

Hypnoterapi ved behandlingsrefraktær enuresis nocturna

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å vurdere nytten av hypnoterapi i behandling av behandlingsrefraktær enuresis nocturna.

Materiale. 12 gutter, median alder 12 år (spredning 8–16 år), åtte med primær enuresis nocturna og fire med primær enuresis nocturna og diurna, rapporterte ved henvisningstidspunkt median 0 tørre netter (spredning 0–3 tørre netter) per uke. Alle hadde en familiær forekomst og hadde brukt alarmmatte og desmopressin, mens 50 % hadde brukt imipramin. Åtte hadde vært henvist til pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og/eller barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for behandling.

Metode. Alle var bredt somatisk utredet av pediater, barnekirurg eller urolog før hypnoterapi ble igangsatt. Etter en forberedende samtale med vurdering av motivasjon gjennomgikk pasientene hypnoterapi over median seks ganger (spredning 2–8 ganger) i tillegg til median en måneds påfølgende utprøving av selvhypnose.

Resultater. Tre måneder etter avsluttet behandling hadde ni av 12 pasienter oppnådd 6–7/7 tørre netter, og ved ett års oppfølging 7/7 tørre netter per uke. Av de tre med enuresis etter tre måneder, ble to henvist til barnekirurgisk vurdering pga. hyperaktiv blære, og en henvist til lokal BUP poliklinikk pga. foreldrekonflikt.

Fortolkning. Hypnoterapi kan ha en rask og varig effekt hos gutter med kroniske og sammensatte former for enuresis nocturna. Hypnoterapi bør integreres i retningslinjer for behandlingsopplegg ved enuresis.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Trond H. Diseth

trond.diseth@rikshospitalet.no

Inger Helene Vandvik

Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon
Barneavdelingen
Rikshospitalet
0027 Oslo

Sengevæting, enuresis nocturna, er et av de mest alminnelige problemene i barne-medisinen, likevel er det blitt viet liten interesse (1). Dette kan skyldes at tilstanden kan forstås som et utviklings- og modningsproblem eller en «uvane». Hvert år blir omkring 15 % av barn med enuresis spontant tørre (2).

Sengevæting kan være en praktisk, sosial eller følelsesmessig belastning for barn og foreldre (3–5). I løpet av de siste ti år er det publisert flere oversiktsartikler om årsaksmekanismer, utredning og behandling (6, 7), og det er utarbeidet retningslinjer for behandling (8, 9). Selv om flere eldre studier har vist at hypnoterapi kan ha effekt (10–13), inngår ikke dette i retningslinjene.

Vi beskriver klinisk bruk av hypnoterapi og presenterer resultater av terapi gitt gutter med langvarig behandlingsrefraktær enuresis nocturna.

Hypnose og hypnoterapi

Hypnose (gresk «søvn») defineres oftest som endret form for bevissthet, med sterk konsentrasjon, fokusert oppmerksomhet og skjerpet hukommelse – dermed økt suggestibilitet og mottakelighet for terapeutisk intervensjon (14). Noen bruker begrepet parallell eller dobbelt oppmerksomhet – den hypnotiserte både opplever og observerer på samme tid (15, 16). Pasienten er bevisst både med hensyn til hva som skjer i den konkrete verden rundt seg og til hva som skjer i selve hypnosetilstanden.

Hypnoterapi er en spesifikk intervensjon overfor en pasient som befinner seg i hypnose. Teknikkene spenner fra enkel egostøttende suggesjon til psykoanalyse. Målsetting for behandlingen kan være mestring, kontroll, smertelindring, symptommodifisering eller traumeavdekking og -behandling. Hypnose er dermed et hjelpemiddel ved et eksisterende behandlingsopplegg og kan betraktes som en katalysator for ulike psykologiske intervensjoner. Interaksjonen mellom terapeut og pasient blir mer konkret og spesifikk.

Hypnotiserbarhet er normalfordelt i befolkningen, er ikke avhengig av kjønn eller intelligens, og har et maksimum i alderen 7–14 år (17). Hypnoterapi er derfor svært godt egnet overfor barn.

Teoretisk fundament

Hypnoterapi representerer en rask og direkte måte å oppnå problemløsning eller symptomlette på. Barn kan forestille seg og oppleve nye handlemåter i en problematisk situasjon for så å inkorporere dette i hverdagen. Metoden er også velegnet ved «uvaner» hvor et symptom er blitt stående igjen etter at den psykologiske konflikt er løst eller den psykososiale påkjenning er fjernet.

Hypnose fører til psykologiske og fysiologiske forandringer (17, 18). Ved siden av endret bevissthetstilstand, som mange sammenlikner med innsøvningsøyeblikket, skjer det endringer av typen endret tidsopplevelse, mer intens og direkte kommunikasjon, mangel på interesse for å bevege seg og økt suggestibilitet. Teoretisk kan hypnose knyttes til evnen til dissosiasjon (19), og kan forstås som et psykosomatisk fenomen i videste forstand, en virkeliggjøring av tesen om samspillet mellom tanker og kroppslige fenomener. Under hypnose er det påvist endret respirasjonsmønster, katalepsi, vegetative forandringer med dreining fra sympatikus til parasympatikusaktivitet og neurofysiologiske forandringer med endret EEG-mønster og økt aktivitet i den ikke-dominante hemisfære (20, 21).

Indikasjoner

Det er god effekt av hypnoterapi hos barn og unge når det gjelder:

- Smertebehandling – akutt smerte ved ulykker, operasjoner og smertefulle behandlingsprosedyrer og ved kronisk smerte, f.eks. ved kreft

Hovedbudskap

- Enuresis nocturna kan medføre en praktisk, sosial eller følelsesmessig belastning for både barn og foreldre
- Hypnoterapi har ikke inngått i retningslinjene for behandling av sengevæting
- Hypnoterapi kan ha en tydelig og vedvarende effekt og bør utgjøre et effektivt supplement i behandling av sengevæting

- Psykosomatiske plager – astma, dyspné, hoste, migræne, hodepine, irritabel tarm-syndrom, søvnforstyrrelser, kvalme/oppkast og fysiologiske reaksjoner som rødming og svetting
- Psykoterapi – f.eks. ved ønske om økte skoleprestasjoner, ved tommelsuging og neglebiting, enurese, enkoprese, behandling av ulike angsttilstander, fobi, tics, Tourettes syndrom og ved dissosiative lidelser hvor man ønsker å avdekke og bearbeide traumatisk materiale

Fire anvendelsesområder for hypnoterapi fremgår av ramme 1. Terapien er kontraindisert ved uavklart organisk etiologi, hvis hypnose for barnet kan representere fysisk fare eller bare knyttes til det å ha det gøyalt og eksperimenterer, og i tilfeller der foreldre har egen behov eller ønske om kontroll (17).

Den hypnoterapeutiske metode

Metoden kan generelt inndeles i seks faser (ramme 2). Hypnoterapi ved enuresis nocturna eksemplifiserer disse fasene.

Enuresis nocturna

Enurese (F98.0) defineres som ufrivillig vannlating på et ikke-organisk grunnlag av minimum tre måneders varighet hos barn over fem år (22). Det skilles mellom primær og sekundær enurese, og enuresis nocturna og diurna. Ved primær enuresis nocturna har det aldri vært lengre perioder med tørr seng, og sengevæting opptrer minimum to ganger per måned for barn under sju år og minimum en gang per måned for eldre barn. Enuresis nocturna er vanlig, og studier viser at omkring 20 % av femåringer, 10 % av sjuåringer og 2 % av 14-åringer har dette problemet (23), flere gutter enn jenter (2:1). Nokturi med våkne, nattlige toalettbesøk er like vanlig som sengevæting (1).

I førskolealder kan enurese representere et praktisk problem. Ca. to tredeler av foreldrene finner situasjonen belastende (5). I skolealder kan sengevæting innebære et sosialt problem i forbindelse med overnatting hos venner, speidertur etc., mens det i ungdomsalder kan gi skam-/skyldfølelse og lav selvfølelse (3, 4). Det er også økonomiske omkostninger i form av utgifter til bleier etc.

Utredning og behandling konsentreres om tre viktige patofysiologiske faktorer: nattlig polyuri, ufullstendig relaksasjon av urinblæren og vanskeligheter med å våkne (1, 9). Gjeldende utrednings- og behandlingsopplegg er omtalt i Tidsskriftet (9). Hypnoterapi for barn og unge med enuresis nocturna blir sjelden nevnt i slike oversikter, men eldre prospektive studier har vist at hypnoterapi har 44–88 % varig effekt ved 1–5 års oppfølging (10–13).

Klinisk utprøving av hypnoterapi ved enuresis nocturna

Materiale

12 gutter, median alder 12 år (spredning 8–16 år), med behandlingsrefraktær primær

enuresis nocturna ble 1997–2000 henvist til Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon, Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon, Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon, Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon, Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon. Åtte hadde primær enuresis nocturna, fire hadde i tillegg primær enuresis diurna. Ved inntak hadde de median 0 tørre netter (spredning 0–3 tørre netter) per uke. Alle hadde familiær enureseopphopning, de hadde prøvd alarmmatte og desmopressin, og halvparten hadde brukt imipramin i tillegg. Åtte hadde vært henvist til PPT eller BUP for sengevæting. Alle var bredt somatisk utredet av pediater, barnekirurg eller urolog på annen- eller tredjelinjenivå.

Metode

Vurderingsfase. Først må det somatiske symptomet være grundig utredet. Terapeuten avklarer deretter «for hvem er dette et problem», hvorvidt barnet er motivert for å bli kvitt symptomet og at det ikke foreligger kontraindikasjoner.

Forberedelsesfase. Så følger forberedende familiesamtale (pre-induction talk). Symptomets utviklingshistorie og tidligere intervensjonsforsøk kartlegges. Det er ofte behov for å avmystifisere metoden – tegneserier og underholdningsprogrammer har ført til skepsis eller redsel for tap av kontroll eller utføring av uønskede handlinger under hypnose. Begrepet avslapning og hvordan tanker påvirker kroppen forklares og demonstreres. Vi legger vekt på behandlingsoptimisme.

Anatomien og fysiologien ved urinblærekontroll vises ved anatomiske bildebøker eller tegning (fig 1). Vi bruker tid på å kartlegge barnets interesser og favorittaktiviteter/-steder. Opplysninger om soverommet, sengen, toalettet og antall skritt mellom seng og toalett er nyttig.

Hypnotiserbarhet (og motivasjon) kan undersøkes ved Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children (24). Hvis barnet ikke er særlig motivert, anbefales familietilnærming.

Induksjonsfasen består av avslapning og en forsenkningsfase. Ved enureseproblemer kan barnet før timen bli bedt om å drikke 1/2 liter cola på venteværelset og telle antall skritt fra behandlingsrom til toalett.

Avslapning består i at barnet setter seg godt til rette i en stol, lar hodet og nakke hvile og løser opp stramme belter og skolliser. Yngre barn blir bedt om å forestille seg et favoritt-TV-program eller -film. For eldre barn kan man prøve øye-finger-fiksasjonsmetoden. Blikket fikseres en stund, øyelokkene føles tunge og øynene lukkes.

Gjennom forsenkningsfasen bringes barnet inn i en dypere avslapning. Med barn teller vi ofte fra 0 til 20 ved hjelp av trappetrinn. Tellingens skjær monotont og rytmisk, gjerne etter respirasjonsfrekvensen. Vi fremkaller så et godt indre bilde, f.eks. et favorittsted eller en populær aktivitet. Barnet er nå i en tilstand av økt suggestibilitet.

Hypnoterapeutisk suggesjon er den kliniske, terapeutiske utnyttelse av hypnosetil-

! Ramme 1

Anvendelsesområder for hypnoterapi

- *Symptomavdekkende behandling* som en del av en psykodynamisk eller kognitiv terapi. Man gjenkaller ved f.eks. aldersregresjon dissosiert materiale; gjerne traumatiske opplevelser, som gjennomarbeides videre psykoterapeutisk
- *Symptommodifiserende behandling* ved ulike «uvaner», angsttilstander, smertetilstander og psykosomatiske lidelser
- *Vegetabiliserende behandling* i form av avslapning ved ulike spennings-tilstander, tensjonssmerte, hodepine, astma etc.
- *Egostøttende behandling* som suggesjoner hvor man omformer negative selvinstruksjoner til positive instruksjoner med vekt på mestring og kontroll

! Ramme 2

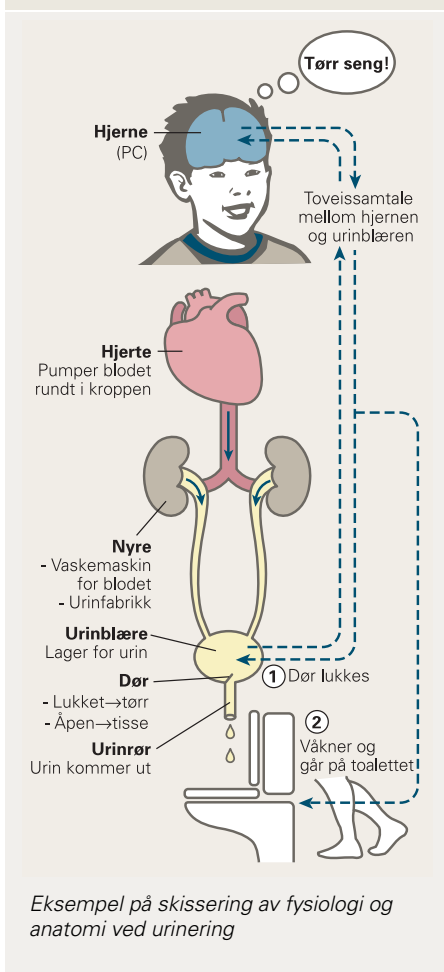
Den hypnoterapeutiske metodens seks faser

- Vurdering av om forutsetning for hypnoterapi er til stede
- Forberedelse
- Induksjon
- Terapeutisk suggesjon
- Dehypnotisering og avslutning
- Oppfølging

standen. Man innleder med en generell jeggstøttende suggesjon – mestring, kontroll og ansvar vektlegges. «Du er sjef over kroppen din, du kan ta kontrollen.» Så kommer en spesifikk suggesjon myntet på barnets problem. Barnet med sengevæting fremkaller et indre bilde: Det sover i en tørr, varm, god seng mens urinblæren gradvis fylles. Med bakgrunn i tegningen (fig 1) ser barnet for seg at det går signaler til hjernen, hjernen gir signal om å knipe igjen og våkne for å gå på toalettet og tisse. Her gleder barnet seg til å komme tilbake til en god, tørr, varm seng, sove videre for så å våkne opp tørr og kjempetolt om morgenen. Suggesjonen gjentas 2–3 ganger. Hele tiden vektlegges at det er barnet som har kontroll og er sjef over urinblæren. Man kan også under hypnoterapien føre barnet ut på toalettet hvor det later vannet. Totalt tar denne sekvensen ca. 20–30 minutter.

Dehypnotiseringsfase. Man fører så barnet tilbake til full bevissthet, gjerne ved å

Figur 1



telle tilbake. Hele tiden blir det lagt vekt på mestring og kontroll og den gode og stolte følelsen av å være tørr. Timen avsluttes med en ettersamtale. Metoden kan gjennomføres to ganger første uke, så en gang i uken i 2–4 uker, totalt 4–6 ganger.

Oppfølging og innlæring av selvhypnose. Barnet oppfordres til å trene selv hjemme 2–3 ganger i uken. Gjennom foreldreveiledning (ramme 3) (17) er det viktig å understreke at barnet selv har ansvar for treningen, foreldrene skal bare bistå praktisk. Barnet kan få en innspilt kassett til egentrening og oppfordres til å føre dag-/loggbook med registrering av tørre netter, treningstider og andre viktige hendelser. Oppfølgingsamtale gis etter tre, seks og 12 måneder.

Resultater

Hypnoterapi som beskrevet over, ble gjennomført median seks ganger (spredning 2–8 ganger) med etterfølgende trening med selvhypnose i en måned (spredning 0–3 måneder). Tre måneder etter avsluttet behandling hadde ni av 12 pasienter oppnådd 6–7 av sju tørre netter, og ved ettårsoppfølging hadde de samme ni sju av sju tørre netter. Tre hadde fortsatt sengevevtingsproblem etter tre måneder. To ble henvist til videre urologisk oppfølging grunnet hyperaktiv blære, og en

til BUP grunnet en vedvarende foreldrekonflikt med truende skilsmisse.

Tre ulike problemstillinger ved hypnoterapi

Pasient 1 – rask effekt. Jens, 11 år, hadde behandlingsrefraktær primær enuresis nocturna. Han var enebarn fra et skilsmisshjem, hadde ingen kontakt med sin far, som hadde stiftet ny familie. Jens hadde et dårlig sosialt nettverk og gikk mye alene. Han ble henvist fra den lokale BUP-poliklinikk, hvor han gikk i støtterapi, parallelt med at moren ble behandlet for schizofreni ved voksenpsykiatrisk poliklinikk. Han var bredt somatisk utredet, uten funn av organpatologiske forhold. Mor hadde hatt enuresis frem til 16 års alder. Av tidligere intervensjoner var imipramin prøvd ved seks års alder og fokusert leketerapi ved ni års alder. Til tross for dette hadde han aldri hatt en tørr natt. Etter innkalling til første time hadde Jens for første gang opplevd to tørre netter. Under inntakssamtalen gav han umiddelbart uttrykk for å være svært motivert for å bli tørr. Etter de to første timene ble han varig tørr sju av sju netter.

Pasient 2 – klassisk forløp. Olav, 15 år, hadde behandlingsrefraktær primær enuresis nocturna med familiær opphopning. To eldre søsken og mor hadde sengevevtingsproblemer opp til 12 års alder. Da han var fem år gammel, var det prøvd alarmmatte via helsestasjon, sju år gammel ble han henvist til skolepsykolog for nytt forsøk med alarmmatte samt belønningssopplegg og foreldrerådgivning. Ved ni års alder ble det på ny prøvd alarmmatte samt imipramin i to måneder, og da han var ti år gammel, gikk familien ni måneder i familierapi ved lokal BUP-poliklinikk. Da han var 11 år, ble det forsøkt akupunktur og homøopatmedisiner, og ved 13 års alder desmopressin nesespray gjennom ett år. Olav hadde med disse intervensjoner ikke oppnådd noen tørre netter. På henvisningstidspunktet hadde han en tørr natt per måned hvis han la seg sent med redusert væskeinntak om kvelden. Han var bredt somatisk utredet uten positive funn. Olav sov svært tungt og måtte vekkes flere ganger om morgenen. Da våknet han alltid til gjennomvåt seng, men skiftet alltid selv på den. Olav hadde aldri opplevd ubehageligheter i form av mobbing og erting, var en skoleflink gutt med en rekke fritidsaktiviteter og kom fra en meget oversiktig og velfungerende familie. Etter gjennomført hypnoterapi over åtte ganger, og med fortsatt egentrening 2–3 ganger/uke med innspilt kassett, var han tørr tre, seks og 12 måneder etter avsluttet behandling.

Pasient 3 – sviktende motivering. Petter, åtte år, hadde også behandlingsrefraktær primær nattlig enuresis. Han var enebarn fra et skilsmisshjem med besøksordning en uke hver hos foreldrene. Mor hadde ny samboer.

Av tidligere intervensjoner var det ved 5 1/2 års alder prøvd alarmmatte gjennom seks måneder, ved seks års alder imipramin, ved 6 1/2 års alder vekking ved midnatt samt reduksjon av væskeinntak om kvelden, ved sju års alder desmopressin nesespray og ved 7 1/2 års alder homøopatmedisiner, uten effekt. Ved henvisningstidspunktet hadde Petter ingen tørre netter. Han var bredt somatisk utredet, uten organpatologiske forhold. Under inntakssamtalen var mor meget motivert, mens Petter gav et ambivalent inntrykk, selv om han hevdet at han nok ønsket å bli tørr. Det ble gjennomført åtte ganger hypnoterapi samt opplæring i selvhypnose. I timene var han noe ukonsentrert og urolig, og var mer interessert i å snakke om dagligdagse bekymringer og foreldrenes konflikt enn om nattevæting. Etter hvert kom det til åpen konflikt mellom Petter og mor i forhold til når han skulle drive egentrening med kassett. Mor brukte trening med selvhypnose som et argument for at han skulle komme inn fra fotballbanen om kvelden.

Treningsopplegget var i ferd med å utvikle seg til en større konflikt hjemme, og Petter oppnådde under behandlingen bare 2–3 tørre netter per måned. Intervensjonen ble avsluttet pga. økende risiko for at manglende behandlingsrespons kunne gå utover hans selvfølelse mer enn det selve sengevevtingen medførte. Petter gav uttrykk for vansker med å akseptere den uavklarte familiesituasjonen og foreldrekonflikten. Han gav i siste time spontant uttrykk for at han ikke syntes det var noe fint å bli voksen. Pasient og familie ble henvist til familierapi ved den lokale BUP-poliklinikken.

Diskusjon

Til tross for at eldre litteratur har vist god effekt av hypnoterapi ved enuresis nocturna, har dette vært lite brukt i Norge. Denne intervensjonsstudien viser at hypnoterapi kan ha en tydelig og vedvarende effekt hos pasienter som tidligere har «prøvd alt». Materialet omfatter et lite antall pasienter, uten kontrollgruppe, og studien kan dermed ha begrenset generaliserbarhet. Det er derfor behov for en større systematisk prospektiv pasient-kontroll-studie hvor man sammenlikner medikasjon og kombinasjonen medikasjon og alarmapparat med hypnoterapi.

Sengevevting har lenge ikke vært ansett som noen alvorlig sykdom eller trussel mot barns helse. I dag erkjennes det at enuresis nocturna kan påvirke barns selvpåfatning (3, 4). Behandlende lege må ta problemet på alvor og sette i gang aktiv og individuelt tilpasset behandling så snart barnet er klar for dette (1, 9). Medikamentell behandling er blitt fremstilt som den sentrale tilnærming i behandlingen. Men ikke alle barn oppnår blærekontroll ved medikasjon, og mange får tilbakefall ved seponering. Man kan anta at omkring 10 % av barn med enuresis fortsetter å være sengevætere livet ut (1).

I Norge kan hypnoterapi kun benyttes av

Ramme 3

Foreldreveiledning (17)

- Du bør sikre at barnet ditt har et rolig sted tilgjengelig hver kveld hvor det kan trene på selvhypnose
- Den beste tiden til å trene er vanligvis rett før leggetid
- Barnet ditt kan trene når det sitter i sengen, på gulvet eller i en stol, men det bør ikke legge seg ned i sengen
- Du skal ikke minne barnet ditt om å trene. Blærekontroll er helt barnets ansvar
- Den hjelpen du kan gi er å tilby barnet en «påminnelse» ved f.eks. å la en 5-krone ligge fremme på et bestemt synlig sted eller å knytte en hypsing rundt tannbørsten for å minne barnet om øvelsene
- Hvis barnet ikke trener, kan du nevne dette for legen. Du kan også si fra om det er noen form for belastning eller problemer i familien eller på skolen
- Du kan også oppmuntre barnet ditt til å ringe legen hvis det er avtalt som oppfølging
- Ikke bruk bleier etc. på barnet når det skal trene på blærekontroll da dette kan signalisere at du ikke forventer at det vil lykkes
- Ikke ha bleier på om natten og ikke vekke barnet ditt om natten for at det skal gå på toalettet

leger eller psykologer, men det er lite anerkjent og brukt. Noen tror at hypnoterapi er autoritært og kontrollerende. Dette er en misoppfatning. Hypnoterapi innebærer dyp respekt for barnets egne grenser, ressurser og mestring. For terapeuten kan hypnoterapi være krevende, det forutsetter høy grad av oppmerksomhet overfor pasientens reaksjoner og mer bevisst bruk av ord og bilder enn vanlig samtalerapi.

Forskjellen mellom den psykososialt akseptable nokturni og den belastende enuresis

nocturna er om barnet våkner eller ikke. En gåte er spørsmålet om søvn og oppvåkning (1). Foreldre til barn med enuresis nocturna rapporterer at barnet sover tungt og er vanskelig å vekke. Det er ikke vist noen forskjell i søvnmønster mellom enuretikere og friske kontrollpersoner, og tolking av EEG-registrering under søvn har i dag ingen plass i utredningen (9). Imidlertid er det EEG-funn som antyder at oppvåkningssignaler fra en full urinblære synes å kunne forandre søvnen fra dyp til lett, men at den nevronale prosessen fra lett søvn til full oppvåkning ikke synes å fungere hos det enuretiske barnet (25). Den spesifikke hypnoterapeutiske suggesjonen overfor barn med enuresis nocturna dreier seg om å aktivere bevisstheten om signaler fra urinblæren, forsterke disse signalene og dermed føre barnet videre fra søvn til full oppvåkning.

Hypnoterapi krever mindre tid, mindre ressursbruk og har mindre risiko for bivirkninger enn andre intervensjoner. Ved enuresis anbefales nå en aktiv, individuell tilnærming *tidligst mulig* (1, 9). Da barn i alderen 7–14 år er maksimalt suggestible og hypnotiserbare, bør dette medføre at også hypnoterapi blir inkludert i retningslinjer for aktiv behandling. Terapien synes å kreve kortere tid og gi mindre tilbakefall enn andre intervensjoner.

Hypnoterapi har også positive ringvirkninger i form av økt egostyrke, mestring og kontroll og kan brukes til andre utfordringer i hverdagen. Dette gjelder også for barn med behandlingsrefraktær enuresis nocturna som ofte har opplevd nederlagsfølelse på flere områder etter mange mislykkede intervensjoner gjennom flere år.

Det er et tankekors at ikke flere behersker hypnoterapi. Norsk forening for klinisk og eksperimentell hypnose driver kurs og videreutdanning i tillegg til kurs i regi av Norsk Psykologforening og Den norske lægeförening.

Litteratur

1. Hjælmås K. Nocturnal enuresis. *Nord Med* 1998; 113: 13–5.
2. Ferguson DM, Horwood L, Shannon F. Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control: an 8-year longitudinal study. *Pediatrics* 1986; 78: 884–90.
3. Schulpen TW. The burden of nocturnal enuresis. *Acta Paediatr* 1997; 86: 981–4.

4. Hæggløf B, Andren O, Bergstrøm E, Marklund L, Wendelius M. Self-esteem before and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31 (suppl 183): 79–82.
5. Haque M, Ellerstein NS, Gundy JM, Shelov SP, Weiss JC, McIntire MS et al. Parental perceptions of enuresis. *Am J Dis Child* 1981; 135: 809–11.
6. Moffatt MEK. Nocturnal enuresis: a revue of the efficacy of treatments and practical advice for clinicians. *J Dev Behav Pediatr* 1997; 18: 49–56.
7. Gimpel GA, Warzak WJ, Kuhn BR, Walburn JN. Clinical perspectives in primary nocturnal enuresis. *Clin Pediatr* 1998; 37: 23–9.
8. Læckgren G, Hjælmås K, van Gool J, von Gottard A, de Gennaro M, Lottmann H et al. Committee report. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy. *Acta Paediatr* 1999; 88: 679–90.
9. Holt J, Bangstad H-J, Brachman D, Dahl JM, Fagerli I, Refsum S. Enuresis nocturna – praktiske råd for utredning og behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 59–62.
10. Baumann FW, Hinman F. Treatment of incontinence boys with non-obstructive disease. *J Urol* 1974; 111: 114–6.
11. Olness K. The use of self-hypnosis in the treatment of childhood nocturnal enuresis: a report on forty patients. *Clin Pediatr* 1975; 14: 273–9.
12. Kohen DP, Colwell SO, Heimel A, Olness KN. The use of relaxation/mental imagery (self-hypnosis) in the management of 505 pediatric behavioral encounters. *J Dev Behav Pediatr* 1984; 5: 21–5.
13. Banerjee S, Srivastava A, Palan BM. Hypnosis and self-hypnosis in the management of nocturnal enuresis: a comparative study with imipramine therapy. *Am J Clin Hypn* 1993; 36: 113–9.
14. Erickson MH. Pediatric hypnotherapy. *Am J Clin Hypn* 1958; 1: 25–9.
15. Orne MT. The nature of hypnosis: Artifact and essence. *J Soc Abnorm Psych* 1959; 58: 277–99.
16. Brown DP, Fromm E. Hypnotherapy and hypnoanalysis. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1986.
17. Olness K, Kohen DP. Hypnosis and hypnotherapy with children. New York: Guilford Press, 1996.
18. Wormnes B. Hypnosens hemmeligheter. I teori og praksis. Bergen: Sigma forlag, 1998.
19. Hilgard ER. The hidden observer and multiple personality. *Int J Clin Exp Hypn* 1984; 32: 248–53.
20. Unestål L. Hypnos i teori och praktik. Örebro: Veje forlag, 1982.
21. Crawford HJ. Brain dynamics and hypnosis: attentional and disattentional processes. *Int J Clin Exp Hypn* 1994; 42: 204–32.
22. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Genève: WHO, 1993.
23. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. I: Abrams P, Khoury S, Wein A, red. *Incontinence*. Plymouth: Health Publications, 1999: 199–226.
24. Morgan AH, Hilgard JR. The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children. *Am J Clin Hypn* 1979; 21: 148–55.
25. Watanabe H, Imada N, Kawauchi A, Koyama Y, Shirakawa S. Physiological background of enuresis type I. A preliminary report. *Scand J Urol Nephrol (suppl)* 1997; 183: 7–9.