, 387	
MYSCHKE, N.: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Ursachen, hilfreiche Maßnahmen	145	Mitteilungen 34, 74, 114, 149, 188, 237, 320, 354	

Bettnässen als individuelles Symptom und systemisches Ereignis – Überlegungen zur Verwendung hypnotherapeutischer Methoden unter familiendynamischen Aspekten

Michael Märtens

Zusammenfassung

Die Anwendung hypnotherapeutischer und familientherapeutischer Techniken der systemischen Therapie bei der Behandlung der Enuresis nocturna und diurna wird unter diagnostischen und therapeutischen Aspekten diskutiert. Die Einbeziehung und der Ausschluß von Familienmitgliedern in der Behandlung wird als eine zentrale Frage gesehen. Fragen der Indikation und Kontraindikation werden aus familiendynamischer Perspektive betrachtet.

1 Einleitung

Bettnässen ist ein häufiges und nervenaufreibendes Symptom bei Kindern, unter dem die Kinder, meistens aber vor allem die Eltern, und manchmal auch die Behandler leiden. Unter dem Gesichtspunkt der differentiellen Indikation ist es interessant, weil Bettnässen durch eine Hypnosebehandlung des bettnässenden Kindes und familientherapeutische Interventionen beeinflussbar ist. Ausgehend vom KRAEPELINSchen Prinzip der nosologischen Einheiten (KRAEPELIN 1896), wonach unterschiedliche Störungen unterschiedliche Ursachen haben und unterschiedliche Behandlungen benötigen, wird dieser Gedanke am Beispiel des Bettnässens verfolgt.

Die Ausführungen beschäftigen sich mit familien- und hypnotherapeutischen Methoden in ihren ursprünglichen Konzeptionen und einer Integration beider im therapeutischen Prozeß, sowie mit Überlegungen zur Genese des Bettnässens, die sich daraus ergeben.

2 Welche Formen des Bettnässens können unterschieden werden, damit eine Behandlung effektiv wird?

Wenn man mit kinderpsychotherapeutisch arbeitenden Praktikern spricht, dann fallen deren Klagen über diagno-

stische Unterscheidungen auf, die keine Auswirkungen auf das therapeutische Vorgehen haben. Deshalb werden nur diagnostische Unterscheidungen dargestellt, die im Rahmen psychologischer Interventionen sinnvoll erscheinen, nachdem in einer gründlichen medizinischen Differentialdiagnose die seltenen Fälle organisch erklärbarer Inkontinenz, die von der eigentlichen Enuresis unterschieden wird, ausgeschlossen wurden (KAMMERER 1985, S. 84 ff.; STEINHAUSEN 1988, S. 173 ff.).

Sind die organisch erklärbaren Fälle ausgeschlossen, so ergibt sich aus der Unterscheidung der Enuresis nocturna (eigentliches Bettnässen) von der Enuresis diurna et nocturna insofern ein wichtiger Hinweis, als sich gezeigt hat, daß der Kombination nächtlichen Einnässens mit Einnässen am Tage häufig eine stärkere psychische Auffälligkeit der Kinder verbunden ist (RUTTER et al. 1973; BERG et al. 1977), so daß hier meistens weiterreichende therapeutische Überlegungen wichtig sein können. Demgegenüber fällt auf, daß es ansonsten nur sehr wenige Hinweise auf eine Enuresisspezifität psychopathologischer Abweichungen gibt und darüber hinaus RUTTER und Mitarbeiter bei vielen Fällen überhaupt keine Störungen fanden (RUTTER et al. 1973). Diese Beobachtungen erklären auch, weshalb gerade bei Bettnässen eine symptomzentrierte Vorgehensweise oft als wesentlich effektiver eingeschätzt wird als andere Vorgehensweisen (STEINHAUSEN 1988, S. 176; KAMMERER 1985, S. 90). Darüber hinaus wurden auch in Fällen, in denen das Bettnässen noch mit anderen psychischen Symptomen einherging keine Hinweise auf Symptomsubstitutionen gefunden, wenn diese symptomzentriert behandelt wurden (SHAFFER 1973). Somit gibt es im Grunde nur wenige Argumente gegen eine direkte symptomorientierte Behandlung, die den familiären Kontext des Symptoms kaum beachtet.

Etwas anders stellen sich die Fälle bei Kindern mit sekundärer Enuresis da, die nach einer Zeit der Trockenheit wieder einnässen (BAKER 1969). Der Zeitraum eines halben Jahres Trockenseins stellt eher eine Konvention dar, als daß man sagen könnte, daß gerade dieser Zeitraum notwendig

ist, um die Bezeichnung zu rechtfertigen. Bei sekundärer Enuresis finden sich meistens ohne größere Schwierigkeiten deutliche Hinweise auf belastende Lebensereignisse, die in einem direkten Zusammenhang mit dem erneuten Auftreten des Bettnässens gesehen werden können. Dabei handelt es sich oft um Trennungen der Eltern, Trennung von den Eltern, Ehestreitigkeiten, Todesfälle, Schulschwierigkeiten und andere für das Kind belastende Erlebnisse. Die mit 20% angegebene Häufigkeit (Seltenheit) der sekundären Enuresis ist mit Vorsicht zu betrachten, da bereits im Schulanfangsalter Phasen vorausgegangenen Trockenseins nicht mehr erinnert werden, die unter Umständen sich über Monate erstreckten (OPPEL et al. 1968).

3 Soll die Blase allein, das Kind oder die ganze Familie behandelt werden?

Daß Bettnässen ein Ereignis mit einer ausgeprägten systemischen¹ Komponente darstellt, ist unschwer zu erkennen, da durch das nasse Bett sofort die Frage nach dessen Trockenlegung und der Reinigung der Bettwäsche auftaucht. Durch das eingenäßte Bett ist das Symptom sehr direkt mit dem Leben anderer – besonders der Mütter – Bezugspersonen verbunden. Das Symptom erzeugt Leidensdruck nicht nur beim Symptomträger. Das Wort Symptomträger soll hier in seiner einfachen Bedeutung verwendet werden, nämlich einfach als Feststellung, daß das Symptom eine Person betrifft und nicht mehrere, sofern es sich nicht um einen der allerdings häufigen Fälle mit mehreren Bettnässern in einer Familie handelt. Anders als z.B. bei aggressivem Verhalten, das eine Person in Auseinandersetzungen mit anderen zeigt, welches also in Interaktion mit anderen Menschen auftritt und hergestellt wird, tritt das Einnässen auf, wenn man ganz mit sich allein ist. Damit gehört es zu den Symptomen, mit denen man sich sehr einsam herumschlägt und bei denen eine Beteiligung anderer Personen eher abwegig erscheint.

Vor diesem Hintergrund ist überraschend, daß vor allem in Mittelschichtfamilien – die allerdings auch am häufigsten behandelt werden – eine starke Bereitschaft besteht, eine Beziehung zwischen der familiären Situation oder spezifischer Verhaltensweisen der Eltern und dem Symptom zu sehen oder als Möglichkeit in Betracht zu ziehen². Nicht selten kommen Eltern mit der klaren Vorstellung zur Beratung, daß sie etwas mit diesem Problem zu tun haben, wobei oft ein Streit zwischen den Eltern

besteht, wer von ihnen stärker daran beteiligt ist, wer also die Hauptschuld trägt. Besonders die Mütter scheinen entweder intuitiv oder angeregt durch Literatur und Zeitschriften ihre herausragende Bedeutung in der Beziehung zum Symptomträger akzeptiert zu haben. Sie sehen sich als pathogenen Faktor und sind hin- und hergerissen zwischen Versuchen, freigesprochen zu werden, und sich selbst anzuklagen. Sie sind wie lebende Verkörperungen eines analytischen Modells, wie es KEMPER formuliert hat:

„Ein vielleicht durch bestimmte Eigenheiten prädisponiertes Kind (= konstitutioneller Faktor) wird durch schon während der Säuglingsphase einwirkende ungünstige Umweltbedingungen – z. B. durch Fehlhaltungen der Mutter, die ihr selber aber nicht als solche bewußt sind – „sensibilisiert“ (prägender Faktor), was in der Entwicklung einer gewissen, äußerlich aber noch nicht in Erscheinung tretenden Strukturlabilität zwar schon einen ersten Niederschlag findet (erstes bis zweites Lebensjahr), was aber in der Regel erst durch weitere ungünstige Umwelteinflüsse, unter ihnen besonders die Auswirkungen der ja fortdauernden mütterlichen Fehlhaltungen auch während der kritischen Phase der Reinlichkeitserziehung (zweites und drittes Lebensjahr, aber auch noch darüber hinaus) zur definitiven Ausprägung einer abnorm labilen Grundstruktur (= strukturierender Faktor) führt (Man könnte in diesem ja immer noch symptomfreien Stadium von einer „latenten Bettnässerstruktur“ sprechen.) (KEMPER 1969, S. 959 ff.).

An dieser Darstellung sollen vor allem zwei Punkte herausgehoben werden, die in der Arbeit mit den Eltern eine große Rolle spielen. Erstens die besondere Betonung der Mutter, der eine große Verantwortung aufgebürdet wird – sicherlich wird sie nicht so zufällig genannt, wie es die Formulierung nahelegt –, und zweitens die Beschreibung der mütterlichen Fehlhaltungen als nicht bewußt.

Die FREUDSche Unterscheidung zwischen Bewußtem und Unbewußtem ist zu einem allgemeinen Wissensbestand geworden. Es gibt kaum noch Patienten, die nicht davon ausgehen, ein Unterbewußtsein zu haben und von ihm beeinflusst zu sein. Die Prozesse der initialen Patientensozialisation am Anfang einer Therapie, also die Herstellung einer Bereitschaft „Zusammenhänge psychologisch zu sehen“, wie sie in der Literatur als fast klassisches Phänomen beschrieben werden (BITTNER 1981; NOTHDURFT 1984), erscheinen heute schon manchmal wie Relikte aus vergangenen Zeiten. Auch die Bereitschaft, über sich zu sprechen, bringen Patienten in mehr oder weniger ausgeprägter Form meistens mit; sie haben sich auf diese Erwartungen der professionellen Helfer eingestellt.

Oft kommen Patienten mit der Befürchtung in die Praxis, daß die Experten etwas von ihnen erkennen, was sie selber nicht erkennen können, was sie in einem schlechten Licht erscheinen läßt, und zugleich kommen sie auch mit dem Wunsch, daß die Experten durch ihre diagnostischen Fähigkeiten zu dem Urteil kommen mögen, daß sie auch nach der Testung ihres Unbewußten freigesprochen werden sollten, sie also im doppelten Sinne unschuldig sind. Das Bettnässen des Kindes wird als Angriff auf die elterliche Unschuld und Kompetenz erlebt. Eltern, die sich als völlig unbeteiligt sehen, stellen eher Ausnahmen dar. Von daher ist eher die besondere Verletzlichkeit der Eltern zu

¹ Als systemisch werden hier alle Ansätze verstanden, die eine interaktionelle und kybernetische Position vertreten, um ihre Interventionen zu erklären. Es erfolgt keine weitere Differenzierung hinsichtlich schulenspezifischer Ansätze und deren möglicherweise unterschiedlichen Vorgehensweisen.

² BOGDAN (1984), der sich auf BATESONS Konzept der Ökologie von Ideen bezieht, beschreibt die Familienorganisation als ein regelgeleitetes Ökosystem von Ideen. Zu einer Erörterung „subjektiver Krankheitstheorien“ als Katalysatoren familiärer Beziehungen und ihrer homöostatischen Funktionen siehe MÄRTENS (1991).

berücksichtigen, als ihnen Introspektionsunwilligkeit zu unterstellen.

Aber auch der anderen Seite der Problematik ist Aufmerksamkeit zuzuwenden, nämlich der Blase als Gegenstand der Behandlung. Die betroffenen Kinder erleben sie oft als einen autonomen Teil ihrer selbst, der seine Unabhängigkeit durch nächtliches Auslaufen demonstriert. Auch die Berichte einiger Kinder, daß sie das Erleben der anfänglichen Wärme genießen, woraus sich der Gedanke ableiten könnte, daß sie diesen Zustand selber herstellen, um in den kurzfristigen Genuß der Wärme zu kommen, ändert prinzipiell nichts an dem stark erlebten Gefühl von Machtlosigkeit der Blase gegenüber. Medizinische Eingriffe werden deshalb manchmal als Eingriffe gesehen, die nicht am eigenen Körper, sondern ganz woanders vorgenommen werden. Eine Behandlung ist also auf drei Ebenen möglich:

- (a) Der organischen Ebene: Die Blase wird als eigenständige Einheit gesehen und durch einen medizinischen Eingriff „repariert“.
- (b) Der individuellen Ebene: Die Person des Betroffenen mit ihren Gefühlen, Gedanken und Handlungen wird mehr oder weniger in einem Zusammenhang mit der Blase gesehen und somit zum Gegenstand der Behandlung.
- (c) Der systemischen Ebene: Die Gefühle, Gedanken und Handlungen anderer, die mit dem Symptomträger zu tun haben, werden als mit dem Problem verbunden gesehen.

Diese drei Ebenen stellen die Bereiche dar, in denen das Problem mit seinen implizierten Lösungen entworfen wird. Entscheidend ist dabei die Art, wie Verbindungen zwischen den Ebenen hergestellt oder vermieden werden.

4 Lösungsschritte

Da vor einer psychotherapeutischen Konsultation oft schon medizinische Maßnahmen erfolgt sind (z. B. Weitung der Harnröhre, Imipraminbehandlung), oder aber die diagnostischen Untersuchungen eine Behandlung auf der Ebene des Organs als nicht erfolgversprechend eingeschätzt haben, liegt es für die beteiligten Familienmitglieder auf der Hand, „daß die Art der Beziehung zwischen der Blase und seinem Besitzer und die Beziehung der Blase zu den anderen Familienmitgliedern geklärt werden muß“. Eine Exploration dieser Zusammenhänge wird durch die Technik des zirkulären Befragens (CECCHIN 1988; DEISSLER 1986; PENN 1983, 1986; TOMM 1987 a, b, 1988) erleichtert, die gleichzeitig so etwas wie eine Beziehungswirklichkeit einführt. Sie wird möglichst mit allen Familienmitgliedern durchgeführt und die Frage wird ähnlich wie oben theoretisch formuliert gestellt: „Wir sind hier zusammengekommen um herauszubekommen, womit das Auslaufen der Blase zusammenhängen könnte. Deshalb müssen wir einmal untersuchen, wie die Beziehungen der Familienmitglieder zu dieser Blase sind, also wer welche Vor- und wer welche Nachteile und Schwierigkeiten durch die und mit der Blase hat?“

Das Besondere an dieser Art der Formulierung ist die Externalisierung des Problems (WHITE 1986; TOMM 1989; TOMM et al. 1990), nämlich die Unterstellung, daß die Blase so etwas wie ein eigenständiges Mitglied der Familie sei, das eigenständige Beziehungen unterhält. Durch diese Vorgehensweise wird am Erleben der Familienmitglieder, die sich hilflos und ohnmächtig fühlen, angeknüpft. Darüber hinaus tritt durch diese Formulierung eine Entlastung des Symptomträgers ein, der aus der Schußlinie genommen wird. Indem er übergangen wird, wird impliziert, daß die Blase, also das Problem, direkt auch in Beziehung zu anderen Familienmitgliedern tritt. So holt die Blase die Mutter aus dem Bett – und vielleicht vom Vater weg – und nicht der Sohn oder die Tochter, und die Blase macht die Mutter wütend, oder wenn sie wieder einmal zu spät gekommen ist, um ihr Kind vor der eigenen Nachtruhe noch einmal auf die Toilette zu schicken. Als Externalisierung des Problems wird dieses Vorgehen bezeichnet, weil alle als Betroffene beschrieben werden, die gegen dieses Problem wie gegen einen äußeren Feind kämpfen. Es wird mit sprachlichen Mitteln so getan, als könnte man das Problem von Personen trennen.

Die erste Sitzung steht meistens ganz unter der Fragestellung: „Wir müssen herausbekommen, womit das Auslaufen der Blase zusammenhängt. Manchmal findet man da die verrücktesten Zusammenhänge, weshalb wir das zuerst untersuchen müssen.“ Dabei wird vor allem von dem „Problem und seinen Zusammenhängen“ gesprochen und die Personen werden nur wie unwichtige Träger von Funktionen oder Elemente in einem interessanten Rätsel behandelt, um persönliche Schuldzuschreibungen zu vermeiden. Einseitige Schuldzuschreibungen würden die Zusammenarbeit erheblich gefährden und zu einer Erhöhung des Stresses und der Belastungen innerhalb der Familie führen.

4.1 Die Vermeidung der individuellen Ebene in der ersten Behandlungsphase

Charakteristisch für die hier beschriebene Vorgehensweise ist das Überspringen der zweiten Ebene, also des Individuums, und der damit verbundenen Problematik der individuellen Pathologisierung eines oder mehrerer Familienmitglieder. Anders als bei einer individuumszentrierten Diagnostik, also der Frage nach psychischen Besonderheiten des Symptomträgers, die in einen kausalen Zusammenhang mit dem Symptom gebracht werden, oder Fragen nach psychischen Auffälligkeiten eines oder mehrerer Systemmitglieder, die wiederum für die psychischen Auffälligkeiten des Symptomträgers verantwortlich gemacht werden, weil sie die Ursachen für seine Entwicklung darstellen, wird unter einer systemischen Perspektive nach den Beziehungsmustern gefahndet, die als Ursachen angesehen werden.

Die Suche nach Mustern oder Konstellationen drängt eine personenzentrierte Schuldfrage erst einmal in den Hintergrund. Diese Grundhaltung stellt in den meisten Fällen eine Kontraposition zu den Befürchtungen der Eltern und auch der betroffenen Kinder dar. Der Vorteil des Therapieeinstiegs mit einer interaktionellen Sichtweise

liegt darin, daß es wesentlich einfacher ist, von dieser Sichtweise später wieder zu einer individuumszentrierten Sicht zu wechseln – die das Bettnässen als Lerndefizit des Symptomträgers sieht, welches mittels hypnotischer Unterstützung durch Lernen überwunden werden kann – als umgekehrt. Die Motivation der Eltern, sich zu beteiligen, ist in der Anfangsphase der Behandlung oft groß und sollte deshalb genutzt werden. Je mehr Verantwortung für Veränderungen sich die Behandler aufbürden, desto weniger tragen die Familienmitglieder, die sich manchmal nur zu gerne und schnell an diese Rollenverteilung gewöhnen. Würde man die Behandlung mit einer individuumszentrierten Hypnosebehandlung des Symptomträgers beginnen, dann würde deren Scheitern die Schwere der Symptomatik und somit auch die damit verbundenen Schuldgefühle noch erhöhen³. Das betroffene Kind erlebt die gescheiterten Versuche als erneutes Versagen und fragt sich vielleicht, ob es zu dumm sei, die Beherrschung der Blase zu lernen, und die Eltern haben den Eindruck, zu den besonders gestörten Eltern zu gehören, bei denen die einfachen Behandlungen scheitern. Dies führt dann oft zu Mißtrauen und Widerstand gegen weitere Maßnahmen.

Auf der anderen Seite spielt dabei auch manchmal noch das Problem des Kompetenzverlustes des Behandlers eine Rolle, „der vielleicht die Technik einfach nicht genug beherrscht“. Diese Gefahr ist besonders groß, wenn seine Verantwortung durch die Tatsache, daß er mit dem Indexpatienten allein oder in Gegenwart weiterer Personen die Hypnose durchführt, besonders in den Vordergrund tritt (zu technischen Aspekten der Indikationstechniken, Methoden und Kontraindikationen bei der Arbeit mit Kindern vgl. WEBER 1987).

4.2 Paradoxe Diagnostik⁴ und Interventionsplanung

Die erste Aufgabe der Familie besteht darin, einen Kalender zu führen, in dem die wichtigsten Ereignisse, wie trockene und nasse Nächte mit den begleitenden Maßnahmen der Eltern, die in direkter Absicht einer Einflußnah-

me auf das Bettnässen stehen, und sonstigen wichtigen Ereignissen im Leben der Eltern und der Kinder, systematisch aufgeführt werden. Dieser Kalender soll dann nach einem Zeitraum von etwa vier Wochen gemeinsam ausgewertet werden. Wenn sich bei der Auswertung herausstellt, daß es typische Muster des Einnässens und des Trockenseins gibt (nach bestimmten Ereignissen, ein typisches Muster wie: 3 Tage naß, zwei Tage trocken, am Wochenende trocken, sonst naß), werden diese durch Interventionen weiter ausgebaut oder blockiert.

Als typische Beispiele für Interventionsrichtungen seien einige kurz genannt: RITTERMANN (1983) beschreibt eine Intervention, die eine Verbindung zwischen dem Alkoholproblem eines Vaters und dem Einnässen herstellt. BRAUN (1986) schildert eine Behandlung, in der das polyphobische Verhalten der Mutter, nachdem eine Hypnosebehandlung mit dem elfjährigen Sohn versucht wurde, als wesentlicher Teil eines homöostatischen Zusammenhanges gesehen wurde, während OLNESS und GARDNER (1988, S. 393–398) in ihrer Behandlungsplanung als zentralen Gesichtspunkt eine neue Verteilung von Verantwortung betonen.

Da solche klaren Zusammenhänge nicht immer auftauchen, kann es sinnvoll sein, eine Art paradoxer Diagnostik anzuregen, die manchmal zu therapeutischen Ergebnissen führt. Zur Abklärung weiterer Zusammenhänge wird der Familie und dem Indexpatienten vorgeschlagen, eine einerseits leichte, andererseits aber auch wieder schwierige Aufgabe durchzuführen, nämlich das Einnässen zu steigern. Dies kann entweder geschehen, indem die Tage des Einnässens ausgeweitet werden, oder aber, wenn das Bett sowieso jede Nacht naß ist, zweimal einzunässen. Entscheidend dabei ist, daß dies nach bestimmten Regeln erfolgen sollte, z. B. indem die Tage des Einnässens festgelegt werden. Die Aufgabe wird als Experiment durchgeführt. Da mit der Durchführung eines Experimentes die Möglichkeit des Scheiterns gegeben ist, wird so der Erfolgsdruck reduziert. Alle erdenklichen Ausgänge können als Ergebnisse des Experimentes angesehen werden. Als schwierig wird die Aufgabe von den Eltern nur selten gesehen, die meistens angeben, daß sowieso so viel Arbeit durch das Bettnässen entsteht, daß es auf etwas mehr nun auch nicht mehr ankommt. Demgegenüber sagen die Kinder oft, daß sie das nicht machen können, da es ihrem Gefühl total widerspricht und sie ja gerade gekommen sind, um zu lernen, nicht mehr ins Bett zu machen. Sie müssen oft regelrecht überredet werden, damit sie mitmachen. Dabei hilft es, ihnen klar zu machen, daß sie das ja nur für einen begrenzten Zeitraum machen sollen, und daß das Experiment wie ein notwendiger operativer Eingriff ist, der weh tut, ein Opfer von ihnen verlangt, aber unbedingt durchgeführt werden muß. Manchmal können sie erst überredet werden, wenn man von diesem Vorschlag wieder Abstand nehmen will, weil man eingesehen hat, daß es für sie zu große Schmerzen verursachen würde, so daß man auf diese wichtige Erkenntnis verzichten muß. Die Suche konzentriert sich dabei einerseits auf regelmäßige Zusammenhänge und andererseits auf Möglichkeiten, eine positive Konnotation des Symptoms einzu-

³ Die Bevorzugung einer systemischen Perspektive in der ersten Behandlungsphase unter dem Gesichtspunkt, daß es leichter ist, von einer systemischen zu einer individuumszentrierten zu wechseln, unterscheidet sich von vielen hypnotherapeutischen Vorgehensweisen, die der Wahl der Behandlungsstrategie weniger Bedeutung beimessen und oft mit einer Hypnosebehandlung anfangen und später zu einer familienorientierten Behandlung übergehen (DOWD 1986)

⁴ Die Bezeichnung des Vorgehens als paradoxe Diagnostik verweist auf die paradoxen Verschreibungen der Palo-Alto-Gruppe, die auf FRANKL zurückgehen. Bei einer paradoxen Verschreibung ist die Identifikation eines Teufelskreises notwendig, bei dem die vermeintlichen Lösungsstrategien das Problem weiter erzeugen. Im Unterschied zur paradoxen Verschreibung, wobei die Parallelen allerdings überwiegen, setzt eine paradoxe Diagnostik nicht die Kenntnis eines Teufelskreises voraus und läßt die Möglichkeit offen, daß als Ergebnis der Aufgabe diagnostische Zusammenhänge deutlich werden. Deshalb handelte es sich tatsächlich immer um Diagnostik und lediglich oft auch um eine Art paradoxe Verschreibung

führen, wenn sich erkennen läßt, daß das Bettnässen für andere Bereiche eine konfliktlösende Funktion hat.

Das Ergebnis dieser Symptomverschreibung kann sein, daß das Bettnässen entweder kurzfristig deutlich reduziert wird oder auch längerfristig verschwindet. In solchen Fällen wird dieser Ausgang als unerklärliche Heilung betrachtet, die ein vorläufiges Aussetzen der weiteren Behandlung erforderlich macht, wenngleich prophylaktisch Termine ausgemacht werden können. Manche Kinder geben für diesen Ausgang die Erklärung, daß diese Anweisung so etwas wie einen Knoten in ihren Kopf gemacht hätte, und sie durch die Anweisung, ins Bett zu machen, so wach geworden wären, daß sie auf die Toilette gegangen sind, oder aber nicht mehr ins Bett machen konnten. In den anderen Fällen, in denen es den Kindern möglich ist, die Aufgabe auszuführen, führt sie ebenfalls oft zu einer Veränderung, da durch diesen Erfolg der Teufelskreis der Unbeeinflussbarkeit ebenfalls durchbrochen wird: Durch das intentionelle Bettnässen ist ein erster Schritt getan, um die Kontrolle zu gewinnen. Manchmal erklären Kinder danach, daß sie durch diese Aufgabe gelernt haben, daß sie, auch wenn sie nicht absichtlich das Bett naß machen, so etwas wie eine Entscheidung treffen. Dabei stellen sie sich z.B. vor, daß sie auf der Toilette sitzen oder aber, daß sie in einen Bach pinkeln oder ihnen ein anderer Gedanke zu einem Ereignis in den Sinn gekommen ist, der erklärbar macht, warum sie es tun („Ich habe mich erinnert, daß meine Schwester etwas bekommen hatte und war wütend auf sie usw., deshalb habe ich gedacht“...).

4.3 Wer soll hypnotisiert werden?⁵

Mit der Entscheidung zu einer Hypnosebehandlung, wie sie in der klassischen Form von SCHULTZ (1935, S.65 ff.) oder LEUNER und SCHROETER (1975, S.78–82) beschrieben wird, ist ein radikaler Wechsel der Behandlungsstrategie verbunden, der von CALOF (1982) als therapeutischer Paradigmawechsel interpretiert wird. Eltern erleben diesen Wechsel allerdings gar nicht als sehr dramatisch, da sie kaum Schwierigkeiten haben, eine individualszentrierte Sicht neben einer systemischen einzunehmen. Trotzdem bleibt zu überlegen, wie schnell eine Entlassung der Eltern aus ihrer Verantwortung und die Übergabe dieser an den Behandler und den Indexpatienten erfolgen soll.

In dieser Übergangsphase bieten sich deshalb Tranceinduktionen an, die unter Umständen alle beteiligten Familienmitglieder einbeziehen. Dabei können in leichten Trancezuständen weitere Zusammenhänge des Symptoms mit anderen Begebenheiten gesucht werden. In diesem Falle stehen diagnostische Überlegungen noch im Vorder-

grund, die allerdings fließend in therapeutisch beeinflussende Strategien übergehen. Fragen, die auf Zusammenhänge des Bettnässens mit anderen Familienaktivitäten oder Schwierigkeiten abzielen, rufen oft Veränderungspotentiale bei den Beteiligten hervor, die manchmal kreative Lösungen zur Entwicklung von neuen familiären Interaktionsmustern hervorbringen, auf die die Therapeuten nicht gekommen wären. Auch in dieser Behandlungsphase noch einmal Raum für das eigenständige Veränderungspotential der Familie zu lassen, verhindert eine unnötige regressionsfördernde Abhängigkeit vom Behandler, die Inkompetenzempfindungen besonders bei den Eltern verstärkt. Auf die Frage, wer soll hypnotisiert werden, kann ohne Zweifel geantwortet werden, daß nichts dagegen spricht, alle Familienmitglieder mehr oder weniger zu hypnotisieren⁶. So hat der Indexpatient seine Familie dabei und ist nicht einem Fremden ausgeliefert, der angstmachende Dinge herbeiführt. Manchmal kommt es jedoch vor, daß das bettnässende Kind lieber allein, also unter Ausschluß der Familienöffentlichkeit, behandelt werden möchte. Diesem Wunsch kann entsprochen werden, sofern es keine Hinweise gibt, daß sich hinter diesem Wunsch altersunangemessene Abgrenzungs- und Individuationswünsche zeigen, die auf Konflikte in der Familie hinweisen, die dann primär Aufmerksamkeit verdienen.

4.4 Die individuelle Hypnosebehandlung

Sie stellt in diesem Behandlungskonzept den letzten Schritt dar und bedeutet eine Neudefinition des Problems als individuelles Defizit, in diesem Falle als Lerndefizit⁷. Die gebräuchlichen Induktionen und Suggestionen unterscheiden sich auch heute kaum von den klassischen Methoden (Regulierung der Schlafiefe, Sensibilisierung für den Harndrang und Sphinkterkontrollverstärkung, hypnoseunterstütztes Training des nächtlichen Toilettenganges mit Wiedereinschlaftraining), wenngleich ihre Form

⁶ Wenn mehrere Kinder bettnässen wird zuerst geklärt, ob für alle Kinder – was eher selten ist – der gleiche Lösungsweg mit den gleichen Suggestionen gewählt werden soll. Meistens sind individuell zugeschnittene Suggestionen nötig, die darüber hinaus das oft schon erwachte Bedürfnis nach Individualität stärken. Daneben gibt es auch Familienkonstellationen, in denen eine völlig gleiche Behandlung aller Kinder angezeigt ist, die z. B. einen Solidarisierungseffekt bei den Kindern auslösen kann. Besondere Beachtung verdient manchmal das älteste Geschwister, wenn es weniger Fortschritte im Kampf gegen die auslaufende Blase macht. Der „Verzicht auf einen schnellen Fortschritt“ kann dann durch positive Konnotationen („aus Verantwortungsgefühl gegenüber den jüngeren Geschwistern“, „aus Solidarität mit einem Elternteil, das ebenfalls lange an Bettnässen gelitten hat“) umgedeutet werden, um Belastungen zu mildern und die Geschwisterreihenfolge zu berücksichtigen.

⁷ WICKRAMASEKERA (1988) gibt eine viele Aspekte umfassende Darstellung der Hypnosetechniken im Rahmen der Verhaltensmedizin unter lerntheoretischer Perspektive und diskutiert das Problem der Placeboeffekte und das Phänomen des Placebo-Lernens.

⁵ Interessant in diesem Zusammenhang sind die Ausführungen von RITTERMAN (1985), die die Fähigkeit von Familien beschreibt, mittels suggestiver und hypnotisierender Interaktionsmuster bei vielen Symptomen für den Bestand zu sorgen. Die therapeutischen Techniken und hypnotischen Suggestionen zielen dann auf eine Unterbrechung dieser Muster.

weniger autoritär erscheint und den Beteiligten mehr Freiraum für eigene kreative Lösungen läßt.

In der ersten Hypnosesitzung wird das hypnotisierte Kind in Trance noch einmal gefragt, ob es vielleicht noch Gründe gibt, die nicht unbedingt aussprechbar sein müssen, die gegen das Erlernen der Kontrolle der Blase sprechen. Das Kind wird gebeten, dies durch ein vorher vereinbartes Zeichen (z. B. Heben oder Zucken eines bestimmten Fingers für Ja und das Gleiche mit einem anderen Finger für Nein, Kopfnicken und Schütteln) anzuzeigen. Geht dieser Test negativ aus, so steht dem Neulernen nichts im Wege. Gibt das Kind allerdings zu erkennen, daß es etwas gibt, das dagegen spricht, so kann entweder die weitere Behandlung verschoben werden, bis die Zeit reif ist, oder aber es wird gemeinsam versucht herauszubekommen, was noch geklärt oder besprochen werden muß.

Die Verantwortung für die Durchführung der selbsthypnotischen Übungen, die genauso wie in der Praxis sitzend durchgeführt werden⁸, wird dem Kind ganz allein übertragen. Auch wenn Belohnungen ausgesetzt werden, soll das Kind selber entscheiden, nach Erreichung welcher Ziele es diese bekommen soll. Da die Blase auf lange Sicht sowieso nicht zu belügen ist, bleibt die Kontrolle darüber, ob die Aufgabe auch wirklich erfüllt wurde, ebenfalls völlig in der Verantwortung des Kindes. Den Eltern fällt es oft schwer, sich eine Einflußnahme oder Kontrolle völlig zu verbieten und sie haben große Zweifel, ob die Kinder das schaffen können. Da mit einer Übertragung der Verantwortung für die weitere Behandlung des Problems auf die Kinder auch die Verantwortung für das Bettbeziehen und Bettabziehen auf die Kinder übergeht, kommt es hierbei oft noch zu nachträglichen Empfindungen starken Ärgers bei den Müttern darüber, daß sie diese Arbeit so lange gemacht haben. Die Kinder wollen oft keine Verantwortung übernehmen und äußern in dieser Situation nicht selten, daß Mütter doch dazu da sind, die Betten zu machen und nicht die Kinder. Das bestärkt die Mütter meistens in ihrem Entschluß, ihren Kindern die Arbeit zu überlassen.

5 Ätiologische Spekulationen

Welche Rückschlüsse sich über mögliche Ursachen des Bettnässens aus diesen unterschiedlichen Interventionsformen ergeben, läßt sich nur schwer sagen. Rückschlüsse aus Veränderungsstrategien sind nur sehr bedingt möglich, da sie voraussetzen, daß die Genese analog zu den, den Veränderungsstrategien zugrundeliegenden Prämissen erfolgt ist. Veränderungswissen ist aber leider primär nur ein Wissen um Veränderungsmöglichkeiten, so daß Rückschlüsse auf Entstehungszusammenhänge nur sehr bedingt zulässig erscheinen.

⁸ SCHULTZ (1979) weist darauf hin, daß auch Suggestionen im Normalschlaf gegeben werden, die ebenfalls als effektiv eingeschätzt werden. Diese Aufgabe können auch Eltern übernehmen, die während der Behandlung manchmal spontan auf diese Idee kommen.

Dennoch bietet es sich an, zwei unterschiedliche Erklärungsmöglichkeiten zu unterscheiden, nämlich einerseits ein Lerndefizit und andererseits ein Motivationsdefizit. Daß motiviertes Verlernen möglich ist, zeigen die Fälle sekundären Bettnässens eindeutig, in denen die Umstände sichtbar werden, die dazu geführt haben. Anders stellt sich das primäre Bettnässen dar, das diese Interpretation allerdings ebenfalls auch noch zuläßt. Selbst wenn Konflikte die Ursache waren, die Kontrolle nicht zu lernen, sind die ursächlichen Bedingungen oft längst verschwunden, wenn sich das Bettnässen als Symptom verselbstständigt hat. Darüber hinaus bleibt aber noch die Möglichkeit eines nicht weiter hinterfragbaren Lerndefizites als Erklärung, welches vielleicht nur durch prädisponierende konstitutionelle Faktoren zum Tragen kommen. Diese Möglichkeit in Rechnung zu stellen, impliziert die Annahme, daß nicht alles mit psychologischen Zusammenhängen erklärt werden muß. Eine Behandlung des Bettnässens ist deshalb manchmal erfolglos, weil auch intensives Lernen vor dem Hintergrund einer in diesem Bereich verzögerten Entwicklung tatsächlich nicht helfen kann. Zum Glück jedoch stellt dieser Fall eine eher seltene Ausnahme dar, so daß sich dem Therapeuten von Veränderungen der Familieninteraktion bis hin zu hypnoseunterstütztem Lernen ein breites Spektrum an Einflußmöglichkeiten bietet.

Summary

Enuresis as Individual Symptom and Systemic Event – Considerations Concerning the Application of Hypnotherapeutic Methods under Aspects of Familydynamics

Hypnotherapeutic and familytherapeutic technic of systemic therapy in treating enuresis nocturna and diurna will be discussed under diagnostic and therapeutic aspects. The integration and exclusion of family members in treatment is seen as a central issue. Questions of indication and contraindication are viewed from a family-dynamic perspective.

Literatur

- BAKER, B. L. (1969): Symptom treatment and symptom substitution in enuresis. *J. abnorm. Psychol.* 74, 42–57. – BERG, I./FIEDLING, D./MEADOW, R. (1977): Psychiatric disturbance, urgency, and bacteriuria in children with day and night wetting. *Arch. Dis. Childh.* 52, 651–665. – BITTNER, U. (1991): Ein Klient wird gemacht. In: KARDOFF, E. VON/KOENEN, E. (Hrsg.): *Psyche in schlechter Gesellschaft*. München: Urban & Schwarzenberg, 103–137. – BOGDAN, J. L. (1984): Family organisation as an ecology of ideas – An alternative to the reification of family systems. *Family Process* 23, 375–388. – BRAUN, B. G. (1986): Conjoint hypnotherapy of an enurectic child and a polyphobic mother. In: DOWD, E. T./HEALY, J. M.: *Case studies in hypnotherapy*. New York: Guilford, 110–121. – CALOF, D. L. (1982): Shifting therapeutic paradigms: A case report of adolescent primary enuresis. In: ZEIG, J. K. (Hrsg.): *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel. – CECCHIN, G. (1988): Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität und Neu-

- tralität – Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13, 190–203. – DESSLER, K. (1986): Rekursive Informationsschöpfung – Zirkuläres Fragen als Erzeugung von Information. Marburg: Infam. – DOWD, E. (1986): Hypnotherapy and family therapy in the treatment of adolescent enuresis. In: DOWD, E.T./HEALY, J.M.: Case studies in hypnotherapy. New York: Guilford, 122–132. – KAMMERER, E. (1985): Enuresis. In: REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd. III – Altertypische, reaktive und neurotische Störungen. Stuttgart: Thieme, 83–95. – KEMPER, W. (1969): Psychotherapie des Bettnässens (Enuresis). In: BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. II. München: Reinhard, 951–963. – KRAEPLIN, E. (1896–1915): Psychiatrie. 5.–8. Aufl. Leipzig: Barth. – LEUNER, H./SCHROETER, E. (1975): Indikationen und spezifische Applikationen der Hypnosebehandlung. Bern: Huber. – MÄRTENS, M. (1991): „Meine Krankheit gehört mir gar nicht“ – Subjektive Krankheitstheorien und ihre Verflüssigung aus systemischer Sicht. In: FLICK, U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit – Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger, 216–229. – NOTHDURFT, W. (1984): „... äh folgendes Problem äh...“. Die interaktive Ausarbeitung „des Problems“ in Beratungsgesprächen. Tübingen: Dissertation, Universität Tübingen. – OLNESS, K./GARDNER, G. G. (1988): Hypnosis and hypnotherapy with children. Philadelphia: Grune & Stratton, 2. Aufl. – OPEL, W.C./HARPER, P.A./RIDER, R. V. (1968): Social, psychological, and neurological factors associated with nocturnal enuresis. *Pediatrics* 42, 627–641. – PENN, P. (1983): Zirkuläres Fragen. *Familiendynamik* 8, 198–220. – PENN, P. (1986): „Feed-forward“ Vorwärtskoppelung – Zukunftsfragen – Zukunftspläne. *Familiendynamik* 11, 206–222. – RITTERMAN, M. (1985): Family context, symptom induction, and therapeutic counterinduction: Breaking the spell of a dysfunctional rapport. In: ZEIG, J.K. (Hrsg.): Ericksonian Psychotherapy II: Clinical Applications, New York: Brunner/Mazel, 49–70. – RITTERMAN, M. (1983): Using hypnosis in family therapy. San Francisco: Jossey-Bass. – RITTER, M./YULE, W./GRAHAM, P. (1973): Enuresis and behavioural deviance: some epidemiological considerations. In: KOLVIN, I./MACKEITH, R./MEADOW, S. R. (Hrsg.): Bladder control and enuresis. London: Heinemann. – SCHULTZ, J. H. (1935): Hypnose-Technik: Prakt. Anleitung zum Hypnotisieren für Ärzte, 7. Aufl. (1979). Stuttgart: Fischer. – SHAFFER, D. (1973): The association between enuresis and emotional disorder: A review of the literature. In: KOLVIN, I./MACKEITH, R./MEADOW, S. R. (Hrsg.): Bladder control and enuresis. London: Heinemann. – STEINHAUSEN, H.-C. (1988): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen – Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. München: Urban & Schwarzenberg. – TOMM, K. (1987a): Interventive interviewing I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process* 26, 3–13. – TOMM, K. (1987b): Interventive interviewing II. Reflexive questioning as a means to enable selfhealing. *Family Process* 26, 167–183. – TOMM, K. (1988): Interventive interviewing III. Intending to ask lineal, circular, or reflexive questions? *Family Process* 27, 1–15. – TOMM, K. (1989): Das Problem externalisieren und die persönlichen Mittel und Möglichkeiten internalisieren. *Z. system. Ther.* 7, 200–205. – TOMM, K./SUZUKI, K./SUZUKI, K. (1990): Kan-No-Mushi – Innere Externalisierung als Kompromiß? *Z. system. Ther.* 8, 114–117. – WEBER, A. (1987): Hypnose und Hypnotherapie bei Kindern. *Zeitschrift für experimentelle und klinische Hypnose* 3, 149–158. – WHITE, M. (1986): Negative explanation, restraint, and double description: A template for family therapy. *Fam. Proc.* 25, 169–184. – WICKRAMASEKERA, I. E. (1988): Clinical behavioral medicine – Some concepts and procedures. New York: Plenum.

Anschrift des Verfassers: Dipl.-Psych. Michael Märtens, Röttgener Straße 196, 53127 Bonn.