

Karen Olness • Daniel P. Kohen

Lehrbuch der  
und **Kinderhypnose**  
**-hypnotherapie**

Aus dem Amerikanischen von Jochen Künzel

Dritte Auflage, 2022

# Inhaltsverzeichnis

**Vorwort ... 9**

**Einleitung ... 13**

## **Teil I**

### **Hypnose mit Kindern**

#### **1 Kindheitsszenen der ... 18**

- Das Bedürfnis nach Erfahrung und Stimulation ... 18
- Das Bedürfnis, Dinge zu meistern ... 19
- Das Bedürfnis nach sozialer Interaktion ... 19
- Das Bedürfnis nach einer inneren Vorstellungswelt ... 20
- Das Bedürfnis nach Wohlbefinden ... 21
- Implikationen für die Hypnotherapie ... 21

#### **2 Geschichte der Anwendung von Hypnose bei Kindern ... 23**

- Franz Anton Mesmer (1734–1815) ... 23
- Die Franklin-Kommission ... 24
- John Elliotson (1791–1868) ... 27
- James Braid (1795–1860) ... 28
- Jean-Martin Charcot (1835–1893) ... 30
- Auguste Ambrose Liébault (1823–1904) und Hippolyte Bernheim (1840–1919) ... 31
- J. Milne Bramwell (1852–1925) ... 32
- Der Beginn der Kinderhypnotherapie in Amerika ... 32
- Schlussfolgerungen ... 34

#### **3 Normen der Hypnotisierbarkeit von Kindern ... 35**

- Normative Studien ... 36
- Hypnose als Funktion von Induktions- und Messtechniken ... 42
- Hypnose bei jüngeren Kindern ... 47
- Schlussfolgerungen ... 50

#### **4 Korrelate der hypnotischen Ansprechbarkeit von Kindern ... 52**

- Variablen... 52
- Faktoren, die die hypnotische Reaktionsbereitschaft einschränken können ... 65
- Schlussfolgerungen ... 72

## **5 Hypnotische Induktionen für Kinder ... 74**

- Das Interview vor der Induktion ... 77
- Eine Auswahl von hypnotischen Induktionstechniken für Kinder ... 77
- Induktionstechniken für verschiedene Altersstufen ... 98
- Modifikationen bei Kindern mit speziellen Problemen ... 100
- Selbsthypnose beibringen ... 104
- Schlussfolgerungen ... 108

## **Teil II**

### **Hypnotherapie mit Kindern**

## **6 Allgemeine Prinzipien der Kinderhypnotherapie ... 110**

- Definition und Grenzen der Hypnotherapie ... 110
- Ziele der Hypnotherapie ... 112
- Berücksichtigung von Entwicklungsaspekten ... 113
- Beteiligung der Eltern ... 114
- Verschiedene Arten von Hypnotherapie ... 115
- Indikationen für Hypnotherapie ... 117
- Kontraindikationen ... 117
- Schlussfolgerungen ... 122

## **7 Hypnotherapie bei psychischen Störungen ... 124**

- Vorteile der psychologischen Hypnotherapie ... 125
- Risiken der psychologischen Hypnotherapie ... 126
- Verhaltensstörungen ... 126
- Angststörungen ... 133
- Psychophysiologische Störungen ... 151
- Pervasiv Entwicklungsverzögerung ... 161
- Schlussfolgerungen ... 163

## **8 Hypnotherapie bei Gewohnheitsstörungen ... 164**

- Enuresis ... 168
- Einkoten ... 180
- Sprech- und Stimmprobleme ... 185
- Behandlungsresistentes Husten ... 188
- Stressbedingte Harninkontinenz ... 190
- Haarausreißen, Nägelkauen, Daumenlutschen ... 192
- Schlafwandeln ... 196
- Adipositas ... 197
- Tics und Tremores ... 199
- Drogenabhängigkeit ... 202
- Schlussfolgerungen ... 203

- 9 Hypnotherapie bei Lern- und Leistungsproblemen ... 204**  
 Anwendungen der Hypnotherapie im Klassenzimmer ... 206  
 Hypnotherapie mit geistig behinderten Kindern ... 207  
 Hypnotherapie bei Kindern mit Lernstörungen ... 213  
 Schlussfolgerungen ... 227
- 10 Hypnotherapie zur Schmerzkontrolle ... 229**  
 Unterschiede im Schmerzerleben ... 230  
 Was ist Hypnoanalgesie? ... 236  
 Allgemeine Prinzipien und Richtlinien  
 für die Anwendung von Hypnoanalgesie ... 241  
 Techniken zur hypnotischen Schmerzkontrolle ... 245  
 Schlussfolgerungen ... 251
- 11 Hypnotherapie in der Kinderheilkunde ... 252**  
 Allergien ... 254  
 Mukoviszidose ... 267  
 Dermatologische Probleme ... 270  
 Diabetes ... 274  
 Dysphagie ... 275  
 Erythromelalgie ... 277  
 Nasenbluten ... 277  
 Hämophilie ... 278  
 Magen-Darm-Beschwerden ... 280  
 Juvenile Polyarthritits ... 284  
 Krebserkrankungen ... 288  
 Allgemeine medizinische Eingriffe ... 289  
 Neurologische Erkrankungen ... 290  
 Unterleibsuntersuchungen bei jungen Mädchen ... 308  
 Sportmedizin ... 309  
 Allgemeine Empfehlungen ... 311  
 Schlussfolgerungen ... 313
- 12 Hypnotherapie bei Operationen und in der Notfallmedizin ... 314**  
 Notfallsituationen ... 315  
 Präoperative Visiten ... 322  
 Anästhesie ... 324  
 Plastische Chirurgie ... 327  
 Verbrennungen ... 327  
 Zahnheilkunde ... 334  
 Augenheilkunde ... 338  
 Neurochirurgie ... 339  
 Orthopädie ... 339  
 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ... 342  
 Urologie ... 345  
 Schlussfolgerungen ... 345

**13 Hypnotherapie bei Trauerreaktionen und bei unheilbar kranken Kindern ... 346**

- Kindliches Leid und kindliche Trauer: Anwendungen der Hypnotherapie ... 346
- Die Anwendung von Hypnotherapie bei sterbenden Kindern ... 351
- Schlussfolgerungen ... 376

**14 Biofeedback und Kinderhypnotherapie ... 377**

- Klinische Anwendung bei Kindern ... 378
- Biofeedback-Ausrüstung ... 379
- Migräne ... 380
- Reflektorische Sympathikusdystrophie ... 380
- Raynaud-Krankheit ... 381
- Anfallserkrankungen ... 381
- Bewegungsstörungen ... 381
- Einkoten ... 382
- Bluthochdruck ... 382
- Wissenschaftliche Untersuchungen über Biofeedback bei Kindern ... 385

**15 Selbsthypnose – Ein Instrument für Prävention und Prophylaxe ... 386**

- Säuglingsalter ... 386
- Kleinkindalter ... 386
- Schulalter ... 387
- Prophylaxe gegen Drogen und Alkoholmissbrauch ... 388
- Kostenminderung ... 389
- Coping und Glück ... 389

**16 Psychoneuroimmunologie ... 390**

- Konditionierung von Immunsuppression  
und der Stärkung des Immunsystems ... 391
- Die Zukunft der Kinderpsychoneuroimmunologie ... 399

**17 Blick in die Zukunft ... 402**

- Forschungsmethodologie ... 403
- Inhalte künftiger Forschung ... 407
- Die Zukunft der Hypnoseorganisationen ... 411
- Kunst und Wissenschaft ... 412

**Literatur ... 413**

**Register ... 437**

**Über die Autoren ... 444**

# Vorwort

Das Credo der Autoren, die als Praktiker und Forscher dieses Buch erarbeitet haben, könnte in dem Satz kondensieren: Wir arbeiten nicht mit den Störungen und Defiziten der Kinder, sondern wir unterstützen die Kinder dabei, sich selbst zu helfen. Heute, in den Zeiten knapper werdender Mittel, wird viel über Ressourcenorientierung geredet und geschrieben; die auf die siebziger Jahren zurückgehende Arbeit der Gruppe aus Ärzten und Psychologen, von der hier die Rede ist, hat dazu eindrucksvolle und transparente Konzepte entwickelt.

Meine eigene Suche nach einer wissenschaftlich fundierten Hypnosearbeit mit Kindern und Jugendlichen hat mich über Literaturrecherchen und Kongresskontakte in den mittleren Westen der USA geführt. 1988 habe ich während eines Forschungssemesters im Behavioral Pediatrics Program am Childrens' Medical Center, einem großen Kinderkrankenhaus in Minneapolis, hospitieren dürfen. Karen Olness war ein halbes Jahr vorher als Forschungsdirektorin und Professorin für Pädiatrie an die Kinderklinik der Western Case Reserve University in Cleveland/Ohio berufen worden, und Daniel P. Kohen hatte die Leitung des genannten Programms übernommen. Olness hatte mich in einem freundlichen Schreiben auf ihren Nachfolger Dr. Kohen verwiesen, mir aber gleichzeitig angeboten, auch in ihrer Klinik zu hospitieren. Einzugsgebiet der Kinderklinik, in der ich dann zuerst als Fellow herumgereicht wurde, waren die Twincities Minneapolis und St. Paul sowie deren ländliches Umland. Beim Behavioral Pediatrics Program (BPP) handelte es sich im Grunde um eine große kinderärztlich geprägte Familienberatungsstelle, in der neben Ärzten auch Psychologen, Sozialarbeiter und Familientherapeuten mit überwiegend verhaltenstherapeutischer Orientierung tätig waren, eingebettet in ein pädiatrisches Zentrum mit Ausbildungsfunktion und Forschungsanspruch. Die Mitarbeiter des Projektes hatten in der Gegend eine gesundheitspolitisch bedeutsame Aufgabe übernommen und viele niedergelassene Pädiater als Partner gewonnen.

Das Element der Hypnose war zu Beginn der siebziger Jahre von Gail Gardner gemeinsam mit Karen Olness in die Arbeit der Kinderklinik eingeführt, untersucht und weiterentwickelt worden. Als Frucht dieser Zusammenarbeit erschien 1981 die erste Auflage von *Hypnosis and Hypnotherapy with Children* von Gardner und Olness. Es war neben den Forschungsveröffentlichungen der Hilgard-Gruppe die erste systematische Darstellung der Behandlungsmöglichkeiten von Kindern mit Hypnose, die wissenschaftlichen und klinischen Ansprüchen vollauf genügte und von der Fachwelt interessiert zur Kenntnis genommen wurde. Zu Beginn der neunziger Jah-

re wurde das mehrfach ausgezeichnete pädiatrische Programm als fester Bestandteil in die Kinderkliniken der Universität von Minneapolis eingegliedert.

Jede Form des Einsatzes von Hypnose in der medizinischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist Anleitung zum Selbsthypnosetraining. Diese Überzeugung war und ist der Filter für alle Arbeiten der bislang erwähnten Forscher und Praktiker; das entsprechende Konzept im Minneapolis-Projekt bekam den Namen RMI. Das Kürzel steht für *Relaxation Mental Imagery* – Entspannung durch mentale Imagination. Inzwischen sind die theoretischen Konzepte im Zuge der Forschungsarbeiten von Olness und Kohen um die Annahme zirkulärer Wirkungsprozesse mentaler Zustände auf körperliche Vorgänge erweitert worden. Hierzu gehören neuere Untersuchungen über die Kombination von Biofeedback und Hypnotherapie mit Kindern ebenso wie der gesamte Bereich der Psychoneuroimmunologie. Gearbeitet wird im RMI-Konzept mit den natürlichen Fähigkeiten von Kindern, durch die Gestaltung innerer Bilder vorteilhafte mentale Zustände zu erzeugen und psychosomatisch wirksame Vorgänge in Gang zu setzen, mit denen sie ihre Ziele besser erreichen können. Das Ziel, das jede Behandlung krönen soll, ist demnach die Steigerung der Autonomie eines Kindes, wodurch persönliches Wachstum und gesunde Entwicklung begünstigt werden.

Die betroffenen Kinder und ihre Bezugspersonen wünschen sich – nicht selten in ambivalenter Weise –, dass ein störendes Verhalten aufhört, verschwindet; eine Zielformulierung, die die kindliche Autonomie einbezieht, wird die wachsende Kontrolle des Kindes über ein bestimmtes Verhalten anstreben. Nicht mehr das Symptom soll das Kind im Griff haben, sondern das Kind bekommt das Symptom in den Griff. Im Falle eines bettnässenden Kindes würde eine angemessene Zielformulierung lauten: Möchtest du lernen, morgens in einem warmen trockenen Bett aufzuwachen? Diese Zielsetzung impliziert: Willst du lernen, neben allen anderen Muskeln, die du bereits beherrschst, auch deinen Schließmuskel zu kontrollieren ...?

Die hypnotherapeutisch angereicherten ärztlichen und psychologischen Behandlungsverfahren, die im vorliegenden Buch in ihrer Wirkung belegt und methodisch erläutert werden, operieren auf der Basis eines plausiblen Entwicklungsparadigmas. Die Annäherung an Hypnotherapie erfolgt über die Annahme, dass Kinder von Geburt an Anregungen suchen und ständig Erfahrungen machen wollen. Als soziale Geschöpfe sind sie angewiesen auf Interaktion mit anderen Menschen ... und trachten bei dem, was sie über sich selbst und ihre Umgebung lernen und erfahren, nach Vervollkommnung und Meisterschaft. Ein wichtiges Werkzeug zur Entwicklung ihrer selbst und zur Gestaltung ihrer Umwelt liegt in der Ausbildung ihrer Fantasien und der Fähigkeit, sich in imaginativen Vorstellungswelten einzurichten ... und sie streben grundsätzlich nach körperlichem Wohlbefinden und psychischer Stabilität; tun sie es nicht, ist möglicherweise bereits etwas aus dem Ruder gelaufen. Das Kind bedarf der Anleitung, um sich selbst helfen zu können.

Als ich dem Kinderarzt Daniel Kohen bei seiner präzisen und einfühlsamen Arbeit über die Schulter schaute, wurde mir rasch klar, wie vorbildlich er Beziehungen zu Kindern gestaltete. Wach und momentzentriert, voller Respekt, freundlich und humorvoll mit dem Charme einer ganz ernsthaften Leichtigkeit hat er den Kindern und Jugendlichen mit großer Selbstverständlichkeit die Haben-seite ihres Selbstbewusstseins vor Augen geführt. Ich befand mich zu dieser Zeit in der Endphase einer familientherapeutischen Ausbildung und hatte gewiss den systemischen Blick entwickelt. Während der Gespräche und hypnotherapeutischen Behandlungsphasen achtete ich genau auf die Reaktionen der Eltern, meistens der Mütter, merkte mir, an welchen Stellen sie das Gesicht verzogen oder den Atem anhielten. Nach dem Ende der Sitzungen wies ich ihn jeweils eindringlich auf diese systemisch bedeutsamen Stellen hin. Dan Kohen lächelte milde, machte mich freundlich darauf aufmerksam, dass auch die Arbeit mit dem Kind bereits eine Intervention in die Familie hinein sei und dass man seitens der Klinik erst dann familientherapeutisch eingreifen würde, wenn die Bemühungen mit dem Kind durch die Familie eindeutig sabotiert würden. Im Gegenteil, die Eltern wurden angehalten, sich bei den Schritten des Kindes, sein Problem mit Hilfe seiner Stärken und Interessen sowie seiner Imaginationskräfte in den Griff zu bekommen, soweit wie möglich herauszuhalten. Die überdurchschnittlich hohen Erfolge des Verfahrens gaben und geben diesem Ansatz recht.

Die hypnotherapeutischen Strategien und Techniken, die in diesem Lehrbuch in vielen Details beschrieben und begründet werden, sind dabei nicht an eine bestimmte Therapiemethode gebunden. Hypnotherapeutische Episoden können prinzipiell in alle kindertherapeutischen Behandlungsverfahren eingebracht werden. Im fachärztlichen Kurzkontakt ebenso wie in der langfristigen Spieltherapie können Inseln hypnotherapeutischer Kommunikation mit dem Kind etabliert werden.

Anstelle des Kapitels über „Teaching Child Hypnotherapy“, das sehr spezifisch die US-amerikanischen Ausbildungscurricula in Kinderhypnose schildert und deswegen nicht in die deutsche Ausgabe aufgenommen wurde, möchte ich kurz auf die Weiterbildungs- bzw. Trainingsmöglichkeiten hinweisen, die im deutschsprachigen Raum durch die entsprechenden Fachgesellschaften aufgebaut wurden. In der Bundesrepublik Deutschland hat es die Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose übernommen, ein Curriculum in hypnotherapeutischer und systemischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auszuschreiben. Durch ein einführendes Seminar in die Grundlagen der Hypnose, sechs kinderbezogene Workshops und vier fakultative Seminare werden Ärzte, Psychologen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sonderpädagogen, aber auch in der Arbeit mit Kindern stehende Sozialpädagogen in Strategien und Techniken der Kinderhypnose eingewiesen. Es handelt sich um eine Fortbildung von insgesamt 184 Stunden, einschließlich 40 Stunden angeleiteter Supervision. In Österreich werden die Ausbildungsbedürfnisse in Kinderhypnose in erster Linie durch die Milton Erickson Gesellschaft Austria (MEGA) befriedigt.



Beide Gesellschaften beziehen sich auf das gleiche Curriculum und tauschen ihre Ausbilder und Supervisoren aus. In der Schweiz gibt es kein eigenes Kindercurriculum. Ausbildungselemente fließen jedoch in die klinische Hypnoseausbildung der Fachgesellschaften ein, die allerdings Ärzten und Psychologen vorbehalten bleibt. Da die Ausbildungen in Deutschland nun schon einige Jahre laufen, kann gesagt werden, dass es sich bei den weitaus meisten Teilnehmern um erfahrene Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen und Sozialpädagogen aus privaten Praxen, aus Beratungsstellen und dem Heimbereich, auch um Sonderpädagogen, Sprachheilpädagogen und gelegentlich um Sozialarbeiter aus der Jugendhilfe handelt. Der Anteil von pädagogischen Fachkräften aus der anwachsenden Branche der Lerntherapie und Schularbeitenhilfen nimmt deutlich zu. Wir wissen von den Teilnehmern, dass die Angebote des Curriculums als Anregungen zu einer kreativen Kindertherapie erlebt werden, die auch erfahrenen Therapeuten neue Impulse für ihre Arbeit geben.

Zurück zu diesem Lehrwerk von Karen Olness und Daniel Kohen: Ich möchte das Buch, das nunmehr in deutscher Übersetzung vorliegt, als grundsolides wissenschaftliches Standardwerk bezeichnen; ein pädiatrisch-psychologisches Kompendium über die Arbeit mit Kindern, entstanden aus der verdichteten klinischen Erfahrung wissenschaftlich tätiger Ärzte eines großen pädiatrischen Zentrums. Die zweite, überarbeitete Auflage erschien, nach dem Tod von Gail Gardner, bereits in veränderter Autorenschaft (Olness a. Gardner), ergänzt durch eine Reihe von Ergebnissen aus Untersuchungen, in denen pädiatrische Hypnose zum Einsatz kam. Die Eindrücke von den vielfältigen Möglichkeiten des Einsatzes bei unterschiedlichen Störungen und Zielsetzungen, also Indikationen und Kontraindikationen, wurden noch einmal deutlicher mit der dritten Auflage, die von Daniel Kohen, Kinderarzt, Verhaltenstherapeut und Professor für Pädiatrie an der Universität von Minneapolis, gründlich auf den aktuellen Stand der Kunst gebracht wurde.

Seit einigen Jahren folgen nicht nur die Autoren dieses Buches unseren Einladungen, sich auf Kongressen mit uns auszutauschen und ihre Erfahrungen auf Seminaren weiterzugeben. Die hypnotherapeutische Szene in den Feldern ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen hat sich anregend, vielfältig und seriös entwickelt. Es ist zu hoffen, dass die gesundheits- und therapiepolitischen Entscheidungen in den deutschsprachigen Ländern hiervon nicht unbeeinflusst bleiben werden. Das Buch, das Sie in Händen halten, wird dazu beitragen.

*Prof. Dr. Siegfried Mrochen  
Universität Siegen  
Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie*

*Siegen, im Februar 2001*

## Einkoten

### Diagnose und medizinische Behandlung

Das Symptom des Einkotens bei einem Kind, welches das normale Alter des Sauberkeitstrainings schon überschritten hat, ist – bis zum Beweis des Gegenteils – auf Verstopfung zurückzuführen. Reine Enkopresis (Einkoten ohne Verstopfung) ist selten, auch wenn die Eltern häufig darauf bestehen, dass die Symptome ihres Kindes nicht auf Verstopfung zurückzuführen sind (Fleisher 1976; Levine 1982). Das gemeinsame Auftreten einer primären fäkalen Inkontinenz mit Enuresis legt ein neurologisches Problem nahe. In seltenen Fällen zeigt sich eine angeborene Störung (z. B. eine spinale Dysraphie) mit den Symptomen von Stuhl- und/oder Harn-Inkontinenz erst im fünften oder sechsten Lebensjahr (Anderson 1975).

Viel Wert wurde auf die Untersuchung der psychischen Begleiterscheinungen von fäkaler Inkontinenz gelegt (Clayden a. Lawson 1976; Halpern 1977). Es gibt keinen Zweifel daran, dass ein Kind mit diesem Symptom viele sekundäre emotionale Probleme entwickelt. Die eigentliche Ursache ist aber häufiger physiologischer denn psychischer Natur. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass eine Psychotherapie häufig geeignet ist, die Störungen des Ich zu beheben, die durch das Einkoten verursacht werden, sie kann aber keine Darmverstopfung auflösen! Nicht selten überweisen Ärzte ein Kind mit fäkaler Inkontinenz automatisch an einen Mitarbeiter der psychiatrischen Versorgung, noch bevor sie eine vollständige Untersuchung durchgeführt haben. Die sekundären emotionalen Auswirkungen sind sehr häufig und tief greifend, und die andauernden Belastungen durch die Chronizität und die ständigen Rückfälle greifen die Nerven der Patienten und ihrer Familie stark an. Deshalb empfehlen wir übereinstimmend mit anderen (Buchanan a. Clayden 1992), dass die Erstuntersuchung sorgfältig durchgeführt wird und man darauf achtet, dass Missverständnisse bezüglich der Verursachung und der Behandlung der Störung verhindert werden, um nicht versehentlich zur Chronifizierung der Störung beizutragen. Es ist wichtig, die nachfolgenden Informationen zu erheben, bevor man mit der Behandlung beginnt.

- *Wie häufig und wann kotet das Kind ein?* Kinder mit einer zugrunde liegenden Verstopfung koten meistens mehrmals täglich ein, wohingegen ein Kind mit einer reinen Enkopresis eine einzige normale Darmentleerung am Tag hat, die eben nicht in der Toilette landet.
- *Gibt es innerhalb der Familie noch jemanden mit Darmproblemen?* Diese Frage ist wichtig im Hinblick auf eine zugegebenermaßen schlecht definierte Diagnose der familiären Verstopfung, die eventuell auf familiäre Essgewohnheiten oder eine angeborene langsame Darmmotilität hinweisen könnte. Die Frage kann auch helfen, Informationen über den familiären Umgang mit

der Störung und über Erwartungen bezüglich des Ausgangs der Therapie zu bekommen.

- *Wie waren die fäkalen Ausscheidungsmuster in der frühen Kindheit?* Verstopfungen in der frühen Kindheit können von einer angeborenen Aganglionose (Nixon 1964) oder von dem Reizkolon, wie es von Davidson und Wassermann (1966) beschrieben wurde, verursacht werden.
- *Wie wurde das Kind in der frühen Kindheit ernährt?* Die Ernährungsgewohnheiten, die in der frühen Kindheit eingeführt wurden, können später zu Verstopfungen führen. So kann zum Beispiel die Gabe großer Mengen von Kuhmilch bis in das zweite Lebensjahr hinein zu Verstopfungen führen.
- *Gab es Veränderungen in den Essgewohnheiten, der Familienkonstellation, dem Betreuungspersonal oder der Toilettenumgebung zum Zeitpunkt des Beginns der Verstopfung?* Häufig findet man, dass kurz vor Beginn der Darmprobleme die Familie umgezogen ist und das Badezimmer sich verändert hat; oder die Familie war zelten, und das Kind mochte die Toilette im Freien nicht; oder das Kind hatte eine fiebrige Erkrankung und dehydrierte, was zu einem harten, schmerzhaften Stuhlgang führen kann; oder das Kind begann plötzlich, einen viertel Liter Milch pro Tag mehr zu trinken.
- *Fordere die Eltern auf, das Einkoten des Kindes genau zu beschreiben!* Informationen über die Größe und die Erscheinungsform des Stuhlgangs helfen bei der Entscheidung, ob es sich um eine Verstopfung mit überlaufendem Stuhlgang oder um eine reine Enkopresis handelt. Überlaufender Stuhlgang ist eher dünn und tritt in geringen Mengen auf. Gelegentlich und vor allem nach einem Einlauf oder einem Zäpfchen wird der Stuhlgang eines chronisch verstopften Kindes die Toilette verstopfen.
- *Nimmt das Kind Medikamente?* Verschiedene Medikamente, darunter Imipramin, Codein und Ritalin, wirken verstopfend, und deren Einnahme muss bei jedem Behandlungsplan berücksichtigt werden (Fleisher 1976). Gelegentlich fehlagnostizieren die Eltern oder die Ärzte das Problem als Durchfall und verordnen versehentlich Kaopectate, was das Problem noch verschlimmert.
- *Hat sich das Kind über Kribbeln, Taubheit oder komische Gefühle in seinen Beinen beschwert? Hat es eine schlechte Koordination?* Es ist wichtig, die Möglichkeit einer Sensibilitätsstörung der unteren Extremitäten zu untersuchen, die für das Vorhandensein eines spinalen Dysgraphie sprechen würde.

Im Hinblick auf die Behandlungsplanung ist es wichtig zu wissen, wie das Kind aktuell mit den Problemen umgeht, wie Geschwister und Klassenkameraden auf das Einkoten reagieren, welche Interventionen schon durchgeführt wurden, was sie bewirkt haben und was die Familie für die Ursache des Einkotens hält.

Eine gründliche diagnostische Überprüfung umfasst auf jeden Fall eine körperliche Untersuchung, und diese muss wiederum eine neurologische Untersuchung wie auch das Abtasten des Bauches einschließen. Eine rektale Untersuchung ist im

Rahmen einer positiven Beziehung zwischen Kind und Arzt und nach einer sorgfältigen Vorbereitung des Kindes auf diesen Teil der Untersuchung angezeigt. Falls die Untersuchung eine Verstopfung nicht bestätigen kann, könnte es notwendig sein, Röntgenaufnahmen des Unterleibs zu machen, um endgültig festzustellen, ob eventuell Stuhlgang im Übermaß vorhanden ist. Eine Untersuchung mit einer Analmanometrie könnte sinnvoll sein, wenn die Frage einer rektalen Aganglionose im Raum steht. Auch sollte eine Schilddrüsenfunktionsprüfung durchgeführt werden, wenn Hinweise auf eine Hypothyreose vorliegen. Falls die Anamnese und die körperliche Untersuchung eine okkulte spinale Dysraphie, eine Aganglionose, eine Hypothyreose oder eine andere Störung aufdecken und diese eine spezielle Behandlung notwendig machen, dann müssen natürlich diese Störungen zuerst behandelt werden.

Falls die Diagnose einer Verstopfung mit „Überlauf – Einkoten“ gestellt wird (was meistens der Fall ist; Buchanan a. Clayden 1992), so sieht eine angemessene Behandlung wie folgt aus:

1. Die Anatomie sollte unter Zuhilfenahme von Zeichnungen genau erklärt werden.
2. Mechanische Probleme, die mit dem andauernden Zurückhalten des Stuhlgangs zusammenhängen, sollten sorgfältig erklärt werden.
3. Falls der Patient momentan eine deutliche Verstopfung hat, sollte eine Serie von Einläufen verschrieben werden, damit es zu einer gründlichen Entleerung kommt.
4. Gleichzeitig sollte die Ernährung geregelt werden. Die Veränderungen der Essgewohnheiten sollten dem Kind ganz genau erklärt werden. Es sollte wissen, dass die vorübergehend verbotenen Lebensmittel (wie Milch, Äpfel, Bananen, Reis, Karotten) nach vier bis sechs Wochen wieder in geringen Mengen gegessen werden können.
5. Unverarbeitete Kleie oder andere ballaststoffreiche Zusätze sollten der kindlichen Nahrung zweimal täglich zugegeben werden.
6. Das Kind sollte sich bereit erklären, entweder nach dem Frühstück oder nach dem Mittagessen für zehn Minuten auf der Toilette zu sitzen, wobei diese Entscheidung den Eltern mitgeteilt werden sollte.
7. In der Anfangszeit kann es notwendig sein, dass ein paar Einläufe gemacht werden müssen. Es wird empfohlen, alle 48 Stunden einen Einlauf zu machen, wenn das Kind in der Zwischenzeit nicht von selbst auf die Toilette gegangen ist. Wenn diese Regel nicht eingehalten wird, wird der Heilungsprozess durch die andauernde starke Dehnung des unteren Darmbereiches hinausgezögert.

## Hypnotherapie

Fleisher (1976) und Buchanan und Clayden (1992) haben die Notwendigkeit betont, dass die Kinder selbst die Verantwortung für die Behandlung des Einkotens übernehmen. Bei konventionellen medizinischen und chirurgischen Behandlungen wird dies anders gesehen. Eine Hypnotherapie allein kann die mechanischen Komponenten des Problems bei Patienten, die schon seit Jahren daran leiden, nicht mehr beeinflussen. Sie gibt einem erkrankten Kind aber die persönliche Verantwortung zurück und ermöglicht es ihm, die Kontrolle über seine Darmtätigkeit zu behalten, während es gleichzeitig das unerwünschte Verhalten beenden kann. Eltern wie Kinder profitieren von dem größeren Wissen über die Probleme, die mit dem Einkoten zusammenhängen. Vom *Behavioral Pediatrics Program of the Minneapolis Children's Medical Center* (heute *Children's Health Care – Minneapolis*; Owens-Stively, McCain a. Wynne 1986) wurde ein Handbuch entwickelt, um die Zusammenarbeit von Eltern, Ärzten und Kindern zu verbessern. Die Eltern werden aufgefordert, ihre Kinder nicht an die Selbsthypnoseübungen zu erinnern. Gleichzeitig geben wir ihnen aber zu verstehen, dass sie ihre Kinder für ihre Erfolge loben sollen, damit diese merken, dass sie für den positiven Ausgang der Behandlung verantwortlich sind, und stolz darauf sein können.

Manche Kinder, die das Problem des Einkotens schon lange haben, werden noch ein bisschen Restkot ausscheiden, obwohl sie gelernt haben, regelmäßig auf die Toilette zu gehen. Dieses Problem kann mit der dauerhaften Dehnung des rektalen Sphinkters zusammenhängen.

Das *Behavioral Pediatrics Program of the Minneapolis Children's Medical Center* bot einigen dieser Kinder ein Biofeedback-Training des rektalen Sphinkters an (Olness 1977a). In einer unveröffentlichten Studie dieses Zentrums wurden zehn Kinder einer Selbsthypnosegruppe mit zehn Kindern einer Biofeedback-Gruppe verglichen. Alle 20 Kinder wurden zuvor wegen Einkotens medizinisch untersucht und behandelt. Den Kindern in der Selbsthypnosegruppe wurden Suggestionen beigebracht, die sie regelmäßig üben sollten. Diese Suggestionen beinhalteten zum Beispiel, dass sie ihre Anal-Sphinkter geschlossen halten können, außer wenn sie auf der Toilette sitzen; dass sie sich körperlich und mental wohl fühlen und entspannt sein können, während sie auf der Toilette sitzen; und dass sie sich auf zukünftige Ereignisse freuen können, ohne sich über das Einkoten Sorgen machen zu müssen. Von den Kindern in der Selbsthypnosegruppe waren zwei nicht erfolgreich, wovon eines mehrere Monate nach der erfolgreichen Behandlung rückfällig geworden war. Dieses Kind wechselte über zu einem Biofeedback-Training und war wieder erfolgreich. In der Biofeedback-Gruppe gab es nur ein Kind, bei dem das Training nicht anschluss. Es handelte sich hierbei um einen vierjährigen Jungen, der sich offensichtlich nicht auf die Maschine und seine Muskelkontrolle konzentrieren konnte und der nach drei Sitzungen keinerlei Fortschritte zeigte. Es wurde entschieden, dass keine weiteren Behandlungen mehr durchgeführt werden, bis er

älter sei, wohingegen die veränderte Ernährung und die Einläufe nach Bedarf weiter durchgeführt wurden. Außerdem wurde er mit einem anderen Vierjährigen verglichen, der sehr gut auf das Selbsthypnosetraining ansprach. In dieser retrospektiven Untersuchung von 20 Patienten betrug die durchschnittliche Zeit vom Beginn des Biofeedback- oder des Selbsthypnosetrainings bis zum Feststellen von deutlichen Verbesserungen in der Biofeedback-Gruppe eine Woche und in der Selbsthypnosegruppe einen Monat.

Prospektive Studien über die Verwendung von Hypnose, Biofeedback und anderen Selbstregulationstechniken bei Enkopresis werden dringend benötigt. Diese Ergebnisse könnten nur die Spitze eines riesigen Eisbergs sein. Als gemeinsame Merkmale von Selbsthypnose und Biofeedback kann man Ermutigung und positive Verstärkung ansehen. Einige Kinder der Biofeedback-Gruppe berichteten über Gefühle von Entspannung und Wohlbefinden während der Biofeedback-Übungen. Diese Beobachtungen und Ergebnisse führen zu mehreren Fragen: Bewirkt die direkte visuelle Rückmeldung während einer Biofeedback-Sitzung, dass die Kinder leichter verstehen, was sie selber tun müssen, wenn sie auf der Toilette sitzen? Bewirkt das Oszilloskop eine bessere Tranceinduktion (z. B. als Äquivalent zu einer Augenfixationsmethode) als rein verbale Kommunikation? Sind Biofeedback und Hypnotherapie kombiniert angewendet erfolgreicher als eine Methode allein? Stimulieren und produzieren beide Methoden Vorstellungen, die durch die anschließende Darmkontrolle in die Realität umgesetzt werden? Offensichtlich müssen wir noch viel über die Beziehung zwischen Biofeedback und Hypnotherapie in Verbindung mit Gewohnheitsstörungen lernen.

In einigen klinischen Berichten wurde Hypnotherapie bei der Bearbeitung von psychodynamischen Inhalten angewandt, wobei eine medizinische Betreuung eine geringe bis überhaupt keine Rolle spielte. In solchen Fällen kann es zu Verbesserungen kommen, selten wird das Problem aber ganz gelöst.

Goldsmith (1962) beschrieb die Anwendung von Hypnotherapie bei einem neunjährigen Mädchen mit Verstopfung, das mehrmals täglich in die Hose machte. Die schlechte Darmkontrolle wurde als der unbewusste Ausdruck von Aggressionen gegenüber der Mutter interpretiert, und Hypnotherapie wurde angewandt, um ein Verständnis für dieses zugrunde liegende Thema zu entwickeln. Außerdem wurden direkte Suggestionen für eine Symptomlinderung gegeben. Dem Kind wurde in Trance gesagt, dass es nicht ausscheiden kann, bevor es nicht wirklich auf einer Toilette sitzt. In der darauf folgenden Woche hatte das Kind keine schweren „Unfälle“ mehr, hatte aber ständiges Schmieren. Immer noch wurden keine medizinischen Aspekte berücksichtigt, und das Schmieren wurde erneut als Ausdruck von Feindseligkeit gegenüber der Mutter interpretiert. Die weitere Anwendung von einsichtsorientierter Hypnotherapie bewirkte einige Fortschritte, aber das Kind hatte immer wieder „einen gelegentlichen Unfall“, der weiterhin als Feindseligkeit interpretiert wurde.

Silber (1968) unterschied zwischen Einkoten aufgrund von mechanischen Problemen und Enkopresis, die er als ein psychisch motiviertes Einkoten definierte. Er wandte Hypnotherapie in Kombination mit Einläufen bei neun Kindern mit Enkopresis an, die im Alter zwischen fünf und neun Jahren waren. Die Behandlung, die ungefähr drei Sitzungen dauerte, half den Kindern, sich auf anthropomorphe Vorstellungen zu konzentrieren, die mit Defäkation zusammenhängen, wie zum Beispiel die Vorstellung des analen Sphinkters als intelligenten Wachmanns. Die „psychodynamischen“ Aspekte wurden nur mit solchen Vorstellungen bearbeitet, und alle neun Kinder wurden als geheilt bezeichnet.

Olness (1976) berichtete von der erfolgreichen Anwendung von Hypnotherapie bei vier drei- bis fünfjährigen Kindern, die an einem funktionellen Reizkolon litten. Allen Kindern wurde Selbsthypnose beigebracht, und sie gaben sich selbst täglich Suggestionen bezüglich ihrer Fähigkeit, die Darmtätigkeit auf angemessene Art und Weise zu kontrollieren. Olness schloss aus den Ergebnissen, dass der Erfolg hauptsächlich darauf zurückzuführen sei, dass den Kindern die Verantwortung für ihre eigene Problemlösung übertragen wurde. Die Eltern waren nur insofern beteiligt, als sie ihre Kinder für Fortschritte loben und die beginnenden Gefühle von Bewältigung verstärken sollten.

## **Sprech- und Stimmprobleme**

### **Stottern**

Das Problem des Stotterns wurde schon von vielen Standpunkten aus beschrieben, und die Behandlungsansätze wurden von vermuteten neurologischen, erzieherischen und psychischen Ursachen abgeleitet. Hypnotherapie hat sich als eine hilfreiche Ergänzung bei den unterschiedlichsten Behandlungsansätzen erwiesen. Als vielleicht der wichtigste Faktor für den Erfolg hat sich das Gefühl von Bewältigung und Selbstvertrauen des Kindes herausgestellt, das es innerhalb der hypnotherapeutischen Beziehung erleben kann. Veröffentlichungen bestehen in der Regel aus der Betrachtung von methodischen Gesichtspunkten bei Einzelfallstudien (W. E. Moore 1946; Falck 1964; Silber 1973). Silber (1973) verwendete Märchen, volkstümliche Überlieferungen und Symbole, um dem stotternden Kind zu helfen, Kontakt zu seiner eigenen, potenziell flüssigen Sprache und zu seinem Selbstvertrauen zu bekommen. Darüber hinaus sollten sie bewirken, dass das Kind lernt, mit belastenden Umwelteinflüssen effektiver umzugehen. Silber gebrauchte seine eigenen imaginativen Fähigkeiten, um die kindlichen kreativen Fähigkeiten auf eine Lösung des Problems zu konzentrieren.

Wir haben mit mehreren entwicklungsverzögerten Kindern im Alter zwischen acht und zwölf Jahren gearbeitet, die trotz jahrelanger angemessener Sprachtherapie weiterhin täglich stotterten. Wie bei vielen stotternden Menschen war auch bei ihnen das Stottern in stressreichen Zeiten schlimmer. Die angewandten



hypnotherapeutischen Methoden waren sowohl auf die Erhöhung des internen Bewusstseins von flüssiger Sprache als auch auf die Veränderung, Kontrolle und Bewältigung von Stress gerichtet. Bei allen behandelten Kindern konnten wir in Trance eine dramatische oder sogar vollständige Abnahme des Stotterns feststellen. Auch wenn dies Freude und Stolz auslöste, so konnte keines der Kinder die positiven Effekte dauerhaft aufrechterhalten, obwohl wir folgende Suggestion als Affektbrücke gaben: „Bringe die flüssige, glatte Sprache mit in deinen normalen Bewusstseins- und Aufmerksamkeitszustand.“ Längerfristig gaben die Kinder die hypnotischen Übungen zugunsten von anderen Behandlungsmethoden auf, die ihnen „ein bisschen“ oder „für eine Weile“ geholfen haben.

### **Artikulationsstörungen**

Der hypnotherapeutische Ansatz von Singer (1973) bei Kindern mit deutlichen Artikulationsschwierigkeiten konzentrierte sich wiederum auf die Verwendung von Märchen, volkstümlichen Überlieferungen und Symbolen. Er beschrieb die erfolgreiche Arbeit mit einem zehnjährigen Jungen, mit dem er über den Zeitraum von 18 Wochen 26 Sitzungen hatte. Das Kind sprach noch zwei Jahre später klar und deutlich. Silber schlussfolgerte, dass der Erfolg mit der Tatsache zusammenhing, dass „der Patient durch die Kooperation und Beteiligung an einer kreativen Anwendung der Imagination motiviert“ wurde (p. 281).

### **Stimmprobleme**

Laguaite (1976) legte ihr hypnotherapeutisches Vorgehen anhand einer Studie mit 18 Kindern dar, die zwischen vier und zehn Jahren alt waren und eine auffällige Stimme hatten, meistens im Zusammenhang mit übermäßigem Schreien. In einigen Fällen hingen die Probleme mit Stimmbandknoten oder einer Hypertrophie der Stimmbänder zusammen. Fünf Kinder hatten einen normalen Kehlkopf, und zwei konnten nicht angemessen untersucht werden. Drei Kinder brachen die Behandlung vorzeitig ab. Bei den verbliebenen 15 Kindern konzentrierte sich die Anwendung der Hypnotherapie darauf, dass sie weniger schrien und mehr Selbstwert aufbauten. Des Weiteren wurden einsichtsorientierte Methoden angewandt. Von diesen 15 Kindern zeigten alle bis auf zwei Verbesserungen im Sinne von Veränderungen des Kehlkopfs oder des kompletten Verschwindens der Knoten. Laguaite gab noch an, dass eine andere Gruppe von Kindern, die ohne Hypnotherapie wegen Stimmbandknoten behandelt wurden, auch Verbesserungen aufwies, aber mit einem Durchschnitt von 14 Sitzungen länger brauchte als die Kinder in der Hypnotherapiegruppe mit zehn Sitzungen.

P. Gildston und H. Gildston (1992) berichteten über die hypnotherapeutische Behandlung von zwei Kindern, einem achtjährigen Mädchen und einem zwölfjährigen Jungen, mit Stimmstörungen, die sie nach dem Auftreten einer Kehlkopf-



Papillomatose entwickelt hatten. Die Krankheit wurde durch Papilloma-Viren ausgelöst. In beiden Fällen hatte die Anwendung von hypnotherapeutischen Strategien multiple Funktionen: das Wiederauftreten oder die weitere Verbreitung der Papilloma-Viren zu verhindern; die Anwendung von Sprechtechniken zu erleichtern; die vokalen Funktionen insgesamt zu verbessern. Bei dem achtjährigen Mädchen wurden die Papilloma-Viren nach der 7. Sitzung deutlich weniger und waren nach der 16. Sitzung beinahe vollständig verschwunden; entweder verschwanden sie spontan, wie sie dies in 50 % der Fälle tun, oder als Reaktion auf die hypnotischen Suggestionen. Der zwölfjährige Junge hatte wegen seiner Kehlkopf-Papillomatose mehrere operative Eingriffe im Alter zwischen drei und neun Jahren; seine Stimme war sowohl in der Stimmlage als auch in der Lautstärke stark beeinträchtigt, sodass er eine sehr unangenehme rauhe und hauchige Stimme hatte, die sehr schwer zu verstehen war. Hypnose wurde in längeren Abständen und in Abstimmung mit der Stimmrehabilitationstherapie angewandt. Nach zwei Monaten zeigte er innerhalb des Behandlungssettings eine deutliche Verbesserung, konnte aber diese Erfolge nur sporadisch in die alltäglichen Sprechsituationen übertragen. Die Autoren waren der Meinung, dass die Hypnotherapie für diese beiden Kinder ein ausgezeichneter Ansatz war, um die Motivation zu erhöhen und die Aneignung der Sprechfertigkeiten zu beschleunigen.

Einer unserer eigenen Patienten war ein elfjähriger Junge, der mit 21 Monaten Lauge getrunken hatte. Aufgrund dessen hatte er mehrere operative Eingriffe hinter sich. Seit er mit neun Jahren an der Speiseröhre operiert worden war, konnte er nicht mehr normal sprechen. Als ihm in der therapeutischen Praxis Fragen gestellt wurden, konnte er sie nur flüsternd beantworten. Ganz zu Beginn der Unterhaltung sagte er, dass Fischen eine seiner Lieblingsaktivitäten sei und dass er sich schon darauf freue, wieder zu singen, wenn er seine Stimme zurückgewonnen habe. Ihm wurde gesagt, dass es vielleicht vorübergehende organische Ursachen für den Verlust seiner Stimme gegeben habe, wie zum Beispiel eine Schwellung um die Stimmbänder herum aufgrund der Operation, und dass er vielleicht nur aus Gewohnheit weiterhin flüstern würde. Seine Mutter war sich sicher, dass dies zuträfe, weil sie ihn gehört hatte, wie er im Schlaf laut gesprochen habe. Bei seinem ersten Besuch lernte der Junge eine Entspannungstechnik, die er mit der Atmung synchronisierte. Dann stellte er sich seinen Lieblingsort vor. Später berichtete er, dass er, während er sich seinen Lieblingsort vorgestellt hatte, fischen gegangen sei und drei Hechte gefangen habe. Den Aufforderungen des Therapeuten folgend, rief er eine vergangene Zeit in Erinnerung, während der er sein spezielles Lieblingslied sang. Dann übertrug er diese Situation in eine zukünftige Zeit, wenn er wieder fähig sein würde, dieses Lied laut zu singen. Nach außen wirkte der Junge während der 15-minütigen Sitzung sehr entspannt, und er wurde aufgefordert, diese Übung zu Hause zweimal täglich zu wiederholen.

Nach einer Woche kam der Patient zur nächsten Sitzung. Nach der Wiederholung der Entspannungsübung und der Vorstellung des Lieblingsortes visualisierte

er einen Kalender, der Woche für Woche zurückgeblättert wurde. In der Trance setzte der Klient zuvor vereinbarte ideomotorische Signale ein. Mit diesen Zeichen zeigte er an, dass der Vorfall, der zu seinem Problem geführt hatte, im September 1977 stattfand. Als der Therapeut beschrieb, wie der Kalender von der dritten zur zweiten Woche des Monats zurückging, begann er zu husten, hatte einen Gesichtsausdruck, als wenn er ersticken würde, und seine linke Hand spannte sich an. Danach wurde er aufgefordert, wieder an seinen Lieblingsort zurückzugehen und die Suggestionen des ersten Besuchs zu wiederholen. Bei der Überprüfung der Unterlagen seiner ambulanten Behandlungen wurde festgestellt, dass er am 15. September 1977 zu einem Arzt gebracht wurde, der nur kurz „im Anschluss Operation“ notiert hatte.

Die dritte Sitzung fand zwei Wochen später statt. Die Eltern berichteten, dass der Junge in der Zwischenzeit ab und zu mit einer normalen Stimme sprechen konnte, immer wieder von Flüstern unterbrochen. Auch bei diesem Besuch wiederholte er die Entspannungsübung und die Lieblingsort-Imagination. Dann wurde ihm die „Geballte Faust“-Technik (Stein 1963) als eine Möglichkeit beigebracht, Dinge loszulassen, die ihm im Zusammenhang mit seinem Stimmverlust stören könnten. Anschließend wurde er aufgefordert, seinen Lieblingsort zu beschreiben, und er sagte „fischen“ mit einer normalen Stimme. Er wurde ermutigt, zu Hause nach der Entspannungsübung sofort zu sprechen, und bekam den Auftrag, den Therapeuten anzurufen, sobald seine Stimme zurückgekehrt sei.

Zwei Wochen später rief er an und teilte mit, dass er wieder sprechen könne, aber dass er gerne für eine weitere Sitzung kommen möchte. Er berichtete, dass er sich selber laut singen gehört hatte, als er die Entspannungsübung beendete. Seine Mutter bestätigte dies: „Er spricht wieder normal und muss eigentlich nicht mehr zu Ihnen kommen, aber er wollte unbedingt noch einmal zu Ihnen kommen.“ Seine Mutter erzählte, dass er am Tag, nachdem er seine Stimme wiedererlangte, sehr glücklich aus der Schule gekommen sei. Er sagte: „Die Schule macht viel mehr Spaß, wenn man reden kann.“ Am nächsten Tag kam er allerdings nach Hause und sagte: „Reden kann dich ganz schön in Schwierigkeiten bringen.“ Bei einer Nachuntersuchung vier Monate später redete er immer noch normal.

## **Behandlungsresistentes Husten**

Viele Kinder entwickeln ein Husten, das Eltern, Lehrer und Gleichaltrige stört und zu Frustrationen führen kann, die in Schuldgefühlen, Verweisen, Bestrafungen und andauernden Konflikten münden können. Auch wenn dieses Husten häufig die Weiterführung einer Verhaltensweise darstellt, die durch eine infektiöse oder allergische Krankheit ausgelöst wurde, ergeben gründliche (manchmal auch übertriebene) Untersuchungen im Normalfall keine Hinweise auf eine zugrunde liegende reaktive Atemwegserkrankung oder eine andere körperliche Ursache. Im Ge-

gensatz zu asthmakranken Patienten, die ein nächtliches Asthma haben können, husten die Kinder mit diesem Problem typischerweise nicht während des Schlafens. Es gibt kein psychisches Charakterprofil dieser Kinder, obwohl viele einen sekundären Krankheitsgewinn erfahren, weil sie bestimmte Schulstunden verpassen oder ganz zu Hause bleiben dürfen. Wie bei den meisten Gewohnheiten, ist es wahrscheinlich, dass die Kinder oder Jugendlichen über die vorangegangene Krankheit oder Störung – wie eine Allergie oder eine respiratorische Infektion – ein (unbewusstes) Verhaltensmodell für das Symptom geliefert bekamen, welches sich dann selber aufrechterhalten hat. In einer Übersicht über die vorhandene Literatur (Gay et al. 1987) wird von einer Nachuntersuchung bei 24 pädiatrischen Patienten mit störenden Hustenanfällen berichtet, die erfolgreich mit einer Art Suggestionstherapie behandelt wurden und von denen ein Jahr später noch 23 hustenfrei waren. In einem Großteil der Fälle war der Erfolg schon nach ein paar Behandlungstagen zu erkennen.

Wir haben festgestellt, dass hypnotische Strategien sehr effektiv sind, um jungen Menschen bei der Veränderung ihrer Hustgewohnheiten zu helfen (Kohen a. Olness 1987). Im Folgenden wird ein möglicher Ansatz dargestellt. Ein 13-jähriger Patient wurde von einem Kinderarzt an uns überwiesen, damit wir ihm Selbsthypnose beibringen, die ihm bei seinem schon sechs Monate andauernden Husten helfen sollte. Drei Monate nach Beginn des Hustens wurde der Patient in ein Krankenhaus gebracht, wo eine Bronchoskopie durchgeführt wurde. Die Ergebnisse waren unauffällig. Er wurde auch allgemeinpädiatrisch und psychologisch untersucht und einem Allergietest unterzogen. Der Patient und seine Mutter verbanden den Beginn des Hustens mit der Zeit, als der Junge seinem Vater bei der Ernte von Sojabohnen half. Er und die Therapeutin sprachen über die Möglichkeit, dass das Husten eventuell durch eingeatmete Reizstoffe des Erntestaubs verursacht wurde und später dann zu einer störenden Angewohnheit wurde. Die Therapeutin zeichnete Bilder von der Anatomie, dem Bronchialbaum und dem Hustenreflex. Außerdem explorierte sie sehr ausführlich die Interessen, Hobbies, Vorlieben und Abneigungen des Jungen und hielt fest, dass er besonders gerne Fahrrad fuhr.

Das Vorgehen bestand nun darin, dass der Patient durch das tägliche Anwenden von Selbsthypnoseübungen eine Symptomlinderung erleben sollte. Für die Selbstinduktion wurde das Rückwärtszählen verwendet, gefolgt von der mentalen Vorstellung des Lieblingsortes, um dann die Entspannung zu vertiefen, indem er sich eine lange Fahrradfahrt vorstellen sollte. Wenn er sich dann entspannt fühlte, wurde er aufgefordert, sich auf die Bilder des Bronchialbaums und des Hustenreflexes zu konzentrieren und sich selber zu suggerieren, dass das Husten nachlassen werde. Er sollte sich auch zukünftige glückliche Ereignisse vorstellen, die er ohne Husten genießen könne. Während der Übung hustete er überhaupt nicht. Der Patient wendete die Übung zweimal täglich an und kam eine Woche später zu einer Nachuntersuchung. Er erzählte, dass er keine schweren Hustenanfälle seit dem letzten Besuch gehabt habe, und sagte, dass er durchschlafen konnte, ohne

vom Husten geweckt worden zu sein. Er führte seine Übungen noch einen weiteren Monat durch. Anschließend schickte die Mutter einen Brief, in dem sie schrieb, dass es dem Jungen gut gehe und dass sie denke, dass die Symptome „wie von einem Virus“ gekommen seien.

## **Stressbedingte Harninkontinenz**

Auch wenn diese Störung selten ist, so tritt sie doch gelegentlich in der Praxis eines Arztes auf und könnte auf einen konditionierten Reflex zurückzuführen sein, wie die folgende Fallgeschichte zeigt. Ein 14-jähriger Junge wurde überwiesen, weil er beim Lachen immer in die Hose gepinkelt hatte. Obwohl er unter seinen Altersgenossen beliebt und ein guter Schüler war, schämte er sich für sein Problem, beim Lachen immer urinieren zu müssen. Die Mutter war der Meinung, dass das Problem seine Ursache im Sauberkeitstraining hatte, weil sie damals feststellte, dass er pinkelte, sobald sie ihn kitzelte. Der Patient war zuvor bei verschiedenen Urologen und Kinderärzten gewesen, ohne dass sich etwas verändert hätte.

Während des ersten Besuchs wurde der Junge angeleitet, Zeichnungen zu erstellen, um die Anatomie des Harntraktes und die Blasenreflexe zu verstehen. Nachdem er sich einverstanden erklärt hatte, zweimal täglich zu üben, wurde ihm eine Entspannungs-Vorstellungs-Übung beigebracht. Er entspannte, in dem er sich auf einen Lieblingsort seiner Wahl konzentrierte, und verwendete die Vorstellung, eine Treppe hinabzusteigen, um die Entspannung zu vertiefen. Er wurde aufgefordert, sich Suggestionen zur Blasenkontrolle zu geben und sich selber in einer lustigen Situation vorzustellen, in der er es schafft, beherzt zu lachen, ohne gleichzeitig in die Hose zu machen.

Eine Woche später bestätigte er bei seinem zweiten Besuch, dass sich schon vieles gebessert habe und er mit seinen Fortschritten sehr zufrieden sei. Er berichtete von drei Situationen, in denen er lachen musste und „ein paar Tropfen Urin verloren“ habe. Beim dritten Besuch zwei Wochen später berichtete er nur noch von einem Zwischenfall.

Über die nächsten vier Monate wurde der Junge noch über das Telefon begleitet. Er war vollkommen trocken. Fünf Monate nach dem letzten Telefongespräch rief die Mutter an und sagte, dass er in der Schule keine Zwischenfälle mehr gehabt habe, aber gelegentlich noch bei Gruppenausflügen. Er würde die Entspannungs-Vorstellungs-Übung nicht mehr anwenden. Der Mutter wurde gesagt, dass es sein könne, dass er das restliche Problem nicht ernst genug nähme, um die Übungen weiter anzuwenden, da er ja sein Hauptproblem, nämlich die Kontrolle des Urins in der Schule, gelöst habe. Die Mutter wurde aufgefordert, ihn nicht zu ermuntern, in die Therapie zurückzukehren, so lange er es nicht von sich aus wünscht.

Drei Monate später kam er noch einmal zu einem Termin vorbei und berichtete, dass er regelmäßig lache und während der letzten vier Wochen keinen einzigen

Vorfall mehr gehabt habe. Er sprach über seine Pläne, Rechtsanwalt oder Psychiater werden zu wollen, auf ein Sommerzeltlager zu gehen und über eine erst vor kurzem erhaltene Auszeichnung in Geometrie. Die Katamnese ein Jahr später offenbarte keinen Rückfall.

Eine 14-jährige junge Frau mit einer leichten geistigen Behinderung und mit mittelschweren Sprach- und Hörproblemen wurde wegen „Einnässen am Tage und in der Nacht“ überwiesen. Zur Zeit der Überweisung berichteten sie und ihre Mutter (was durch spätere Erhebungen bestätigt wurde) eine Ausgangs-Trockenrate von ungefähr 40 % bis 50 % in der Nacht und 20 % am Tage. Das hieß also, dass sie fünf bis sechs Tage in der Woche tagsüber einnässte und dreimal in der Woche nachts ins Bett machte. Bei einer detaillierten Anamnese kam heraus, dass das Einnässen tagsüber meistens passierte, wenn sie mit ihren Freundinnen in der Schulpause einen verlängerten „Lachanfall“ bekam oder sich zu Hause mit ihrem jüngeren Bruder balgte. Die Mutter versicherte uns wiederholt, dass die Klientin und ihr Bruder „sehr eng“ miteinander seien und dass das Ringen „immer im Guten“ blieb. Das Mädchen schämte sich sehr für ihr Einnässen, vor allem wenn es tagsüber geschah. Die Mutter berichtete, dass weder die Kinderärzte noch die Urologen eine körperliche Ursache für die Probleme finden konnten; Psychologen, die ihre Entwicklung begleitet hatten, waren der Meinung, dass die Probleme mit ihren neurologischen Reifungsproblemen zusammenhingen und auf der Unaufmerksamkeit für und Unkenntnis von „sozialen Hinweisreizen“ basierten.

Der Schwerpunkt in der ersten Sitzung wurde auf den Aufbau einer Beziehung mit dem jungen Mädchen und die Ermittlung ihrer Kommunikationsfähigkeit gelegt. Um ihre Motivation, ihr Verständnis und die mögliche Rolle von sekundärem Krankheitsgewinn zu erheben, wurde sie direkt gefragt: „Wäre es in Ordnung, wenn du jeden Tag eine trockene Hose und jede Nacht ein trockenes Bett hättest?“ Sie freute sich sehr und sagte mit einem breiten Grinsen: „Ja!“ Gegen Ende der ersten Stunde wurde eine einfache Zeichnung der Anatomie des Harntraktes und der Kommunikation zwischen der Blase und dem Gehirn gezeichnet. Mitten im Vortrag über die Art und Weise, wie die Blase das Gehirn wissen lässt, dass sie voll ist, springt sie wie eine Fünf- oder Sechsjährige auf und ruft: „Ich muss auf die Toilette!“ Sie rannte schnell aus dem Zimmer und schaffte es rechtzeitig zum Badezimmer. Die Mutter war erstaunt und sagte, dass dies das erste Mal gewesen sei, dass sie so schnell und abrupt reagiere, wenn sie auf die Toilette müsse. Die Tochter war mit folgender Aufforderung einverstanden: „Nimm das Bild mit nach Hause, hänge es an die Wand, und jede Nacht, bevor du schlafen gehst, denke darüber nach, wie die Blase ihre Botschaften an das Gehirn sendet und wie das Gehirn der Blase sagt, was sie zu tun hat, wenn du wach bist, wenn du lachst und wenn du schläfst.“ Darüber hinaus sollte sie noch über die trockenen Tage und Nächte Buch führen. Bis zum zweiten Besuch zwei Wochen später war die nächtliche Trockenrate schon auf 70 % gestiegen, und bei der dritten Sitzung weitere zwei Wochen später hatte sich die Trockenrate tagsüber auf über 30 % erhöht. Inhaltlich wurde zur Verstärkung der

Erfolge ein Ericksonscher Ansatz verwendet, indem betont wurde, dass sie jetzt schon „so erwachsen“ sei, was eine Steigerung ihres Selbstwertes bewirkte. Die Vorstellungübung wurde etwas formalisierter eingesetzt, indem gesagt wurde, dass sie ihre „Übung auch manchmal mit geschlossenen Augen“ durchführen könne. Über die nächsten Monate verschwand das nächtliche Einnässen vollständig. Die Vorfälle tagsüber schienen jeweils mit dem „nicht aufpassen, wann ich auf die Toilette muss“ verbunden zu sein und wurden ständig weniger. Nach einem Jahr mit monatlichen Sitzungen hatten diese so weit abgenommen, dass sie nur noch ein bis zweimal im Monat auftraten. Obwohl das Einnässen bei Lachanfällen am renitentesten war, berichteten sie und ihre Mutter nach 18 Monaten (jetzt fanden die Sitzung zweimonatlich statt) nur von einem Vorfall, und zwar während eines starken Lachanfalls in einem Sommer-Zeltlager. Das Mädchen gab an, dass sie stolz sei, sich jetzt von ihrem Bruder kitzeln lassen zu können, ohne dass sie pinkelt, und dass sie es genieße, ihn auf diese Weise zu „verschaukeln“.

## **Haarausreißen, Nägelkauen, Daumenlutschen**

Diese Verhaltensweisen können ihre Ursachen in Ängsten, in der Nachahmung von Gleichaltrigen oder Erwachsenen oder in unbefriedigten oralen Bedürfnissen haben. Sie sind nicht gefährlich und nur von geringer medizinischer Bedeutung (sofern das Kind keine Parasiten, Bakterien oder Viren beim Beißen oder Lutschen aufnimmt), aber sie sind extrem störend für Beobachter und häufig auch für die Patienten selber, da sie an ihrer Fähigkeit, das eigene Verhalten verändern zu können, zweifeln und Gefühle der Hilflosigkeit entwickeln. Ständiges Ermahnen durch die Eltern und Widerstände beim Kind können zu schwer wiegenden Problemen innerhalb der Familie führen. Die Anwendung von Hypnotherapie bei diesen Problemen kann einen akzeptablen Lösungsweg darstellen.

Wie bei der Behandlung von allen Gewohnheitsstörungen, so ist es auch hier hilfreich, die Interventionen so zu gestalten, dass das Selbstvertrauen des Kindes und sein Gefühl von persönlicher Verantwortung und Bewältigung gestärkt werden. Das Erstgespräch sollte ähnlich aufgebaut werden, wie es schon zuvor bei den Problemen Enuresis oder Enkopresis dargestellt wurde. Wir betonen, dass der ursprüngliche Grund für das Problem nicht mehr länger wichtig sein muss, weil das Kind älter geworden ist und die Dinge in der Zwischenzeit anders sehen kann. Gleichzeitig erkennen wir jedoch an, dass für manche Kinder die ursprünglichen Gegebenheiten noch relevant sind und es wichtig ist, diese zu besprechen und zu klären. Dies muss natürlich individuell erhoben werden.

Nach der Befragung von Interessen, Vorlieben und Abneigungen des Kindes planen wir eine geeignete Selbsthypnoseübung. Unter der Berücksichtigung der Tatsache, dass das Wohlbefinden des Kindes und der Rapport für die Entwicklung einer erfolgreichen hypnotherapeutischen Beziehung sehr wichtig sind, wird die