



INFORMATIONEN FÜR FAMILIEN

Enkopresis (Einkoten)

Bei der Enkopresis handelt es sich um eine Störung mit *unwillkürlichem*, sehr selten auch willkürlichem Absetzen von Stuhl an hierfür *nicht vorgesehene Stellen* (z.B. in die Kleidung). Die *Diagnose* einer Enkopresis darf nur gestellt werden, wenn das Kind mindestens *vier Jahre* alt und *altersentsprechend entwickelt* ist und die Symptomatik *mindestens einmal monatlich* auftritt. Konnte das Kind seinen Stuhlgang noch nie länger als 6 Monate kontrollieren, sprechen wir von einer *primären Enkopresis*, beherrschte es die Mastdarmkontrolle zuvor schon ein halbes Jahr oder länger, von einer *sekundären Enkopresis*. Von der Enkopresis zu unterscheiden ist die *Inkontinenz* aufgrund körperlich-neurologischer Erkrankungen (z.B. Querschnittslähmung).

Das Einkoten ist sehr viel *seltener* als das Einnässen (siehe „Informationen für Familien: Enuresis“), ein Viertel oder mehr der Kinder mit einer Enkopresis leiden zusätzlich an einer Enuresis. Bei ungefähr 1-1.5 % der Kinder im Alter von 8-10 Jahren liegt eine Enkopresis vor, wobei Jungen 3-4 Mal häufiger betroffen sind. Am häufigsten wird tagsüber eingekotet. Die Enkopresis tritt nicht selten in Kombination mit anderen Störungen wie z.B. der ADHS, emotionalen Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens auf, wobei sich die Symptome gegenseitig verstärken können.

Die *Ursachen* der Enkopresis konnten trotz zahlreicher Erklärungsmodelle nie eindeutig ermittelt werden. Da die Kontrolle der Mastdarmfunktion ein außerordentlich komplexer und störanfälliger Vorgang ist, gibt es viele mögliche

Ursachen. Die lange Zeit geäußerte Vermutung, die Enkopresis sei alleinige Folge einer *chronischen Obstipation* (Verstopfung) oder ausschließlich durch *psychische Faktoren* (z.B. Protestreaktion) oder *äußere Einflüsse* (z.B. fehlerhafte Sauberkeitserziehung) bedingt, konnten nicht bestätigt werden. Wahrscheinlich müssen mehrere körperliche und psychische Faktoren aufeinander treffen, damit es zur Enkopresis kommt. In aufwendigen wissenschaftlichen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass viele der betroffenen Kinder den Füllungsdruck im Mastdarm nicht genügend wahrnehmen können.

Die Enkopresis stellt für das Kind *und* seine Eltern eine *außergewöhnliche Belastung* dar. Die Kinder setzen meistens tagsüber kleinere oder größere Mengen Stuhl in die Hose ab, was sie selbst oft nicht zu bemerken scheinen, und fallen durch ihren Geruch auf. Sie werden deswegen häufig von anderen Kindern gemieden oder verspottet, sind unbeliebt und geraten rasch in eine *Außenseiterposition*. Nicht selten kommen *Konflikte mit den Eltern* hinzu, insbesondere wenn die betroffenen Kinder aus Scham ihre verschmutzte Wäsche verstecken. Manche Kinder beschmierern auch die Kleidung oder Bettwäsche oder setzen ihren Kot auf dem Boden ab, was dann aber Anzeichen einer starken emotionalen Beeinträchtigung oder einer ausgeprägten Protestreaktion ist. Die meisten Kinder wirken unzufrieden, mürrisch, gereizt, manchmal sind sie auch niedergeschlagen und frusturationsintolerant. Häufig haben sie Schwierigkeiten im Umgang mit der eigenen Aggressivität. Dies untermauert ihre Außenseiterposition

bei den Gleichaltrigen. *Sekundäre psychische Störungen* sind besonders bei längeren Krankheitsverläufen die Regel.

Zum unwillkürlichen Absetzen von Kot kann es auch kommen, wenn z.B. der Stuhlgang aufgrund von *Schmerzen* (z.B. Analfissur) längere Zeit zurückgehalten und ein sog. „Überlaufekoten“ von flüssigem oder halbflüssigem Stuhl auftritt. Auch angeborene *Rückenmarkserkrankungen* (z.B. Spina bifida) oder *Darmerkrankungen* (z.B. Hirschsprung'sche Erkrankung) gehen oft mit einer *Inkontinenz* einher. Kinder mit einer *Aufmerksamkeitsstörung*, z.B. bei einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), beachten manchmal tagsüber, wenn sie abgelenkt sind, den Füllungsdruck im Rektum nicht und koten deshalb ein. *Entwicklungsverzögerte* oder *behinderte Kinder* sind bisweilen inkontinent, da die körperlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Mastdarmkontrolle nicht gegeben sind.

Bei *Verdacht* auf eine Enkopresis muss in jedem Fall eine ausführliche *körperlich-neurologische* und *entwicklungsdiagnostische Untersuchung* erfolgen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf zusätzlichen und sekundären psychischen Störungen und auf den bisherigen Auswirkungen der Enkopresis auf die soziale Entwicklung und Integration.

Zu Beginn jeder *Behandlung* der Enkopresis müssen das Kind *und* die Eltern ausführlich über die Störung *beraten* werden. Im Rahmen einer *Psychotherapie* muss ein individueller Zugang zum Kind gefunden, es von Schuld- und Schamgefühlen entlastet, sein negatives Selbst-

bild relativiert oder korrigiert und seine Motivation für die Behandlung gewonnen werden. Das Kind sollte im Laufe der Therapie lernen, zunehmend Verantwortung für sich selbst und seine Erkrankung zu übernehmen und zunehmend selbstständig zu handeln (Hygiene, Toilettentraining, Reinigung der verschmutzten Kleidung).

Besteht bereits eine ausgeprägte emotionale Belastung, kann neben der Psychotherapie eine medikamentöse Behandlung, z.B. mit Antidepressiva, sinnvoll und erforderlich sein. In vielen Fällen verbessern Stimulanzien die Wahrnehmung des Füllungsdruckes.

Ein *verhaltenstherapeutisches Programm* im Sinne eines *Toilettentrainings* wird mit dem Kind und seinen Eltern erarbeitet. Das Kind wird angehalten, regelmäßig nach den Hauptmahlzeiten zur Toilette zu gehen, wobei auf angenehme äußere Bedingungen zu achten ist (ausreichende Beheizung, entspanntes Sitzen z.B. mit Hilfe eines Fußschemels, Lektüre darf mitgenommen werden usw.). Die Mitarbeit des Kindes und der stattgefundene Stuhlgang werden mit kleinen Zuwendungen belohnt (z.B. gemeinsames Spiel mit den Eltern).

Besonders beim Vorliegen einer Obstipation (Verstopfung) sollte schonend abgeführt werden. Des Weiteren kommen Beckenbodengymnastik, apparative Bio-Feedback-Trainingsmethoden oder Elektrostimulation des Schließmuskels in Betracht. Besonders bei schon sehr lange bestehender Symptomatik und schweren Krankheitsverläufen ist eine zeitlich befristete Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Fachklinik manchmal angezeigt.