

# Bulletin de l'Ance

## No 67

### Contenu - Inhalt:

<b>Editorial</b>	<b>1</b>
<b>Fice-Projekt</b>	<b>2</b>
<b>Bernhard Wehrens: Le programme HELIOS</b>	<b>3</b>
<b>Robert Soisson: Enuresis (Einnässen)</b>	<b>8</b>
<b>Liette Braquet: Visite d'étude au Danemark</b>	<b>16</b>
<b>Alfred Groff: Zeitschriften</b>	<b>19</b>

*Editeur:*  
*A.N.C.E. L-4003 Esch-sur-Alzette B.p. 255*  
*paraît 4 fois par an, tirage 500*  
*Imprimerie Centrale*

## Bulletin de l'Ance

Editeur: Association nationale des communautés éducatives  
(A.N.C.E.), B.P. 255, L-4003 Esch-sur-Alzette  
Président: Robert Soisson  
Secrétaire: Yvonne Majerus  
Téléphone: 54 73 83 - 489 / 54 73 83 - 494

Parution: 4 x par année

Abonnement: Veuillez verser la somme de 300.- Francs au  
CCP de l'ANCE 2977-67 ou bien sur notre compte  
BIL no. 7-150/1515 avec la  
mention: Abonnement bulletin ANCE  
pour tous renseignements contactez notre trésorier:

M. Fernand LIEGEOIS  
91, rue Principale,  
L-3770 Tétange

Les articles signés ne reflètent pas nécessairement l'opinion de L'ANCE.

*L'ANCE a été constituée le 9 juin 1978. Elle est la section luxembourgeoise de la Fédération Internationale des Communautés Educatives (F.I.C.E.) qui a été créée en 1948 sous les auspices de L'U.N.E.S.C.O.. Cette organisation non gouvernementale qui a un statut B auprès de L'U.N.E.S.C.O. est actuellement la seule organisation internationale qui se préoccupe des questions de l'éducation en institution.*

*L'A.N.C.E. regroupe actuellement une quarantaine de membres actifs (foyers, centres d'éducation différenciée, institutions spécialisées, associations de parents et professionnels du secteur social et psycho-pédagogique).*

*Les principaux objectifs de L'A.N.C.E. sont les suivants:*

- 1) défendre les droits des enfants, surtout des enfants les plus démunis;*
- 2) promouvoir la coopération et le dialogue entre les différentes professions du secteur social et psycho-pédagogique;*
- 3) soutenir les communautés éducatives dans les actions et projets visant une amélioration des conditions de vie des enfants;*
- 4) promouvoir la formation continue des professionnels du secteur social et psycho-pédagogique;*
- 5) mettre en oeuvre des programmes de loisirs et de vacances destinés aux enfants des communautés éducatives;*
- 6) collaborer aux efforts d'intégration scolaire, professionnelle et sociale des enfants défavorisés;*
- 7) publier régulièrement un bulletin;*
- 8) collaborer activement aux travaux de la F.I.C.E.;*
- 9) favoriser les échanges internationaux à tous les niveaux de l'action éducative.*

## Editorial

Am 6. Juli 1989 fand die Generalversammlung der ANCE statt. Im nächsten Bulletin wird dazu ein längerer Bericht erscheinen sowie über die Israel-Reise. Auf der GV wurde über Projekte für die nächsten Jahre diskutiert, die die Mithilfe von vielen Mitgliedern benötigen. Zusammen mit Fernand LIEGEOIS sprachen wir bereits im Familienministerium vor, um die notwendige materielle und moralische Unterstützung für diese Projekte zu erlangen.

In dieser Nummer geht es um zwei unterschiedliche Themen:

Mit der Frage des BETTNÄSSENS habe ich mich persönlich seit mehr als zehn Jahren beschäftigt und habe nun meine Erfahrungen in einem Artikel zusammengefasst. Die Frage der Behandlung des Bettmössens ist immer noch sehr umstritten. Die einzigen nachprüfaren und statistisch gesicherten Erfolge konnten weltweit allein mit der apparativen Methode errungen werden. Obschon seit den 30er Jahren bekannt, ist diese Methode immer noch nicht so verbreitet, wie sie es verdient hätte. Ich nehme an, dass in den Einrichtungen der ausserfamiliären Erziehung sowie der Behindertenfürsorge das Bettmössen weiter verbreitet ist als in der Normalbevölkerung. In diesem Sinne könnte der vorliegende Artikel für die in diesen Bereichen Beschäftigten von Interesse sein.

Das zweite Thema dieser Nummer betrifft das HELIOS-Projekt zur Eingliederung der behinderten Menschen in unsere Gesellschaft. Das Projekt selbst wird in einem ersten Beitrag von Herrn WEHRENS vorgestellt. Ein zweiter Beitrag von Liette BRAQUET berichtet über eine Studienreise einer luxemburgischen Delegation nach Dänemark im Rahmen dieses Projektes.

Weiter finden Sie in dieser Nummer eine Literaturübersicht von Alfred Groff sowie die Vorstellung eines FICE-Projektes. Was das letztere anbetrifft, so sind alle diejenigen, die dazu etwas beitragen möchten, aufgefordert sich mit mir in Verbindung zu setzen. Auch möchte ich in diesem Zusammenhang noch einmal daran erinnern, dass die Zusendung von Beiträgen zur Heimerziehung, zur Jugendhilfe oder Sozialarbeit von luxemburger Autoren weiterhin erwünscht ist.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Rätselseiten aus finanziellen und technischen Gründen ab dieser Nummer keinen Platz mehr in unserer Zeitschrift haben werden.

(Rob Soisson)

## Heimerziehung in den Ländern der FICE

Die FICE plant die Publikation eines umfassenden Buches über die Heimerziehung in ihren Mitgliedsländern. Viele Mitgliedsländer verfügen bereits über Forschungsarbeiten und Erhebungen zu den einzelnen nationalen Systemen der Heimerziehung, aber ein umfassendes und vergleichendes Werk fehlt zur Zeit.

Die FICE ist die internationale Organisation, die die Heimerziehung für benachteiligte und behinderte Kinder und Jugendliche zum Mittelpunkt ihrer Interessen und ihrer Tätigkeiten gemacht hat; somit ist sie dazu berufen, einen solchen internationalen Vergleich zu erstellen, der für alle FICE-Mitglieder eine wichtige Wissens- und Informationsquelle darstellen soll sowie eine bedeutende Studiengrundlage für die Lehrer und Studenten, die sich für die Heimerziehung interessieren.

Ziel der Arbeit ist nicht eine grundlegende, neue Forschungsarbeit oder Evaluation, sondern vielmehr ein Ueberblick über vorhandenes relevantes Material; es soll eine lesbare, genaue und aktuelle Beschreibung des Systems der ausserfamiliären Erziehung in den jeweiligen Mitgliedsländern entstehen.

In den meisten Ländern ist die ausserfamiliäre Erziehung ungemein vielfältig. Diese Vielfalt soll dargestellt werden, es soll dabei jedoch vor allem das Augenmerk auf Heime gerichtet werden, in denen sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche betreut werden.

Der Initiator des Projektes Meir Gottesman schlägt deshalb einen Katalog von Themen vor, der von Autoren in den einzelnen Mitgliedsländern behandelt werden soll.

### 1) Geschichte

- Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung der Heimerziehung

### 2) Daten

- Anzahl der Institutionen und ihrer Insassen
- Aufschlüsselung nach der Zielsetzung der jeweiligen Institutionen und den sozialstatistischen Daten der Insassen
- Weitere wichtige Angaben

### 3) Einweisung und Plazierung

- Kriterien für Einweisung und Plazierung
- Arten von einweisenden und aufnehmenden Stellen
- Motive und Rollen von Kindern und Eltern
- Dauer der Plazierung: Vorgaben und Realität

### 4) Ziele

- Die erklärten Ziele der Heimerziehung
- Die Zielsetzungen im Vergleich zu den typischen Merkmalen der gängigsten Heime

### 5) Arten der Betreuung und Schulausbildung

- Die Stellung, welche Betreuung und Schulausbildung im allgemeinen Programm des Heimes einnehmen
- Arten der Betreuung (Psychotherapie, Rehabilitation, Kompensations- und Förderungsprogramme) und der Schulausbildung (Grundstufe, Sekundarstufe, akademische Ausbildung, Berufsausbildung)
- Die Rolle der Eltern
- Grösse und Zusammensetzung der Population

(Fortsetzung Seite 22)

## Bernhard Wehrens

### Le deuxième programme d'actions en faveur des personnes handicapées (HELIOS) et les projets politiques européens en direction des adultes handicapés.

*Discours par Bernhard WEHRENS, Chef de Division à la Commission des Communautés Européennes - Actions en faveur des personnes handicapées, au comité national de l'ANCE française en mars 1989.*

*Au début des années 80, la Commission des Communautés Européennes décida de créer un bureau chargé de s'occuper spécifiquement des problèmes des millions de citoyens handicapés en Europe. Monsieur DAUNT fut nommé à la direction de cet organisme jusqu'en 1988. Depuis, Monsieur WEHRENS a pris le relais, sous la direction de Madame PAPANDREOU, Commissaire Européen chargée des Secteurs de l'Education et des Affaires Sociales.*

Intégrer ou ne pas intégrer les personnes handicapées adultes - et sous quelles conditions - est un débat qui s'est manifesté dans la plupart de nos pays vers les années cinquante. L'après guerre a modifié profondément les circonstances économiques et sociales, la façon de penser et aussi l'attitude à l'égard de ceux qui sont moins favorisés. La compassion à l'égard du handicapé, comme on tenait à l'enseigner jadis, est heureusement une attitude dépassée.

Actuellement, chacun, sans exception, a droit à des chances équitables d'épanouissement de sa personnalité et de se faire, de façon responsable et autonome, un chemin dans la vie.

Parler "intégration" a comme toile de fond non seulement les conceptions et les attitudes changées de la société, mais aussi les implications plus terre à terre sur le transfert des ressources, la formation et le recyclage du personnel, l'adaptation et l'introduction d'équipement qui engendre évidemment des débats cette fois d'ordre politique.

Selon le pays, l'intégration a été réalisée à des époques différentes et chaque pays a construit suivant ses propres conceptions des systèmes et des méthodes pour acquies ce but.

Mais depuis une dizaine d'années l'activité traditionnelle en matière d'intégration est affectée par différents facteurs importants:

- la persistance d'un taux élevé de non-activité professionnelle a entraîné une modification des comportements, des attitudes et des aspirations de nombreuses personnes handicapées adultes;
- les mutations démographiques, technologiques et économiques ont eu comme conséquence une grave pénurie d'emplois et une concurrence acharnée. Les structures classiques de l'emploi et des filières professionnelles ont changé. Les capacités, les qualités et les aptitudes personnelles nécessaires pour trouver un emploi ont rendu caducs bon nombre des objectifs et des méthodes des structures traditionnelles d'intégration économique et sociale des personnes handicapées;
- l'action engagée par les pouvoirs publics pour lutter contre la non-activité des personnes handicapées, et notamment la forte expansion de la formation professionnelle et des ateliers protégés a des répercussions sur le choix des personnes handicapées adultes.

En même temps, la période d'intégration économique s'est allongée. Les personnes handicapées adultes restent plus longtemps, bon gré, mal gré, dans les systèmes d'attente ou de formation professionnelle prolongée.

Dans tous les pays, la tendance générale est de repousser l'âge de l'entrée sur le marché du travail. Ce ne sont d'ailleurs plus seulement les jeunes qui ont du mal à trouver un emploi. Beaucoup de personnes sont maintenant confrontées à des difficultés pour leur entrée dans la vie active.

Tout projet politique doit donc tenir compte de ces nouveaux développements, particulièrement en matière d'emploi. C'est dans ce contexte que s'inscrit le document européen concernant la politique d'emploi en faveur des personnes handicapées. La Commission des Communautés Européennes a en effet proposé en 1986 au Conseil une recommandation portant sur l'emploi des personnes handicapées à l'intérieur de la Communauté, accompagnée d'un code modèle d'action positive en vue de la promotion de la formation professionnelle et de l'emploi des personnes handicapées. Le 24 juillet 1986, le Conseil des Communautés Européennes a adopté cette recommandation. Cette recommandation, qui résulte d'un ensemble de résolutions adoptées antérieurement, insiste surtout sur le fait que la détérioration de la situation économique a des répercussions négatives sur les chances d'insertion professionnelle des personnes handicapées adultes. Voilà une raison supplémentaire pour intensifier les efforts européens dans ce domaine afin de permettre aux personnes handicapées de mener une vie vraiment indépendante et active. Comme vous le savez, la Commission des Communautés Européennes a toujours oeuvré en ce sens, et surtout sa division "Actions en faveur des Personnes handicapées".

En ce qui concerne l'exécution des mesures visant à augmenter les chances des personnes handicapées dans le domaine de l'emploi, il convient de porter nos efforts sur l'élimination d'une discrimination négative des personnes handicapées et sur la poursuite d'une action positive. C'est ainsi qu'a été proposé par la Commission un ensemble de mesures possibles. Celles-ci ont été élaborées dans un cadre d'orientation et de la formation de ces personnes. Pour favoriser ceci, des aides financières doivent être accordées aux employeurs. En outre, un pourcentage réaliste d'emplois réservés aux handicapés - à

atteindre dans les pays membres - doit être éventuellement fixé, selon la recommandation. Ceci a entraîné, vous vous en doutez, de nombreuses discussions. En effet, il y va de l'obligation légale de la part des chefs d'entreprise d'employer un certain nombre de travailleurs handicapés. Il faut signaler, par ailleurs, que les développements technologiques sont considérés comme un facteur très positif dans la mesure où ils permettent dans le processus de production de compenser la gravité du handicap en diminuant les effets invalidants pour la personne handicapée.

A l'inverse, on a aussi constaté qu'il existe une pénurie de structures de formation professionnelle pour les personnes handicapées, ou alors, elles n'ont pas accès aux systèmes d'éducation normale. A la place d'un pourcentage réaliste d'emplois réservés à pourvoir dans les entreprises employant plus de 20 personnes, le Parlement Européen de son côté exige qu'un pourcentage légal d'emplois fixé à 5 % soit appliqué à des entreprises employant plus de 25 personnes, et la Commission des Communautés Européennes a été invitée à élaborer un catalogue de sanctions à appliquer au cas où cette priorité ne serait pas respectée dans un délai de deux ans.

Comme vous pouvez le constater, Mesdames et Messieurs, la Communauté soutient pleinement les personnes handicapées dans leur désir de participer au processus économique de production. C'est donc au marché du travail lui-même et, en particulier aux employeurs et aux employés qu'est laissée l'initiative de créer de nouvelles possibilités d'insertion professionnelle pour les travailleurs handicapés.

Au niveau communautaire une autre impulsion très importante pour nos projets politiques en direction des adultes handicapés a été donnée par l'adoption des deux programmes d'action communautaire en faveur des personnes handicapées dont le second programme a été lancé par le Conseil des Ministres en avril 1988.

Ce programme ambitieux porte le nom "HELIOS" qui veut exprimer notre espoir dans une meilleure intégration des personnes handicapées. "HELIOS" signifie: "Handicaped people in the European community Living Independently in an Open Society".

Ce programme HELIOS a comme objectif de donner des réponses pragmatiques aux multiples

problèmes ressentis par plus de 22 Mio de concitoyens européens dans les 12 Etats membres (c'est-à-dire 10 % de la population), personnes qui souffrent d'un handicap physique ou mental grave et à longue durée. Si le premier programme d'action de 1984 à 1987 s'est concentré principalement sur les initiatives tendant à coordonner au niveau européen certaines activités nationales existantes, le programme HELIOS s'est mis comme objectif de réaliser un éventail d'actions beaucoup plus large.

En premier lieu, il prévoit de stimuler et d'intensifier les mesures de coordination au niveau européen relatives aux activités nationales à caractère de modèle. En plus, un accent considérable sera mis sur la promotion d'une vie indépendante, ce qui veut dire:

- améliorer les conditions de mobilité et de transport,
- faciliter l'accessibilité des bâtiments publics,
- promouvoir un logement adapté.

Mais l'innovation essentielle par rapport à l'acte antérieur se situe dans le fait que le programme HELIOS crée par la première fois en Europe - unique d'ailleurs aussi sur le plan mondial - une base pour l'établissement d'une politique globale et cohérente en Europe. Définir une politique globale pour les handicapés signifie - comme M. GILLIBERT, Secrétaire d'Etat chargé des handicapés et des accidentés, a déclaré à juste titre récemment - *"qu'il faut tenir compte du fait qu'un handicapé vit, de l'enfant à la vieillesse, 24 heures sur 24, comme n'importe quel autre citoyen: il étudie, apprend un métier, dort, travaille s'il le peut, se déplace, se distraît, se cultive, part en vacances, etc ..."*

C'est donc l'impact de toutes ces situations de la vie journalière dont il faut tenir compte et prévoir des mesures adéquates pour diminuer les conséquences négatives du handicap".

Dans cette perspective la Commission développera, sur la base du programme HELIOS, au cours des prochaines 4 années des efforts et initiatives substantielles afin de mettre en place un ensemble cohérent d'actions législatives et pratiques en tenant compte de tous les aspects de la vie d'une personne handicapée.

Le programme législatif prévoit pour 1989 des initiatives dans les domaines:

- de l'emploi, en vue d'éliminer certaines divergences considérables dans les Etats membres. A cet effet, la Commission a soumis fin 1988 un rapport au Conseil sur la situation de l'emploi dans les Etats membres;
- de la mobilité et du transport. L'avant projet d'une directive-cadre concernant les personnes à mobilité réduite sera examiné dans un groupe de travail ad hoc dès le premier trimestre de cette année.

D'autres initiatives politiques sont prévues pour les années suivantes dans le domaine:

- de l'accessibilité,
- de l'adaptation du logement,
- de l'intégration scolaire,
- de l'impact des nouvelles technologies.

Mais comme vous savez tous - la mise en place d'une législation est une chose et l'application effective de celle-ci une autre. C'est pourquoi, la Commission a confié à une équipe d'experts en provenance de tous les Etats membres la tâche de soutenir sur le terrain la mise en place des mesures cohérentes. Dans cette perspective, l'équipe essaie, selon les directives de la Commission et sous son contrôle, d'appliquer les principes communautaires dans les activités nationales existantes.

Des mesures ayant un caractère de modèle ont été sélectionnées par la Commission, sur proposition des Etats membres. Ainsi ont été formés

- un réseau européen de 50 centres de formation et de réadaptation professionnelles;
- 3 réseaux comprenant au total 80 Activités Modèles Locales dans les domaines:
  - \* intégration scolaire,
  - \* intégration économique,
  - \* intégration sociale.

Un troisième grand objectif du programme HELIOS est la sensibilisation de l'opinion publique pour les grands problèmes des personnes handicapées et des solutions possibles. A cet effet des efforts particuliers sont prévus:

- pour améliorer et augmenter les contacts avec les médias,
- pour mieux informer les milieux intéressés par les moyens de la nouvelle technologie ainsi que par l'édition d'une revue HELIOS.

En conclusion, plusieurs innovations ont été introduites par le programme HELIOS:

- D'abord des mesures assurant que les dispositions législatives au niveau communautaire sont également appliquées en pratique.
- Les mesures à entreprendre sont préalablement soumises pour consultation à trois organismes représentant largement tous les milieux intéressés à savoir.
  - \* le comité consultatif,
  - \* le groupe de liaison,
  - \* le groupe de dialogue ONG.
- En plus, les mesures communautaires sont préparées dans les Etats membres au cours des séminaires réunissant les représentants de tous les milieux concernés. Cet effort particulier a déjà montré des résultats très positifs par l'instauration des comités de coordination dans 9 Etats membres.
- Enfin, par l'instauration de l'équipe d'experts HELIOS, la Commission applique des mesures modernes de gestion décentralisée pour des matières ayant un caractère plutôt technique.

Quelles sont les influences de ce Programme HELIOS sur les actions d'intégration en France?

Il y a 4 Activités Modèles Locales liées au réseau d'intégration sociale, que la Commission a sélectionnées à Saint-Quentin en Yvelines, la Commission supporte une initiative exemplaire à l'égard de l'accessibilité des personnes à mobilité réduite et aide aux organismes qui s'occupent d'intégration

sociale (logement, transport, service à domicile et activité professionnelle).

Dans la région de Bordeaux, elle soutient des programmes de vie autonome offrant à plusieurs dizaines de personnes handicapées dépendantes une alternative à la vie institutionnelle. Des activités en Saône et Loire se présentent en deux volets: l'un consiste en une étude tendant au repérage le plus exhaustif possible des personnes handicapées dans ce département, l'autre en la sensibilisation de milieu médical. Dans la région du Val de Marne, la Commission supporte une action à l'égard des personnes handicapées mentales qui combine une insertion professionnelle au moyen d'un centre d'aide par le travail avec soutien et insertion sociale au moyen d'une habitation autonome.

Pour le réseau d'intégration économique, trois Activités Modèles Locales en France ont été sélectionnées au niveau européen autour d'une action de formation des travailleurs handicapés en milieu ouvert et la préparation de leur insertion. Dans la région de Wasquehal, se déroule une action d'échange franco-belge des stagiaires handicapés et leur préparation à l'intégration économique. A Caudan, on exécute un projet novateur, Handi-Prise qui vise l'insertion des personnes handicapées en entreprise dans le département du Morbihan par l'utilisation entre autres de l'allocation d'un crédit d'heures et suivi d'un travail individualisé avec l'aide des technologies informatiques et la création d'un réseau "Centre de Ressources".

Le programme HELIOS prévoit également la création d'un réseau de centres de réadaptation et de formation professionnelle. Dans le cadre d'une coopération technique, d'un réseau extérieur, et la diversification des groupes cible, le gouvernement français a proposé comme membres de ce réseau les six centres suivants: Bruges (Tour de Gassies), Saint-Etienne, Marly le Roi (Aveugles), Paris, Montreuil (AFPA) et Montpellier.

Je puis vous assurer que ce choix a obtenu l'accord total de la Commission, vu qu'il est très bien équilibré et répond totalement aux objectifs du programme HELIOS.

Quelles sont les influences de ce programme HELIOS sur l'intégration scolaire des enfants handicapés? Le programme de coopération européenne en matière d'intégration scolaire, adopté en 1987, sera

appliqué dans le cadre du programme HELIOS. Ce programme vise donc une politique de la plus large intégration scolaire possible des enfants handicapés afin de promouvoir l'égalité des chances. Les initiatives sont basées sur le principe général, que tout le monde a des chances équitables pour le plein épanouissement de sa personnalité afin de trouver sa propre place dans l'espace social que doit être l'Europe de 1992.

Afin de faciliter l'échange d'idées, d'expériences et le transfert des compétences, la coopération est soutenue par la Commission à travers d'une série de conférences et de séminaires thématiques, des visites d'études en groupe et des stages.

\* Un groupe de travail sur l'intégration scolaire des enfants handicapés se réunit régulièrement sur invitation de la Commission afin de renforcer les échanges et stimuler les innovations.

\* Au cours des prochaines années seront organisées chaque année des grandes conférences sur des thèmes de grand intérêt. Ainsi aura lieu au mois d'octobre 1989, la première conférence à Rotterdam sur le thème: "La situation pédagogique en classe".

Le but de cette initiative est principalement:

- d'approfondir des contacts et des échanges,
- de stimuler les innovations,
- lancer des nouvelles activités.

Dans le cadre de la coopération technique, et particulièrement dans le réseau européen des Activités Modèles Locales dans le domaine de l'intégration scolaire, la France participe à ce réseau avec deux activités locales à caractère de modèle.

Premièrement, l'intégration scolaire des enfants déficients sensoriels ou atteints de troubles psychiatriques dans quatre départements différents de la France: la région parisienne, la région nord (Loos les Lille), la région sud-ouest (Toulouse) et la région lyonnaise. Ces activités se déroulent dans des instituts pour malentendants, des classes d'écoles maternelles, élémentaires et secondaires, des collèges et des lycées.

La deuxième activité concerne l'intégration scolaire des enfants autistes dans la région "Ile de France". Un réseau de classes accueillant des enfants autistes est en cours de constitution. Le plan de travail consiste à achever la constitution du réseau, favoriser les échanges d'expériences et mettre au point un dispositif d'évaluation. Ces activités sont fondées sur la volonté de donner aux enfants handicapés la possibilité d'arriver à une meilleure intégration avec les enfants non-handicapés dans le cadre éducatif.

Pour terminer je tiens à souligner que la Commission des Communautés Européennes est consciente du fait que jusqu'ici, trop de documents sur l'intégration concernent la théorie. Le moment est venu, et votre séminaire le prouve, de se préoccuper davantage des conséquences pratiques si on veut vraiment parvenir au but d'une plus grande intégration.

En tant que responsable à la Commission de la politique en faveur des personnes handicapées je puis vous assurer que la Commission développera tous les efforts pratiques et d'imagination possible pour atteindre cet objectif.

Et vous, les participants de ce séminaire, je vous prie de continuer vos actions avec l'esprit et l'enthousiasme qui vous animent actuellement.

Dans ces circonstances, je suis persuadé que nos actions jumelées porteront bientôt des fruits.

**Robert Soisson**

## **Enuresis, einige Überlegungen zum Thema Einnässen**

*Robert Soisson ist Diplom-Psychologe im Service Médico-Psycho-Pédagogique der Stadt Esch-sur-Alzette. Der nachfolgende Artikel ist der Text eines Vortrags, den der Verfasser dreimal öffentlich hielt: Am 12.10.88 im "Kopplabunz" in Luxemburg auf Einladung der "Femmes en détresse", am 16.03.89 im Hôtel Carrefour in Esch-sur-Alzette auf Einladung der "Association des parents d'élèves de l'enseignement primaire" und am 23.05.89 wieder in Luxemburg im "Centre de formation pour familles monoparentales". Dem Wunsch vieler Teilnehmer, den Text nachlesen zu können, wollen wir mit dieser Veröffentlichung nachkommen.*

### **Einleitung**

5 - 10 % aller Kinder im Grundschulalter leiden unter Enuresis. Enuresis können wir definieren als "wiederholtes und nicht bemerktes Harnlassen in einem Alter von mehr als drei Jahren." (Stegat 1978, S. 2626)

Diese Definition wirft bereits einige Fragen nach den Voraussetzungen auf unter denen man von Enuresis sprechen kann, und zwar 1. der Entwicklungsstand des Kindes, 2. die Häufigkeit und 3. das Erscheinungsbild der Verhaltensstörung.

Die Kriterien nach denen ein Kind als Enuretiker eingestuft werden kann sind sehr unterschiedlich: Das Alter zum Beispiel. Es gibt immer noch Ärzte und Psychologen, die selbst bei 5- und 6-jährigen Kindern das Problem verharmlosen. Von der körperlichen und psychischen Entwicklung her dürfte jedoch ein normales dreijähriges Kind durchaus in der Lage sein erfolgreich seine Blase zu kontrollieren. Falls nach diesem Zeitpunkt, spätestens aber nach dem Erreichen des 4. Lebensjahres das Problem des Einnässens weiter bestehen bleibt, sollten die Eltern nach einer Behandlungsmöglichkeit für ihr Kind suchen.

Damit stellt sich auch die Frage, wie oft ein Kind einnässen muss, damit es als Enuretiker bezeichnet werden kann: Auch hier weichen die Meinungen der Spezialisten weit voneinander ab. Nach meinen Erfahrungen ist das Einnässen eine Verhaltensstörung, die - wie andere Verhaltensstörungen auch - verschiedene Stadien durchläuft. Demnach kann Einnässen in unterschiedlicher Häufigkeit auftreten.

Bei Kindern mit primärer Enuresis - d.h. bei Kindern die noch nie "trocken" waren - findet das Einnässen sehr häufig statt, z.B. jeden Tag oder jede Nacht. Bei Kindern mit sekundärer Enuresis - d.h. bei Kindern die bereits einmal eine längere "Trockenperiode" erlebt haben findet das Einnässen seltener und unregelmässiger statt. Der soziale Kontext, innerhalb dessen das Einnässen stattfindet, spielt auch eine Rolle in Bezug auf die Wahrnehmung und Beurteilung des Einnässens als Problem: So empfindet eine geplagte alleinerziehende Mutter das tägliche Einnässen ihres Kindes anders - und wahrscheinlich negativer - als z.B. wohlhabende Leute, die dem Kindermädchen den Umgang mit den negativen Folgen des Einnässens überlassen.

Ich habe bis jetzt bewusst von Einnässen - und nicht von Bettnässen gesprochen, obschon die meisten Leute bei dem Wort Enuresis nur an Bettnässen denken. Ein Enuretiker kann jedoch auch ein Kind sein welches tagsüber einnässt. Viele Lehrer und Lehrerinnen können Einiges über die "Wach-Enuresis" erzählen: Sie wird als Verhaltensauffälligkeit meist zuerst im Kindergarten und in der Primärschule erfasst. Am meisten verbreitet ist jedoch das Bettnässen; etwa jeder 10. Bettnässer macht auch noch am Tag in die Hose. Isoliert auftretende Wach-Enuresis ist sehr selten. Wie oben bereits angedeutet gibt es auch die primäre sowie die sekundäre Enuresis eine permanente respektiv sporadische Enuresis.

Über die Verbreitung der Enuresis liegen sehr unterschiedliche Ergebnisse vor. STEGAT (1978, S. 2627) zitiert 5 repräsentative Untersuchungen aus England, Schweden und Frankreich die an einer Population von 4 - 8-jährigen Kindern durchgeführt wurden. Demnach nassen Jungen häufiger ein als

Mädchen; bei 4jährigen findet man durchschnittlich 12 % Enuretiker, bei 8jährigen nur noch ca. 7 %. Enuresis ist also ein typisches Problem für das Kindesalter. Wenn auch mit zunehmendem Alter immer weniger Kinder einnässen so heisst das nicht dass die Eltern blindlings der Möglichkeit der spontanen Remission vertrauen sollten. Dazu werden sie leider viel zu oft besonders von Ärzten verleitet: "Warten Sie bis Ihr Kind das Pubertätsalter erreicht, dann löst sich das Problem von selbst".

Eine rezente Untersuchung im deutschsprachigen Raum wurde von THALMANN durchgeführt: Er versuchte anhand umfangreicher Daten die Verbreitung von Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter sowie den Zusammenhang der so ermittelten "Symptombelastung" und verschiedener Umweltfaktoren zu beschreiben. Von 150 7- bis 10-jährigen Jungen waren 13 (8,7%) Enuretiker (THALMANN, 1974, S.86). Bettnässen trat häufig zusammen mit Schlafstörungen auf: "7 der 13 Enuretiker klagten über schlechten Schlaf, das sind 54%, während unter den übrigen Kindern nur 23% an Schlafstörungen litten. Der Unterschied ist auf dem 5%-Niveau signifikant." (Ebd., S.87)

Doch bevor wir im Detail über Enuresis sprechen werden wäre es vielleicht angebracht kurz darzustellen, wie überhaupt ein Kind "sauber" wird:

## Physiologie und Entwicklung der Blasenkontrolle

In enger Anlehnung an STEGAT (Ebd., S.2628ff) will ich kurz beschreiben, was beim normalen Miktionsvorgang geschieht: Von der Niere zur Blase wird der Harn schubweise durch Bewegungen der Harnleiter befördert. Fein abgestimmte Muskelgewebe verhindern den Rückfluss sowie den vorzeitigen Ausfluss des Harns durch die Harnröhre. Die zunehmende Muskelspannung der Blase die sich langsam füllt und die entgegenwirkende, miktionshemmende Muskeltätigkeit im Damm- und Penisbereich werden wahrgenommen als "Harndrang".

Der Miktionsvorgang ist das Ergebnis der präzise koordinierten Tätigkeit einer ganzen Reihe von Reflex-Mechanismen; die willentliche Kontrolle des Harnlassens wird cortical gesteuert. Beim Kind

können wir nach MUELLNER (1960) vier Entwicklungsstufen der Blasenkontrolle unterscheiden:

*"1. Im ersten Lebensjahr werden bei Erreichen einer bestimmten Blasenfüllung reflektorisch Kontraktionen ausgelöst, und die Blase entleert sich, ohne dass der Säugling Einfluss auf Anfang, Unterbrechung und Ende der Entleerung nehmen könnte. Drang- und Urniergefühl werden vermutlich nicht wahrgenommen, sicher aber nicht als solche erkannt.*

*2. Im zweiten Lebensjahr können Drang- und Urnierempfindungen offensichtlich wahrgenommen werden. Miktionen können für kurze Zeit aufgehalten, aber erst dann willkürlich eingeleitet werden, wenn die Blase bis an die Miktionsschwelle gefüllt ist. Die Miktionshäufigkeit hat von 20mal innerhalb von 24 Stunden auf durchschnittlich 10mal abgenommen. Die Voraussetzungen für die erfolgreiche Tageskontrolle scheinen damit gegeben zu sein.*

*3. Während des dritten und vierten Lebensjahres reifen die Bedingungen für eine vollständige Blasenkontrolle. Das Kind wird in die Lage versetzt, Miktionen willkürlich für längere Zeit aufzuschieben und zu unterbrechen. Gewisse Schwierigkeiten hat es allerdings immer noch, sie bei nicht voller Blase zu beginnen. Die Blasenkapazität ist mit vier Jahren auf das Doppelte der eines Zweijährigen angewachsen, die Miktionshäufigkeit auf täglich 6- 8mal zurückgegangen.*

*4. Mit 6 Jahren hat das Kind auch die letzte Hürde genommen, die es noch von dem physiologisch voll ausgereiften Miktionsverhalten Erwachsener trennte. Es kann das Harnlassen bei fast jeder beliebigen Blasenfüllung willkürlich einleiten. Damit hat es eine Fähigkeit erworben die die Tiere nicht erlangen...."(Zit. nach STEGAT, Ebd.S. 2632).*

In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich die Frage nach dem sogenannten "Sauberkeitstraining": Hat es überhaupt einen Sinn Kinder sehr früh - z.B. ab dem 1. Lebensjahr - systematisch auf den Topf zu setzen? Falls Blasen- und Darmkontrolle in erster Linie Reifungsprozesse sind, ist es dann angebracht der natürlichen Entwicklung vorzugreifen? Es gibt Untersuchungen, die von einem gewissen Erfolg des Toilettentrainings berichten. THALMANN (Ebd., S. 157ff) sieht die "Reinlichkeitserziehung" eher als Ausdruck eines bestimmten Erziehungsstils von Eltern. Deutliche Zusammenhänge zwischen der Art der Reinlichkeitserziehung (rigoros bis inexistent) und dem Symptombelastungsgrad der untersuchten

Kinder konnte er nicht feststellen. Aus seiner Untersuchung ging aber hervor dass *"die Schwierigkeiten und Probleme bei der Reinlichkeitserziehung zahlreicher werden, je früher mit der Sauberkeitserziehung begonnen wird und je strenger sie durchgeführt wird"*(Ebd., S.159.)

Ich nehme auch an, dass mit der Ablösung der traditionellen Stoffwindeln durch die Papierwindeln sich die Einstellung vieler Eltern zur Reinlichkeitserziehung stark verändert hat: Dadurch dass das Waschen der Windeln entfällt, sind die Eltern toleranter geworden und üben nicht mehr wie früher starken Druck auf die Kinder aus, damit sie sauber werden.

Dem Vierphasenmodell von MUELLNER können wir entnehmen dass Kinder nach dem Erreichen des 3. Lebensjahres, spätestens aber nach dem 4. Geburtstag sauber sein könnten und sollten: Bei älteren Kindern, die noch nicht sauber sind, kann man bereits von Enuretikern sprechen. Damit sind wir wieder bei der anfangs dieses Vortrags zitierten Definition von STEGAT angelangt!

## Bedingungsfaktoren der Enuresis

In der Psychologie gilt es als anmassend, die "Ursachen" einer Verhaltensstörung ausfindig machen zu wollen. Gewöhnlich tragen viele verschiedene Faktoren zur Entwicklung und Aufrechterhaltung problematischer Verhaltensweisen bei. Es ist deshalb sinnvoller, von statistisch gesicherten Zusammenhängen zu sprechen und auf Distanz zu gehen von Untersuchungen, die mit einseitig ausgewählten Patienten nicht beweisbare Behauptungen aufstellen oder bloss plausible Theorien zu belegen versuchen.

Als sicher gilt zum Beispiel, dass Enuresis unter Geschwistern von Enuretikern doppelt so häufig vorkommt wie unter diesbezüglich unauffälligen Kindern, dass Enuresis schichtspezifisch verteilt ist, dass sie nicht geographisch gehäuft auftritt, dass Enuretiker tiefer schlafen, dass kein Zusammenhang mit intellektuellen Leistungsstörungen dafür aber mit emotionaler Unreife besteht usw.

STEGAT bespricht sechs häufig genannte Zusammenhänge (Ebd., S.2635 ff):

## Gestörte Funktionen des urinalen Systems

Diese werden oft von Urologen als Ursachen der Enuresis genannt und sind oft Anlass für schmerzhafte Untersuchungen und teure Operationen. Selten werden diese Behauptungen jedoch wissenschaftlich untersucht, es existiert quasi kein Zahlenmaterial über Heilungserfolge und Rückfallquoten. Die oft erwähnte kleinere Blasenkapazität der Enuretiker ist sogar eher als Folge falscher Übung in Blasenkontrolle denn als Ausdruck eines neuromuskulären Entwicklungsmangels zu betrachten.

Ungefähr ein Fünftel der von mir behandelten Fälle sind bereits einmal operiert worden, ohne Erfolg.

## Tiefschlaf

Der Schlaf von Enuretikern wurde mit verschiedenen Techniken untersucht. Auch wenn teilweise widersprüchliche Resultate vorliegen so wird doch mehrheitlich angenommen, dass Enuretiker einen tiefen Schlaf haben. Das behaupten auch die meisten Eltern wobei dies jedoch oft nur eine vordergründige Erklärung für die Verhaltensstörung sein kann.

## Körperlich-seelische Entwicklungsstörung

Viele, methodisch leider unzulängliche Forschungsarbeiten versuchen, Beziehungen zwischen Enuresis und anderen Verhaltensauffälligkeiten herzustellen wie z.B. Sprachstörungen, Daumenlutschen, Nägelkauen, motorischer oder emotional-sozialer Unreife, cerebralen Schädigungen, Schwachsinn usw. Eine elegante Theorie, wenn auch mit wenig empirischen Fakten untermauert liefern tiefenpsychologische Ansätze: Hier wird Enuresis meist als "Symptom eines in früher Kindheit entstandenen, meist analytisch interpretierten Triebkonflikts" bezeichnet. (STEGAT, Ebd., S.2638).

## Sauberkeitserziehung

Wir haben dieses Thema bereits erwähnt im Kontext der Arbeit THALMANN'S und auch STEGAT kommt zu dem Schluss dass es wahrscheinlich nicht die Form des Trainings allein

sondern zusätzliche, "bedeutsamere" Bedingungen sind die aus einem streng zur Sauberkeit hin erzogenen Kind einen Bettnässer machen.

## Epilepsie

Ein Zusammenhang zwischen Bettnässen und nächtlichen epileptischen Anfällen konnte nicht nachgewiesen werden.

## Heredität

Die Tatsache, dass Enuresis familiär gehäuft auftritt lässt die Annahme zu dass die Vererbung eine gewisse Rolle bei der Entstehung der Enuresis spielen könnte.

KUHLEN (1977, S.103) fasst im Anschluss an die Diskussion einer Vielzahl ätiologischer Deutungen der Enuresis diese in vier Grundkomplexen zusammen:

- Somatogenese;
- Regressionstheorie
- Aggressions- und Trotztheorie
- Konstitutionstheorie"

Neben diesen vier Erklärungsmustern nimmt die Lerntheorie jedoch eine Sonderstellung ein: Ihre Erklärung der Enuresis als ein "Mangel an Gewöhnung" umfasst entwicklungs- und lernpsychologische Aspekte dieser Verhaltensstörung in einem dynamischen Modell. KUHLEN macht jedoch aufmerksam auf den Unterschied, der besteht zwischen der Entstehung einer primären (enuresis permanens) und einer sekundären (enuresis acquisita) Enuresis: Letztere kann nur sehr umständlich verhaltenstheoretisch beschrieben werden. Geradezu von entwaffnender Einfachheit und Plausibilität sind dagegen die tiefenpsychologischen Deutungen der sekundären Enuresis als "Kampfmittel" respektiv als "Trotzreaktion" in dem Streben nach elterlicher Zuwendung und Liebe.

## Behandlung der Enuresis

Als UNheilpädagogisch bezeichnet STEGAT Massnahmen, die leider heute immer noch sehr verbreitet sind, wie "Blossstellungen, Strafen,

Weckprozeduren und Flüssigkeitsentzug". Vom Bestrafen hält z.B. schon Prof. SPIELER in seinem 1944 in der Schweiz erschienenen Heftchen über Enuresis nichts mehr. Er definiert Enuresis als ein Produkt falscher Erziehung (S.59) und präsentiert ein für die Schweiz damals neuartiges Gerät: Das Gitterbett. Dieses war nichts anderes als ein Weckapparat mit dem heute noch erfolgreich gearbeitet wird. Er schrieb dazu: *"Uns fehlt jede Erfahrung damit. Erfreulich ist, dass die Apparatur wenigstens auf einem erzieherischen Prinzip beruht."*(SPIELER, 1944, S. 40) Daneben beschreibt er eine Fülle von Behandlungsmethoden wo neben Tees, Hausmittelchen, Diätkuren auch das Gesundbeten erwähnt wird. Kuriositätshalber möchte ich dieses kleine Gebet zitieren:

*"Heiliger St.Veit,  
Weck mich bei Zeit,  
Nit zu früh, nit zu spat  
Damit nichts ins Bett nei gat."  
(SPIELER, Ebd. S.44)*

Neben den unheilpädagogischen Behandlungsmethoden erwähnt STEGAT die Suggestivtherapie, operative Eingriffe, Reiztherapie, Röntgenstrahlen, Ultraschall, Elektroschock, Akupunktur usw. Erstaunlich wenig Fallberichte gibt es von tiefenpsychologischer Seite her; nach einer Erhebung von BLOMFIELD und DOUGLAS aus dem Jahre 1956 ist die Heilungsrate klinisch behandelter Enuretiker hier gleich null.

Bei der Diskussion der medikamentösen Behandlung der Enuresis widmet STEGAT dem Medikament Tofranil einen breiten Raum. Dieses Medikament wird auch hierzulande sehr häufig an Enuretiker verabreicht. Tofranil ist ein Antidepressivum, dessen Wirkungsbreite noch nicht vollständig bekannt ist. Lediglich während der Einnahme kann die Zahl der nassen Nächte signifikant verringert werden. Nach dem Absetzen des Medikaments lässt seine Wirkung wieder völlig nach. Die Meldungen über unangenehme Nebenwirkungen bis hin zu hochgradigen Intoxikationen mit Todesfall werden immer unüberhörbarer. (STEGAT, Ebd., S.2644)

*"Im Vergleich mit anderen Verfahren sind verhaltenstherapeutische Methoden zur Behandlung der Enuresis nicht nur theoretisch relativ klar durchdacht und damit experimenteller Untersuchung gut zugänglich, sondern auch, was für den Praktiker besonders wichtig sein dürfte, relativ leicht durchführbar und in*

*ihrer Wirksamkeit allen bisher bekannten Verfahren überlegen." (STEGAT, Ebd., S.2644)*

Bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung der Enuresis werden vor allem Apparate benutzt, deren Konzeption leicht voneinander abweicht. Ursprünglich glaubte man, das erwünschte Verhalten würde im Sinne der klassischen Konditionierung aufgebaut. Später wurde das Konzept des instrumentellen Vermeidungslernens herangezogen um den Behandlungsprozess zu beschreiben, STEGAT entwickelt gar ein Dreiphasenmodell (STEGAT, Ebd. S.2652). Allen apparativen Behandlungsmethoden gemeinsam ist jedoch den Heilungsprozess *"dadurch zu ermöglichen, dass man eine Weckhilfe zeitlich so nahe wie möglich an das Überschreiten der kritischen Blasendehnungsschwelle und die damit verbundene mögliche, aber offenbar noch nicht thematisierte Harndrangwahrnehmung heranführt."* (STEGAT, Ebd. S.2651)

Verhaltenstherapie basiert im Wesentlichen auf den Erkenntnissen der Lerntheorie(n). Alle Lerntheorien nehmen an, dass die Verhaltensweisen des Organismus durch Lernprozesse erworben sind. Ein Organismus kann sich respondent, d.h. reaktiv oder operant, d.h. instrumentell verhalten. Diesen beiden Verhaltensweisen entsprechen zwei Konditionierungsmuster: Klassische und instrumentelle Konditionierung.

Bei der klassischen Konditionierung spricht man von Verstärkungskonditionierung, wenn der auf das Verhalten folgende Stimulus positiv ist (bei Belohnung z.B.), und von Vermeidungskonditionierung, wenn der Stimulus negativ ist (bei Strafe z.B.).

Bei dem klassischen Experiment von PAWLOW gelang es den Nachweis zu erbringen, dass ursprünglich neutrale Reize, wenn sie zusammen mit angenehmen resp. unangenehmen Wertreizen dargeboten werden, selbst die Funktion dieser Wertreize übernehmen können. Die Reaktion des Individuums wird von einer unbedingten (unkonditionierten) zu einer bedingten (konditionierten) Reaktion. Zahlreiche Lernprozesse lassen sich auf diese Weise erklären; von der Speichelabsonderung des Hundes beim Glockenton bis hin zur Angst des Kindes vor der Polizistenuniform.

SKINNER erweiterte die Theorien PAWLOWS, indem er nachwies, dass sich Lernprozesse nach dem Gesetz der Wirkung vollziehen, d.h. dass Verhalten

durch die Konsequenzen, die es hervorruft gesteuert werden kann. In der Skinner-Box lernten Ratten aus einer Fülle von Verhaltensweisen diejenigen zu lernen und in ihre Repertoire zu integrieren, die zu Erfolg führten, nämlich die Taste zu drücken, die ihnen eine Futterpille zuführte.

Je nachdem ob man einen positiven oder negativen Reiz anbietet oder wegnimmt, können unterschiedliche Klassen instrumenteller Konditionierung unterschieden werden: Die Darbietung eines angenehmen Reizes wäre demnach eine positive Verstärkung; der Entzug dieses angenehmen Reizes jedoch eine Bestrafung (durch Verstärkerentzug). Die Darbietung eines unangenehmen Reizes stellt eine Bestrafung durch aversive Konsequenz dar; der Entzug des unangenehmen Reizes eine negative Verstärkung, die sich in Flucht- oder Vermeidungsverhalten ausdrücken kann. Eine fünfte Konditionierungsklasse stellt die Löschung (Extinktion) von Verhaltensweisen dar.

In der Verhaltenstherapie der Enuresis gab es viele Diskussionen, welchem Konditionierungstyp Bettnässen zuzuordnen sei. Entsprechend verschieden waren dann auch die apparativen Hilfsmittel. Der erste Apparat, der 1938 von MOWRER und MOWRER entwickelt wurde, versuchte eine Koppelung der kritischen Blasendehnung mit der gleichzeitigen Reaktion (Aufwachen und Hemmung der Entleerung) mittels eines Klingelzeichens zu erreichen. CROSBY (1950) versuchte durch einen leichten Elektroschock, die Zeitspanne zwischen Einnässen und Aufwachen noch zu verkürzen. Funktionierten diese beiden Apparate nach Meinung Ihrer Erfinder nach dem Prinzip der klassischen Konditionierung, so benutzte LOVIBOND (1963) das Paradigma der instrumentellen Konditionierung zur Entwicklung seines "Zwillings-Signal-Apparats" Seiner Auffassung nach konnten Pannen besonders nach der Behandlung - d.h. Rückfälle - vor allem dadurch erklärt werden dass die beiden erstgenannten Apparate lediglich ein Vermeidungstraining durchgeführt hatten, das die Phase des Fluchtlernens ausschloss.

*"Wenn ein vollständiges und effektives Vermeidungslernen stattfinden sollte, musste also der Apparat so konstruiert werden, dass der aversive Stimulus ... durch die adäquate Reaktion, die Muskelkontraktion, beendet wird. Als solchen konditionierten aversiven Reiz verwendete LOVIBOND einen intensiven Huperton, der sofort bei Benetzen der Unterlage einsetzt und*

*eine Sekunde lang anhält, so dass in jedem Falle die Reaktion, nämlich die Muskelkontraktion als kausal für eine Beendigung des Reizes "empfunden" werden muss. Nach diesem konditionierten aversiven Reiz und einer anschliessenden Pause von einer Minute folgt ein Summton, der die Eltern aufwecken soll (und eventuell auch das Kind selbst), um die Unterlage auszutauschen und den Apparat wieder funktionsfähig zu machen für die nächste Entleerung. Hupton und Summer gemeinsam bilden das sogenannte "Zwillings-signal". (KUHLEN, Ebd. S. 108)"*

Ich möchte an dieser Stelle natürlich nicht in die Details dieser theoretischen Auseinandersetzungen eingehen. Das obige Zitat soll nur verdeutlichen, dass sich die Verhaltenstherapeuten ernsthaft Gedanken darüber machen, wie der Vorgang der Enuresis lerntheoretisch erklärt werden kann.

In zahlreichen methodisch korrekten Untersuchungen und Experimenten wurden sowohl verschiedene Apparate untereinander als auch mit nicht-verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden verglichen. Die Resultate sprechen für sich: Die Effektivität der Konditionierungsmethoden ist unumstritten und sehr gut durch Zahlenmaterial belegt. Bei psychotherapeutischen Methoden sind die Effektivitätsangaben fraglich, ausserdem fehlt es an Kontroll- und Nachuntersuchungen.

Die Rückfallquoten bei apparativer Behandlung liegen bis zu 50 %, können aber drastisch gesenkt werden durch eine konsequente Durchführung des Trainings (seitens der Eltern), durch eine Verlängerung der Anwendungszeiten sowie eventuell dem Übergang zu intermittenter Verstärkung in einer gewissen Phase der Behandlung. In vielen Fällen wird eine Nachbehandlung empfohlen: Damit kann die Rückfallquote noch weiter gesenkt werden.

Es treten in der Regel keine unerwünschten Nebeneffekte auf. Im Gegenteil: Die Kinder, die von ihrem Leiden befreit sind, erhöhen ihre soziale Anpassungs- und Handlungsfähigkeit; die Beziehungen zu den Eltern werden besser. Auch für das Märchen von der Symptomverschiebung konnten keine Belege gefunden werden.

Enuretiker unterscheiden sich nicht von der Population gleichaltriger, "normaler" Kinder. Bei THALMANN fand sich z.B. kein Zusammenhang zwischen dem Grad der Symptombelastung und

Enuresis, was das Bild vom schwer verhaltensgestörten Enuretiker relativiert.

Siegfried GROSSE (1980) verglich in einer rezenten Untersuchung zwei Apparate, die sich problemlos in der ambulanten Therapie einsetzen lassen. *"Mit dem Gerät ROE 70 konnte eine signifikant höhere Heilungsquote erzielt werden"* (GROSSE, Ebd., S. 280). Mit diesem Gerät arbeite ich ebenfalls sehr erfolgreich seit 1979 in Esch. GROSSE verglich auch die einfache Anwendung des Gerätes mit einer kombinierten Methode nach AZRIN: Er kam zu dem Schluss, dass die *"apparative Standardmethode durch die Hinzunahme operanter Techniken (Dry-BED-Programm) in ihrer Effizienz nicht gesteigert werden"* konnte (GROSSE, Ebd., S. 281).

Anhand des oben erwähnten Gerätes ROE 70 will ich kurz erläutern, wie die Behandlung des Bettnässens verläuft. Für Kinder, die tagsüber einnässen, gibt es übrigens ein tragbares Gerät, das nach dem gleichen Prinzip arbeitet, und welches von derselben Herstellerfirma stammt.

In einem ersten Gespräch mit den Eltern wird anhand eines halbstandardisierten Fragebogens versucht, das Problemverhalten genau zu umreissen. Bei einer zweiten Unterredung, diesmal im Beisein des Kindes, wird das Funktionieren des Apparates erklärt und der zeitliche Ablauf der Behandlung geplant. Die Eltern werden darauf aufmerksam gemacht, wie wichtig es ist, die Anweisungen der Gebrauchsanleitung sehr genau zu befolgen, und bei Problemen bei der Anwendung sich sofort mit dem Psychologen in Verbindung zu setzen.

Vor allem die ersten 14 Tage sind von entscheidender Bedeutung für das Gelingen der Behandlung. Besonders wichtig ist es, mit dem Kind in dieser Phase des Behandlung etwa vorhandene Schuldgefühle zu besprechen und seiner eventuell vorhandenen Furcht vor der Apparatur dadurch zu begegnen, dass man es die Apparate manipulieren und ausprobieren lässt.

Für eine "normale" Behandlung sehe ich einen Zeitraum von drei Monaten vor, innerhalb dessen die Eltern regelmässig in Abständen von 14 Tagen telefonisch Auskunft über den Verlauf der Behandlung geben sollten.

Die Apparatur besteht aus einer speziell beschichteten Folie, die unter das Bettlaken gelegt wird. Sie ist mit dem denkbar einfach konstruierten Weckgerät durch ein langes Kabel verbunden, welches verhindern soll, dass das Kind vom Bett aus den Weckton ausschalten und weiterschlafen kann. Der Weckton kann in der Lautstärke reguliert werden.

Vor Beginn der Behandlung sollte das Kind das Aufstehen und zur Toilette gehen einüben, damit es später nicht durch plötzlich auftretende Gefühle von Angst oder Unsicherheit davon abgehalten wird.

Erschwerend für die Behandlung sind ungünstige Wohnverhältnisse: Oft müssen sich die Kinder durch die Dunkelheit über Treppen und Flure zu der einzigen Toilette im Haus vortasten; in dem Falle empfehle ich den Eltern auf den bewährten Nachtopf zurückzugreifen. Besonders in diesen Fällen ist es wichtig, dass die Eltern in den ersten zwei Wochen der Behandlung aktiv mithelfen! Konkret heisst das, dass die Eltern beim Ertönen des Wecksignals aufstehen, das Kind notfalls wecken, es zur Toilette begleiten und anschliessend die Bettwäsche wechseln. Diese Handlung ist sehr wichtig und kaum einem Kinde zuzumuten; das Kind soll sich nämlich an eine trockene Umgebung gewöhnen. Ältere Kinder können eventuell selber ihr Bett frisch beziehen.

Das Kind sollte fast nackt im Bett schlafen, jedenfalls ohne Pyjamahose um zu erreichen, dass bei einer auftretenden Miktion das Urin möglichst direkt an die Oberfläche der Folie gelangen und das Wecksignal auslösen kann.

Den Eltern wird auch nahegelegt, alle oben erwähnten unheilpädagogischen Massnahmen sofort zu beenden: Die Kinder können trinken wann und wieviel sie wollen, Weckprozeduren dürfen nicht mehr angewandt und Windeln nicht mehr benutzt werden. Auch Medikamente müssen sofort abgesetzt werden.

Der Gebrauchsanleitung des Apparates liegt ein Beobachtungsprotokoll bei, welches die Eltern gewissenhaft ausfüllen sollen. Notiert wird der Zeitpunkt des Zubettgehens, der Zeitpunkt des Einnässens, die Grösse des nassen Flecks usw. Die Analyse dieser Protokolle hat gezeigt, dass der nasse Fleck im Laufe der Behandlung immer kleiner wird, d.h. dass die Kontraktion des Schliessmuskels immer schneller auf die Wahrnehmung des Wecksignals hin

erfolgt. Ausserdem verlagert sich der Zeitpunkt des Einnässens immer mehr zum Morgen hin, d.h. es gelingt dem Kind immer grössere Zeitabstände zwischen der letzten - willentlichen - Miktion und dem ersten nächtlichen Einnässen zu überbrücken.

Die erste Phase der Behandlung ist für das Kind und für die Eltern am schwierigsten, kann es doch vorkommen, dass das Kind mehrmals hintereinander in einer Nacht einnässt. Bereits nach 14 Tagen zeigen sich jedoch in der Regel schon erste Erfolge, sprich "trockene" Nächte.

Bis auf einige Ausnahmen ist die Behandlung nach zwei Monaten abgeschlossen; während dem dritten Monat geschieht nicht mehr viel. In einigen Fällen konnte sogar eine völlige Heilung innerhalb von 14 Tagen erreicht werden. Paradebeispiel in meiner "Klientel" war ein 9-jähriges Heimkind, welches noch nicht eine trockene Nacht erlebt hatte und mit Hilfe des Geräts - trotz erschwerten Bedingungen im Mehrbettzimmer - nach nur einer Woche definitiv von seiner Verhaltensstörung befreit werden konnte. Im Gegensatz zu einigen von STEGAT (Ebd., S. 2647) zitierten Untersuchungen sind in der von mir behandelten Population die am häufigsten einnässenden Kinder diejenigen, die am schnellsten sauber werden. In Übereinstimmung mit denselben Untersuchungen stellte ich fest, dass primäre Enuresis leichter zu behandeln ist als sekundäre Enuresis.

In der Regel haben die Eltern keine Probleme im Umgang mit dem Apparat. Auch die Kinder klagen nicht über unangenehme Erfahrungen. Die Unannehmlichkeiten besonders in der ersten Phase der Behandlung (Aufstehen, zur Toilette gehen, Bettwäsche wechseln) werden als unerheblich betrachtet gegenüber dem was Eltern und Kinder vorher mitgemacht haben: Die viele Arbeit und die finanzielle Belastung, die das Bettnässen mit sich bringt (tägliches Waschen der Bettlaken, periodische Erneuerung von Laken und Matratzen, Arztbesuche und Medikamente), Streit und gegenseitige Schuldzuweisung in der Familie, zahlreiche Verbote und Einschränkungen (Trinken, Besuche bei Freunden und Bekannten, Reisen), negative Auswirkungen von "Folterungen" und unheilpädagogischen Massnahmen (Nervosität, Schuldgefühle) sowie der Spott von Geschwistern, Mitschülern und gar Erwachsenen.

Ein Vorteil der apparativen Behandlungsmethode ist in diesem Sinne sicher die Tatsache, dass versucht wird, dem Kind alle Schuldgefühle abzunehmen, indem ihm erklärt wird, dass Bettnässen eine häufige Verhaltensstörung ist, dass das adäquate Verhalten nicht gelernt wurde und mit Hilfe des Apparates dieser Lernvorgang nachvollzogen werden kann.

Ein weiterer Vorteil des Gerätes ist sein niedriger Preis. Zur Zeit kostet ein Weckgerät inclusive Einlagen rund 200 DM. Mehr braucht heute niemand mehr auszugeben, um sein Kind von einem lästigen Leiden zu befreien.

## Nachtrag

Fast alle Zuhörer der Konferenzabende waren als Eltern unmittelbar mit dem Problem der Enuresis konfrontiert und berichteten über vielfältige und meistens enttäuschende Behandlungsversuche. Das Misstrauen gegenüber der apparativen Behandlung ist eindeutig vorhanden aber viele Eltern liessen sich zu einem Versuch überzeugen.

Das grösste Problem bestand darin, dass ich zwar im Escher Service MPP über eine kleine Anzahl von Geräten verfüge, nicht genug aber um gleichzeitig so viele Behandlungen durchzuführen. In der Praxis wurden die Apparate in Esch auch nur an arme Familien ausgeliehen; in allen anderen Fällen kaufte die Familie ein Gerät bei der Herstellerfirma in Deutschland.

Dies ist heute aber nicht mehr notwendig, da die Krankenkassen seit einigen Monaten die Kosten für das Gerät übernehmen.

Nachdem mir die Münchener Herstellerfirma SCHIENAGEL mitteilte, dass sie Kontakte mit dem COMPTOIR PHARMACEUTIQUE in Foetz aufgenommen hatte bezüglich des Vertriebs ihrer Produkte im Benelux-Raum, setzte ich mich unverzüglich mit dieser Firma in Verbindung, um Preis und Lieferbedingungen zu erfahren. Nach einigen Gesprächen mit den Verantwortlichen des CPL wurde beschlossen, ein Gesuch beim Zentralkomitee der Krankenkassenvereinigung zwecks Übernahme der Kosten für die Bettnässergeräte einzureichen. Im Dezember 1988 stellte ich

ein umfangreiches Dossier für das Komitee zusammen und im Mai 1989 erreichte uns die gute Nachricht, dass die Krankenkassen positiv auf den Antrag reagierten. Die Entscheidung Nummer 11/89 lautet folgendermassen:

*"Sur base d'une ordonnance médicale et d'une autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale les caisses de maladie sont autorisées à prendre en charge, au prix facturé, les appareils contre l'énurésie pour des enfants ayant l'âge de six ans accomplis."*

Eine Einschränkung wurde also gemacht, was das Alter des Kindes anbelangt. Eltern, die schon früher mit der Behandlung beginnen möchten, müssen also nach wie vor auf eigene Kosten ein Gerät erwerben. Zur Zeit kostet das Gerät hier in Luxemburg rund 3700.- Franken.

Für nähere Auskünfte stehe ich jederzeit unter der folgenden Adresse zur Verfügung.

Robert SOISSON  
Service Médico-Psycho-Pédagogique  
3, Place Norbert METZ  
L - 4239 ESCH-SUR-ALZETTE  
Tél.: 547383-489/494

## LITERATUR

GROSSE, Siegfried: Bettnässen, Frankfurt am Main 1980

KUHLEN, Vera: Verhaltenstherapie im Kindesalter, München 1977

SPIELER, Josef: Aber er nässt immer noch, Stuttgart 1944

STEGAT, Harry: Enuresis In: Handbuch der Psychologie, 8. Band: Klinische Psychologie, 2. Halbband, S. 2626-2661, Göttingen 1977

THALMANN Hans-Christian:  
Verhaltensstörungen von Kindern im  
Grundschulalter, Stuttgart 1974

## Liette Braquet

### Vie autonome et intégration sociale Visite d'étude au Danemark

*Dans le cadre du projet HELIOS un groupe d'éducateurs luxembourgeois, français, espagnols et écossais a entrepris un voyage d'études au Danemark. Du 27 au 30 juin 1989 ils ont visité des installations pour handicapés dans la région de Vejle et de Storstrøms Amt. Le programme de visite préparé par les autorités danoises était très chargé, ce qui fut cependant entièrement compensé par la beauté naturelle, l'hospitalité et la gastronomie du pays.*

Dès 1970, l'autonomie des collectivités locales est instaurée au Danemark. La structure de base est un état centralisé (pour les problèmes nationaux) qui délègue ses pouvoirs aux départements (questions régionales) et aux communes (affaires locales).

Depuis janvier 80, les départements et communes ont l'entière responsabilité d'apporter l'assistance nécessaire aux malades mentaux et handicapés :

*"Tout citoyen doit avoir l'existence la plus normale possible"*

Dans la suite logique de cet objectif, les départements ont entrepris de grands efforts de logement, dans les années suivant ce transfert de compétences, pour réduire la concentration d'handicapés dans des établissements gigantesques.

Le mouvement de décentralisation se fait surtout au sein des grandes institutions, c.à.d. au niveau de la responsabilité, du fonctionnement et du financement de ces institutions, qui actuellement sont en pleine restructuration et analyse de leur propre existence (cf. Brejning, Nyköbing,...).

Comme cette décentralisation est assez récente, une multitude de projets sont créés. Projets qui regroupent, pour une région, à la fois le logement, l'autonomie et le travail. L'objectif de la décentralisation est d'occuper et de loger les personnes handicapées dans leur commune d'origine.

Les diverses institutions sont financées par un prix de journée. Les pensionnaires (résidents)

gardent leur argent de poche, mais leurs revenus (rentes ...) sont intégrés dans le budget global et la responsabilité en incombe à la direction des institutions.

Les projets élaborés témoignent d'une efficacité surprenante (cfr. Vescentret, Café Amalie, Forsorgscentret).

Les résultats prouvent que les projets ont été bien analysés et structurés.

Exemples:

- le Vestcentret avec ses ateliers protégés procure une stabilité, une évolution, une nécessité, une valorisation de la personne handicapée;
- les logements dans les maisons unifamiliales favorisent l'autonomie de la personne concernée;
- le Forsorgscentret s'occupe des polyhandicapés;
- le Café Amalie fonctionne comme lieu de rencontres pour handicapés (loisirs, ...);
- les appartements de la Ville de Nyköbing;
- la réalisation explosive, mais efficace de la décentralisation du Behandlingscenter ...

L'impression marquante dans ces différents projets est le respect total de la personne handicapée.

Exemples:

- Création de comités où la personne handicapée participe aux prises de décision.
- Café Amalie

Le personnel éducatif a respecté la décision des personnes concernées de faire fonctionner le café uniquement pour les personnes handicapées - en leur permettant d'acquérir une meilleure "qualification" et une "meilleure assurance" avant qu'elles ne soient confrontées à un monde normal.

Cette décision témoigne de beaucoup de courage et de confiance de la part de l'équipe éducative. En effet, ne risque-t-on pas, en laissant le choix à la personne mentalement handicapée d'aller à l'encontre du principe de normalisation, de reculer devant les idées nouvelles et inconnues et même étrange pour cette personne?

L'équipe semble avoir vu surgir le problème car elle s'est donnée 2 ans pour voir un changement dans le fonctionnement du café.

- Certaines personnes "choisissent" de rester dans les grands centres où ils ont vécu toute leur vie.

Le problème se pose ici de la même façon: laisser le choix à une personne mentalement handicapée de vivre seule, c.à.d. de gérer sa vie, aboutira probablement à un avis négatif de sa part, parce qu'elle est satisfaite de sa vie au foyer ou bien parce que la protection que lui procure ce logement depuis de nombreuses années ne l'incite pas à "choisir" une solution plus insécurisante pour elle.

Ces centres n'ont également pas la possibilité de fermer définitivement leurs portes. Certaines personnes doivent continuer à y vivre, notamment ceux qui ont subi un échec dans le processus de décentralisation.

Les risques pris consciemment, témoignent également d'une prise en charge différente de la personne mentalement handicapée.

Exemples:

- les visites dans les petits appartements individuels, et dans les maisons de quartier à caractère unifamiliale, nous ont montré qu'il était possible de fonctionner dans des structures dépourvues de tout équipement technique adapté et permettant une vie autonome au sens le plus large.

Ces petits "Foyers" donnent tout de même une certaine sécurité et protection aux résidents. (vie en petit groupe parmi la population); l'isolement de la personne handicapée, comme conséquence possible de la décentralisation, est ainsi évitée.

- le passage d'une grande institution à une petite structure de 2 à 5 personnes, se fait également sans entraînement préalable de la personne handicapée.

La famille est surtout préparée sur un plan social (accord-collaboration). Pour eux, la maison d'entraînement provoque un délogement de l'esprit de l'institution. La désinstitutionalisation n'est pas réalisée complètement.

Un entraînement au niveau des écoles est actuellement suffisant.

Bien entendu, il reste beaucoup de problèmes sociaux et surtout économiques à résoudre pour les grandes institutions.

Tant qu'il n'y aura pas de moyens financiers suffisants, d'autres projets ne pourront voir le jour où resteront inachevés.

Cependant, les différents responsables des projets déjà partiellement réalisés ont bien exprimé l'apport de la créativité lors de restructurations financières. Les participants aux différents projets utilisent les ressources disponibles et effectuent des changements avec les moyens disponibles.

C'est de cette manière que se réalise la décentralisation du Behandlingscenter à Naestved.

On propose à des écoles de venir s'installer sur le site (location ou vente), et aux professionnels de quitter leur logement de service. Ces modifications permettent d'ouvrir de petites unités de vie à caractère familiale dans les différentes communes avoisinantes avec le même personnel (formation préalable).

Ce processus est déjà bien avancé, mais se trouve souvent freiné par la difficulté à trouver des amateurs (privés ou communes) pour acheter les bâtiments.

Une autre manière de se servir des ressources disponibles est mise en évidence dans le processus de décentralisation de la psychiatrie.

Un diagnostic différencié permet de soigner différemment et donne des possibilités de retour à domicile ou en petits foyers pour les personnes malades.

Ce sont donc les médecins et les infirmières qui se déplacent à domicile et dans les foyers.

La création de districts augmente l'efficacité (diminution des déplacements) et la collaboration avec les services sociaux disponibles sur place (prévention-évaluation).

## Conclusions

Pour une intégration et une autonomie optimales des personnes handicapées, la décentralisation doit tenir compte des points suivants:

- décentralisation des grandes institutions
- normalisation la plus grande possible
- caractère non-institutionnel des logements
- cohérence logement-travail-loisir
- logement en chambre individuelle
- engagement des personnes handicapées et des parents dans la planification des mesures

- flexibilité pour le travail (emploi alternatif, emploi à 1/2 temps, occupation sur un plan local office du travail adapté, ...)

- rémunération de la personne handicapée (manifestation des personnes concernées à Copenhague)

- formation du personnel adaptée aux nouvelles idées. Supervision régulière du personnel. (Au Danemark, la formation est encore dirigée vers les grandes institutions).

Objectif à rechercher :

indépendance - pouvoir de décision

au lieu de,

prise en charge - protection

Toutes les initiatives réalisées jusqu'à présent, telles que les unités familiales groupées en plusieurs maisons, les appartements et les studios, les fermes en milieu rural, prouvent que l'autonomie et le développement individuel ne sont garantis que dans des petites unités suivies et aidées par du personnel qualifié.

Dans le même ordre d'idées, on constate que les formations au Danemark n'ont pas évolué parallèlement aux nouvelles idées, ce qui oblige le personnel à s'adapter sur le terrain aux besoins existants.

On ne peut qu'espérer que les travailleurs sociaux, les équipes éducatives, les dirigeants, restent objectifs dans la continuation de leurs tâches, qu'ils continuent à soutenir une décentralisation qui favorise une autonomie intégrale de la personne handicapée sans se laisser dépasser par les problèmes financiers.

## Alfred Groff

### Inhalte einiger 1989 erschienenen psycho-pädagogischen Zeitschriften

- Materialien zur Heimerziehung (Internationale Gesellschaft für Heimerziehung - BRD-Sektion der FICE) : Nr. 1/89 - 2/89
- Société Luxembourgeoise de Psychologie (SLP): Nr. 23-26
- IP - Forum (Letzebuurger Gesellschaft für Individualpsychologie nom Alfred Adler): Nr. 1/89 - 4/89

#### Materialien zur Heimerziehung

Als Nachtrag sei auf die Materialien 3/88 und 5/88 zum Thema "Supervision" hingewiesen (mit Literaturzusammenstellung)

-----

Die März-Nummer (1/89) enthält folgende Artikel:

- Zum 40jährigen Jubiläum der FICE (vergleiche Artikel von Irene Knoepfel "Schrift zum 40-jährigen Jubiläum der FICE" in den ANCE-Bulletins No 62 und No 63)
- Wem gehört das Kind ? (nachzulesen im ANCE-Bulletin No 64)
- Oekologisches Denken als Basis sozialpädagogischen Handelns von Jürgen Kalcher

#### 1. Ganzheitliche Sozialarbeit

Es wird darauf hingewiesen, dass Sozialarbeiter die gemäss dem alten medizinischen Modell arbeiteten, sich als Therapeuten von individuellen, psychologisch zu diagnostizierenden Notständen verstanden und mit Geld und Sachmitteln sowie durch die Bereitstellung von Institutionen halfen.

Andere Sozialpädagogen richteten ihre Aufmerksamkeit primär auf die sozialen Bedingungen menschlicher Existenz, also vor allem auf politische und strukturelle Aspekte sozialer Probleme.

Bei der "ganzheitlichen" Sozialarbeit wird der einzelne Mensch als aktiver Teil eines komplexen sozio-ökonomischen Gesamtgeschehens verstanden. Sozialpädagogisch muss er sowohl von der individuellen als auch von der materiellen sowie der Beziehungsebene unterstützt werden.

#### 2. Der kartesianische Reduktionismus

*"Was mit Reduktionismus gemeint ist, lässt sich krass an folgendem Bonmot veranschaulichen: Was ist ein Spezialist? Ein Spezialist ist einer, der von immer weniger immer mehr versteht, bis er schliesslich von nichts alles versteht. Und was ist ein Generalist? Es ist einer, der von immer mehr immer weniger versteht, bis er schliesslich von allem nichts versteht." (S.14)*

Gewarnt wird sowohl vor der Gefahr des reduktionistischen Weges wie der eines einseitigen Ganzheitsanspruches der nur noch vage, ungefähr und weltabgekehrt einem allgemeinen Nichts entgegenstrebt.

#### 3. Ganzheit und Adaptation

"Anpassung" heisst oft Unterwerfung des Schwachen unter den Willen des Mächtigen und wird daher oft als unanständig betrachtet. "Anpassung" kann aber auch anders verstanden werden, nämlich in dem Sinne ein Miteinander der vielen unterschiedlichen Faktoren einer menschlichen Gesellschaft zu ermöglichen (Aufhebung der starren Abgrenzungen: Gute-Böse, Wissende-Unwissende, Fachleute-Laien, Kriminelle-Rechtschaffene).

#### 4. Entropie und Kommunikation

Es wird auf die Wichtigkeit der Kommunikation und der Konfliktfähigkeit (produktiver Umgang mit Konflikten) in offenen Systemen hingewiesen.

#### 5. Grundsätze der Familienarbeit

Ganzheitliche Familienhilfe bedient sich der Erkenntnisse des systemtheoretischen Ansatzes. Der systemisch arbeitende Sozialarbeiter übernimmt eine Mittlertätigkeit zwischen System und Umwelt oder zwischen verschiedenen Systemen. (Oekologie = Wissenschaft von den Beziehungen der Lebewesen zu ihrer Umwelt)

#### 6. Schlussbemerkung

*"Der 'Ganzheitsansatz' in der heutigen Sozialarbeit ist eine solche Absage an Omnipotenzvorstellungen. ... (heute lautet die Parole): 'Entprofessionalisierung', 'Dezentralisierung', ein Weniger an Organisation und - eben - eine 'ganzheitliche Orientierung', ein Denken in 'Beziehungsnetzen' und 'Erziehungsräumen'. ... Auf Professionalität kann nicht verzichtet werden, aber sie muss sich verändern." (S.15)*

Die Juli Nummer (2/89) widmet sich dem Schwerpunktthema "Berufsausbildung in der Jugendhilfe" und es wird darauf hingewiesen dass das Bundesinstitut für Berufsausbildung eine Bibliographie zum Thema Ausbildung benachteiligter Jugendlicher zusammengestellt hat die kostenlos erhältlich ist (Fehrbelliner Platz 3, 1000 Berlin 31)

#### Société Luxembourgeoise de Psychologie

Die Februarnummer (Nr. 23) enthält einen Artikel über Kurt Lewin, der laut der Autoren (Lück & Van Elteren) neben Freud und Piaget zu der drei einflussreichsten Psychologen dieses Jahrhunderts gezählt werden muss. Er hat u.a. den Begriff Gruppendynamik geprägt, gab Anstöße in Richtung Selbsterfahrung und hat wichtige Impulse zur Oekologischen Psychologie gegeben. Lewins Methode und viele seiner Begriffe wurden Allgemeingut und oft ist nicht gewusst dass sie von ihm stammen.

Des weiteren wird das Institut für Beratung und

Supervision in Aachen vorgestellt. Ein österreichischer Gesetzesentwurf über die Psychotherapie ist in dieser Nummer zu lesen. Ralf Biehle schreibt über Rechtsfragen und Anerkennungsprobleme in Psychotherapie und Beratung.

Die Aprilnummer (Nr. 24) stellt den Seminarzyklus "Therapie anders" vor: S.Bauer schreibt über Reittherapie bei Verhaltensstörungen, A.Groff stellt die Audio-Psycho-Phonologie (Méthode Tomatis) vor und H.G. Brecklinghaus präsentiert die Rolfing-Methode zur Wiederherstellung von Gleichgewicht und Einheit der Körperstruktur. Ein Interview mit dem damaligen ALPDU-Präsidenten Lex Kayser im Tageblatt vom 3.8.77 stellt den historischen Rückblick in dieser Nummer dar.

Die Mainummer (Nr. 25) enthält weitere Erläuterungen zur Tomatis-Methode und ihrer Anwendung bei Dyslexie, Verhaltens-, Motorik- und Konzentrationsstörungen sowie bei Sprach- und Gehörstörungen.

Diese Nummer enthält einen Fragebogen zum Thema "Psychologie", der vor den Wahlen an Minister und Deputierte gesandt wurde. Die Antworten werden in der Septemhernummer zu lesen sein.

Die Septemhernummer (Nr.26) enthält die erwähnten Antworten und befasst sich mit der Akademischen Sitzung mit Prof. Pongratz zum 50. Todestag von S.Freud.

#### IP - Forum

Die Januar-Nummer (1/89) ist dem Thema "TRAUMARBEIT" gewidmet.

Lucy Ackerknecht schreibt über "Schöpferische Traumarbeit in Kulturen mit hohem oder niedrigem Synergie-Grad". Benedict verglich 4 Kultur-paare mit hohem bzw. niedrigem Synergiegrad ( hoher bzw. niedriger Aggression) und ihre Konklusion war: "Gesellschaftsformen, die auffallend inaggressiv sind, haben soziale Ordnungen, in denen das Individuum gleichzeitig mit ein und derselben Tat dem eigenen Vorteil und dem Vorteil der Gruppe dient. Nicht-

Aggression fehlt hier nicht deshalb, weil die Menschen unegoistisch sind und ihre sozialen Verpflichtungen über ihre persönlichen Wünsche stellen, sondern weil durch die soziale Ordnung beides identisch ist. In einer Gesellschaft mit niedrigem Synergie-Grad wird der Vorteil eines Individuums zum Sieg über andere, und die nicht siegreiche Ueberzahl muss sehen, wie sie weiterkommt. In einer Gesellschaft mit hohem Synergie-Grad macht sich die Tugend bezahlt. Wir sehen hier die enge Beziehung zum Gemeinschaftsgefühl oder "sozialem Interesse".

Dann beschreibt Ackerknecht die Traumarbeit in 3 Gesellschaftsformen, die noch über keine Schriftsprache verfügen:

- die Negritos (niedrige Synergie-Kultur) wo der Träumer tun muss was der Traumriese sagt
- die Yami (mittlere Synergie-Kultur) wo das Kind ermutigt wird sich genau an die Vorschriften seiner restriktiven Gesellschaft zu halten. Schöne Träume haben keine Bedeutung und angstgefüllte Träume werden so ausgelegt, dass sie die Gruppenzeremonien stützen
- die Senoi (hohe Synergie-Kultur) nutzen den Traum zu persönlicher und sozialer Ermutigung. Das Ermutigungstraining (mutiges Auseinandersetzen mit einer Gefahr), das Hinarbeiten auf ein positives Ende und das Prinzip etwas Positives und Kreatives mit zurückzubringen, um es dann wieder mit der Gruppe zu teilen, stellen die drei Traumprinzipien dar.

*"Diese Traumphilosophie bringt uns zu dem Schluss, dass der Mensch ruhig sagen kann, dass alle Träume und Entdeckungen aus der zentralen Weisheit stammen, welche seinen Körper und seinen Lebensstil aufbaut. Der Mensch kann seine Traumwelt nicht nur dazu nutzen, sein ganzes Selbst zu reinigen und zu vereinfachen, er kann sie auch dazu nutzen, die Vorstellung des gesellschaftlichen Grundmasstabs zu verbessern und zum Modell für eine bessere soziale Zukunft zu machen. Traumgestalten und -bilder müssen von den Zeitgenossen und Nachkommen des Träumers auf sozialen Gewinn hin untersucht werden, sie müssen angenommen oder verworfen werden durch den Vorgang der Suche nach Uebereinstimmung in demokratischem Rahmen."*

Ackerknecht schlussfolgert am Ende des Artikels:

*"Vielleicht könnten wir unserer zukunftsorientierter adlerianischer Trauminterpretation einige Prinzipien der SENOI hinzufügen, wie das Ermutigungstraining durch Auseinandersetzung mit Ängsten und Aggressionen in den Träumen unserer Klienten, und das Hinarbeiten auf ein positives Ende; geschehen soll dies nicht durch autoritäres Diktat, sondern, indem wir dem Klienten helfen bei der Auswahl seiner eigenen, positiven Vorschläge, die seine soziale Integration fördern und dann noch dadurch, dass wir etwas Positives aus ihren und unseren Träumen zurückbringen, ein Geschenk für die Gruppe in Form eines einfachen, poetischen, künstlerischen Geschenks. Vielleicht könnten mehr von uns den Traum der Träume haben und an einer sehr nützlichen Fiktion arbeiten, nämlich dem Traum von FRIEDEN und UEBERLEBEN für die, welche nach uns kommen."*

Das Thesenpapier von Jackmuth reiht eine ganze Menge Aussagen über das Thema Traum aneinander (Freud, Adler, Schmidt. u.a.). Dabei wird offensichtlich, dass es extreme Meinungsdivergenzen bei den Spezialisten gibt. So ist für Fromm der Traum die letzte noch lebende "Universalsprache" der Menschheit. Für W.Lüders hingegen ist die Sprache des Traumes keine Universalsprache, sondern eine private Sprache.

-----

Die März-Nummer (2/89) ist dem Thema Aufmerksamkeit gewidmet:

L.Nicolay schreibt über die Funktion von Aufmerksamkeit und Unaufmerksamkeit bei Adler 1907-1927 sowie über Lebensstil und Informationsverarbeitung.

H.Gehle rezensiert Alfred Adlers 4. Auflage des Buches: "Ueber den nervösen Charakter". Die erste Auflage erschien 1912 nach dem Bruch mit Freud und der Gründung der Gesellschaft für Individualpsychologie (1911). Gehle schlussfolgert:

*"Also: alles in allem, "Ueber den nervösen Charakter" ist nicht unbedingt ein Ferienschmöker. IP-Anfängern würde ich eher abraten und ihnen als Adler-Original sein klarstes und systematisches Buch "Menschenkenntnis" empfehlen. ... Mir persönlich hat der Band "Grundbegriffe der Individualpsychologie" von DREIKURS einen guten ersten Eindruck vermittelt."*

telt. In einer allgemeinverständlichen Sprache, die keinerlei (auch keine psychologische) Vorbildung erwartet, wird hier praktische Individualpsychologie äusserst anschaulich vermittelt."

-----

Die Juni-Nummer (3/89) ist dem Thema "Erziehungsprobleme und ihre Ueberwindung" gewidmet:

Fari Khabirpour schreibt in seinem Artikel "Die Bedeutung der IP Adlers für die Pädagogik: Die Eltern-Kind-Beziehung" über Selbsterziehung der Eltern, über die besondere Rolle der Mutter, über die Stellung in der Geschwisterreihe sowie über den Einfluss von Verwöhnen, Härte oder Entmutigung auf das Gemeinschaftsgefühl und den Lebensstil.

Dieser Artikel sowie die von Lucien bzw. Sylvie Nicolay über Aufmerksamkeitsdefizite und Konzentrationsstörungen bzw. über Verhaltensstörungen sind für Professionelle eher als allgemeine Einführung interessant und man kann für eine Vertiefung des Themas auf die angegebenen Originale zurückgreifen.

Der Fragenbogen zur biographischen Anamnese kann Professionelle zu einem interessanten Vergleich mit ihrer eigenen Vorgehensweise anregen.

-----

Die September-Nummer (4/89), die das Thema "Schule" behandelt erscheint in neuer Aufmachung in einem kleineren Format.

K.-H. Hay schreibt über Individualpsychologie im Unterricht:

*"Erkennt der Lehrer die Bedeutung des Mutes, Selbstvertrauens, Ehrgefühls, Freiheit der Entschliessung und Selbständigkeit so wird er seine Aufgabe als demokratischer Erzieher gerecht."*

Lucien Nicolay stellt das Schul-Modell der "Individual Education" nach Raymond Corsini vor, deren Konzepte auf Adlers Individualpsychologie beruhen. In Luxemburg steht momentan vor allem die Waldorfschule nach den Ideen von Rudolf Steiner als Alternative zum traditionellen Staatsschulmodell zur Diskussion. Wichtig in dieser

Diskussion ist es die verschiedenen in aller Welt erprobten Versuche in die Debatte einzubeziehen. Dazu müssen alle Modelle öffentlich bekannt gemacht werden, wie es L.Nicolay hier mit der IE tut, damit hoffentlich einmal eine demokratische Wahlmöglichkeit für die Eltern geschaffen wird.

-----

(Heimerziehung... Fortsetzung von Seite 2)

## 6) Heimerziehungspolitik

- Wer initiiert welche Programme?
- Wer ist finanziell verantwortlich?
- Wer fungiert als Aufsichtskontrolle?
- Zur Rolle staatlicher (nationaler und lokaler) und gemeinnütziger öffentlicher Stellen auf den Gebieten Erhaltung, Entwicklung und Führung von Heimen

## 7) Das Erscheinungsbild der Heimerziehung in der Öffentlichkeit

- Wie sieht die allgemeine Öffentlichkeit die Programme der Heimerziehung?
- Eltern, Kinder, Fachleute und Beamte: Stigma und Prestige

## 8) Das Heimpersonal

- Die Bezeichnungen für die wichtigsten Positionen im Heim in der Landessprache und ihre genaue Uebersetzung ins Englische
- Offiziell und tatsächlich erforderter Vorbildung
- Bezahlung im Vergleich zu den Grundschullehrern, Wochenstunden, Wechselrate (Angaben zu Alter, Geschlecht usw.)
- Heimerzieher und die gesellschaftliche Struktur
- Status und Mobilität

- Zahlenmässiges Verhältnis Personal/Heiminsassen

### 9) Ausbildung

- Arten der vorangehenden und der berufsbegleitenden Ausbildung
- Lehrpläne und Zeugnisse
- Ein Vergleich zwischen qualifiziertem und unqualifiziertem Personal: finanzielle Abgeltung

### 10) Gruppen von Heiminsassen

- Die Organisation von Gruppen (Familien, Wohneinheiten usw.) innerhalb des Heimes: Grundsätze und Grössen

### 11) Die Heimleiter

- Beschreibung der Rollenkomponenten und die Frage der Verantwortlichkeit (Verantwortung für die Ergebnisse der Behandlung der Kinder im Heim)
- Art der Ausbildung
- Wechsel
- Wem gegenüber ist der Heimleiter verantwortlich? Wem untersteht er?

### 12) Netzwerke

- Art und Beschaffenheit der bestehenden nationalen (staatlichen und gemeinnützigen) Netzwerke der Heimerziehung?

### 13) Rechtliche Aspekte

- Zusammenfassung der Gesetze, die direkten und ausschliesslichen Bezug zur Heimerziehung haben

### 14) Alternativen

- Welche Alternativen zur Heimerziehung gibt es?
- Vergleichende Daten betreffend Status, Image, Kosten, Präferenzen seitens der Fachleute und der Klienten (Kinder und Eltern)

### 15) Finanzierung

- Wer finanziert was?
- Charakteristische Verteilung von Kosten und Geldquellen
- Die Rolle der Eltern
- Die Kosten im Vergleich zu den Kosten der Alternativen

### 16) Zukunft

- Wie sehen die Autoren, Fachleute und Politiker die Zukunft der Heimerziehung

### 17) Forschung und Evaluation

- Wie gängig sind Forschung und Evaluation in der Heimerziehung?
- Welchen Einfluss haben sie auf die entsprechende Politik und auf die Trägergremien?
- Liste von veröffentlichten Berichten oder Abhandlungen zu einschlägigen Themen

### 18) FICE

- Die Rolle der FICE: Aktivitäten und Programme

#### *Changement d'adresse:*

*Les nouveaux locaux du  
Centre d'Information et de Placement  
( C I E P )*

*se trouvent au*

*16, rue d'Epemay  
L-1490 Luxembourg*

*Les numéros de téléphone restent inchangés  
49 44 55  
49 44 56*

Numéro 67

PIS PAPA  
COMMENT VIENNENT  
LES PETITS ENFANTS ?

LES PETITS ENFANTS  
ILS VIENNENT DANS  
LES LITRES DE VIN!

DANS LES  
LITRES DE VIN?

Ouais ! VA M'EN  
CHERCHER, TU VERRAS!



HOP

HOP

HOP

HIN HIN HIN HIN



HIN HIN HIN

HEIN LA MERE, HEIN ?



AH AH AH



REISER



**Publications de l'Ance:**

**Bulletin**

*paraît 4 fois par an*

*abonnement: 300.- francs*

**Aktuelle Probleme Jugendlicher in der Heimerziehung in Europa  
- Texte zum internationalen Kongress  
vom 6. - 9. Juni 1985 in Luxemburg -**

*Aus dem Inhalt:*

*Das Heimwesen in Luxemburg, Heimerziehung und Politik, Leistungsinhalte von Heimerziehung, Konflikte in der Gruppe, Heim und Schule, Familientherapie im Heim, Schulsozialarbeit im Heim, Das Heimwesen in Polen, Nachbetreuung, Verselbständigung, Nichtsesshaftigkeit, Projekt-Familien, Ausreisser, Mädchenarbeit im Heim, Berufswahl, Heimeinweisungspraktiken, Schwierige Jugendliche, Drogen, Die Zukunft der Heimerziehung*

*Preis. 450.- Franken*

**Pour votre commande utilisez la formule suivante s.v.p.**

Je soussigné: .....

adresse : .....

profession : .....

commande

... ex. de la 1ère mise à jour du GUIDE PRATIQUE à 400.- FL

... ex. du GUIDE PRATIQUE + 1ère mise à jour à 1.000.- FL

... ex. du GUIDE PRATIQUE à 800.- FL

... ex. "Probleme Jugendl. in der Heimerziehung" à 450.- FL

... abonnements au bulletin de l'Ance à 300.- FL

## **Guide pratique des réalisations médico-sociales et psycho-pédagogiques au Luxembourg**

*En 1979, l'Association Nationale des Communautés Educatives ensemble avec l'Association des Assistantes Sociales a édité pour la première fois un "Guide pratique des réalisations médico-sociales et psycho-pédagogiques". Ce guide fut vendu à plus de 2.500 exemplaires et a encouragé les éditeurs, en collaboration cette fois avec le Centre d'Information et de Placement, de le rééditer. En effet le vieux guide s'apprêtait mal à une mise à jour et c'est ainsi qu'une conception entièrement différente s'imposait. Dans le nouveau guide chaque service, association ou institution, est présenté sur une fiche individuelle qui peut aisément être remplacée ou corrigée par l'utilisateur. De même il sera facile de mettre à jour le guide en réimprimant seulement les fiches dont les données ne correspondent plus à la réalité et en ajoutant les fiches des nouvelles créations. Les éditeurs ont envoyé des questionnaires à plus de 400 services, institutions ou associations. Après le travail de rédaction, 300 fiches environ ont été retenues et forment ainsi la base du nouveau guide. Bien sûr, dès à présent tout organisme qui offre des prestations, dans le domaine social et psycho-pédagogique et qui désire figurer dans le guide peut envoyer une fiche remplie aux éditeurs qui sera alors prise en considération lors de la prochaine mise à jour. Le guide comprend les rubriques suivantes (entre autres); Placements, éducation, 3ème âge, travail loisirs et sports, médecine préventive, famille, santé, services sociaux, santé mentale, justice...*

*Il s'adresse surtout aux professionnels du secteur médico-social et psycho-pédagogique, aux enseignants, aux médecins, aux fonctionnaires et employés de l'Etat et des Communes, aux avocats, etc.*

*Présentation: 600 pages  
Fiches Format DIN A 5  
Couverture Accohide de 1,7 mm rouge clair  
Mécanique à 2 arceaux avec presse-papier  
Intercalaires en plastique pour 10 chapîtres*

<i>Prix:</i>	<i>1ère édition</i>	<i>800.- Flux</i>
	<i>mise à jour</i>	<i>400.- Flux</i>
	<i>1ère édition + mise à jour</i>	<i>1.000.- Flux</i>

Association Nationale  
des Communautés  
Educatives  
(ANCE) a.s.b.l.

Boîte postale 255

L-4003 ESCH-sur-ALZETTE  
-----