

Enuresis und Enkopresis



Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Lernziele Enuresis und Enkopresis

- Diagnostische Kriterien/Symptomatik
- Epidemiologie
- Ätiologie
- Verlauf
- Therapie

Enuresis und Enkopresis (ICD-10: Gruppe F9)

- F90 hyperkinetische Störungen
- F91 Störung des Sozialverhaltens
- F92 kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F93 emotionale Störungen des Kindesalters
- F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F95 Ticstörungen
- F98 sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F98.0 Enuresis**
- F98.1 Enkopresis**
- F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter
- F98.3 Pica im Kindesalter
- F98.4 stereotype Bewegungsstörung
- F98.5 Stottern (Stammeln)
- F98.6 Poltern
- F98.8 sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen
- F98.9 nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung

Enuresis (F98.0)

Unwillkürlicher Urinabgang, bei Tag oder bei Nacht, der im Verhältnis zum geistigen Entwicklungsstand der betroffenen Person abnorm und nicht Folge einer mangelnden Blasenkontrolle aufgrund einer organischen Ursache ist.

- **primäre Enuresis:** das Kind hat immer „eingenäßt“, war nie „trocken“; ca. 80 % der Kinder mit Enuresis
- **sekundäre Enuresis:** es kommt nach einer mindestens 6-monatigen Zeitspanne zum erneuten Einnässen; ca. 20 %

Enuresis

- Beginn der sekundären Enuresis meist mit 5 bis 8 Jahren; manchmal Zusammenhang mit belastenden Lebensereignisse (Einschulung, Geburt Geschwister, Trennungserlebnisse).
- Enuresis kann als nächtliches Einnässen im Schlaf („Enuresis nocturna“) oder auch tagsüber („Enuresis diurna“, sehr viel seltener) auftreten. Die zweite Form ist häufiger mit psychischen Störungen verbunden
- Die Enuresis kann isoliert auftreten oder von einer emotionalen oder Verhaltensstörung begleitet sein (parallel oder sekundär)
- Eine Enuresis wird in der Regel bei einem Kind von weniger als 5 Jahren oder mit einem geistigen Intelligenzalter von weniger als 4 Jahren nicht diagnostiziert
- Enuresis tritt manchmal in Verbindung mit Enkopresis (Einkoten) auf
- Organische Ursachen für das Einnässen müssen ausgeschlossen sein; z.B. bestimmte neurologische Erkrankungen, Mißbildungen der ableitenden Harnwege, Harnwegsinfekte

Epidemiologie

Die Prävalenz ist alters- und geschlechtsabhängig:

Alter	Jungen	Mädchen
5 Jahre	7 %	3 %
10 Jahre	3 %	2 %
18 Jahre	1 %	< 1 %

Es besteht eine „spontane“ Remissionsrate von bis zu 15 % pro Jahr.

Ätiologie

- Genetische Faktoren (insbesondere bei Jungen: 70% der Betroffenen haben einen Verwandten 1. Grades, der ebenfalls diese Störung hat(te); wenn ein Elternteil eine Enuresis hatte, beträgt das Risiko für das Kind 44%, waren beide Elternteile betroffen sogar 77%; Zwillingsstudien zeigen einen starken genetischen Einfluß).
- hormonelle Faktoren (Herabgesetzte nächtliche Ausschüttung des Hormons Vasopressin) und Schlafstörungen (abnorme Schlaftiefe) werden diskutiert
- Reifungsverzögerung (körperliche und kognitive Entwicklungsverzögerung)
- Stress, Traumata und psychosoziale Faktoren (ca. 50% der Kinder mit Enuresis haben zusätzlich verhaltens- oder emotionale Probleme); insbesondere bei Enuresis diurna und bei sekundärer Enuresis

Therapie

- Weckpläne, Verstärkerpläne (Belohnerplan), ev. abendliche Flüssigkeitsrestriktion
- apparative verhaltenstherapeutische Verfahren (Klingelhose, Kingelmatte; Erfolgsrate ca. 80 %)
- medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva (z.B. Imipramin; Erfolgsrate ca. 30% vollständig, 55% teilweise) und Vasopressin (Erfolgsrate ca. 50 % vollständig, 40% teilweise)
- seltener und in Abhängigkeit von begleitenden emotionalen oder Verhaltensstörungen auch andere Formen der Psychotherapie

Verstärkerplan

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
						
						
						

Enkopresis

Nichtorganische Enkopresis:

- Wiederholtes willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Faeces normaler oder fast normaler Konsistenz an Stellen, die im soziokulturellen Umfeld des Betroffenen nicht dafür vorgesehen sind.
- Die Störung kann eine abnorme Verlängerung der normalen infantilen Inkontinenz darstellen oder einen Kontinenzverlust nach bereits vorhandener Darmkontrolle, oder es kann sich um ein absichtliches Absetzen von Stuhl an dafür nicht vorgesehenen Stellen trotz normaler physiologischer Darmkontrolle handeln.
- Das Zustandsbild kann als monosymptomatische Störung auftreten oder als Teil einer umfassenderen Störung, besonders einer emotionalen Störung (F93.-) oder einer Störung des Sozialverhaltens (F91.-).

Enkopresis

- Ausgeschlossen werden muss erstmal eine **rein organisch** bedingte Darmerkrankung
- Das Kind muss über die **körperliche und psychische Reife** verfügen, seinen Darm willentlich kontrollieren zu können. (keine geistige/körperliche Behinderung etc.)
- Das Verhalten muss vom Betroffenen und/oder dessen Umfeld als **abnorm und als belastend** empfunden werden.
- Alter **mindestens 4 Jahre**
- mindestens **1-mal im Monat** für die Dauer von **3 Monaten**

Enkopresis

- *Primäres Einkoten:*
- betrifft Kinder über 4 Jahre, die **nie gelernt** haben, ihren Stuhlgang zu beherrschen.

- *Sekundäres Einkoten:*
- betrifft Kinder, die schon **mind. 6 Monate sauber** waren und danach wieder einkoten.

- *Subformen:*
- mit und ohne **Obstipation** (Verstopfung)
- mit und ohne **psychische Begleitstörungen**
- mit **Enuresis**
- Im Gegensatz zur **Enuresis** kommt das Einkoten hauptsächlich tagsüber vor und selten nachts.

Prävalenz

- **3% aller 4-jährigen** Kinder
- **1,5% aller 8-10-jährigen** Kinder
- Weniger als **1% aller 11-jährigen** Kinder
- **Ab 16 Jahren und bei Erwachsenen nur selten.**
- **Sekundäre Enkopresis** am häufigsten zwischen dem **7. und 10. Lebensjahr**
- **Jungen** sind bis zu **3x häufiger** betroffen als Mädchen.
- Nicht selten besteht gleichzeitig auch eine **Enuresis**.
- Meistens ist das Einkoten verbunden mit einer Obstipation bei gefülltem und oft stark vergrößertem Colon/Rektum (**Überlaufenkopresis**)

Ursachen

- Emotionale Konflikte
- Krisen in der Familie (*gestörtes Eltern-Kind-Verhältnis, Geschwisterrivalität*)
- Veränderungen im Lebensumfeld (*z.B.: Tod einer Bezugsperson, Umzug, Geburt eines Geschwisterchens, Krankenhausaufenthalt, Schulwechsel, Scheidung*)
- Überforderung und Leistungsdruck (*z.B.: Teilleistungsstörungen*)
- Misshandlung und Verwahrlosung
- Sexueller Missbrauch
- ADHS (*unzureichende Wahrnehmung des Füllungsdrucks im Rektum*)
- emotionale Störungen (*Phobien, Trennungsängste*)
- Zwangsstörungen (*Angst vor der Toilette*)
- Traumatische (Stuhlgangs-)Erlebnisse (*schmerzhafter Stuhlgang; zu strenge Sauberkeitserziehung; Einläufe; Obstipation*)

Ursachen

- Der positive/negative Verlauf der Sauberkeitserziehung (Toilettentraining) spielt eine große Rolle (*unsichere und inkonsequente Eltern haben oft Probleme*)
- Forciertes und strafendes Training kann das Kind dazu bringen, den Stuhl zurückzuhalten und eine Überlaufenkopresis zu entwickeln. (**Stuhlverhaltung**)
- Psychiatrische Störungen insbesondere der Eltern (*Zwangsstörungen, substanzbedingte Störungen, schizophrene Psychosen*)
- Ungünstige Wohnverhältnisse (*Erreichbarkeit der Toilette, kindgerechte Toilette, ausreichende Beleuchtung und Heizung*).
- Genetische Faktoren: Beim **Einkoten mit Verstopfung** liegt eine **geringe erbliche Neigung** vor

Therapie

- **Beseitigung auslösender oder aufrechterhaltender Faktoren** (wenn klar erkennbar; z.B. Vernachlässigung, Überforderung)
- **Bei Obstipation: Abführende Maßnahmen**
- **Toilettentraining**
- **Operante verhaltenstherapeutisch Verfahren**
- **Behandlung von komorbiden Störungen** (wenn vorhanden)