

# SCHNITTSTELLEN ZWISCHEN KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PÄDIATRIE AM BEISPIEL DES INTERDISZIPLINÄREN BASLER BEHANDLUNGSKONZEPTES BEI FUNKTIONELLEN DEFÄKATIONSSTÖRUNGEN

Margarete Bolten, Corinne Légeret



Margarete Bolten

<https://doi.org/10.35190/d2021.2.1>

Funktionelle Defäkationsstörungen sind in der kinderärztlichen Praxis ein häufiger Vorstellungsgrund. Unter diesem Sammelbegriff versteht man Beeinträchtigungen bei der Ausscheidung der Nahrung, welche nicht allein durch organische oder biochemische Ursachen erklärt werden können. Typische Beschwerden in diesem Spektrum sind chronische Obstipation, Defäkationsschmerzen, Perianalläsionen oder grosskalibrige Stühle. Weiterhin kann es zu Appetitlosigkeit, rezidivierenden Bauchschmerzen, Stuhlschmier, Einkoten oder zu Einnässen kommen. Sekundär treten bei Kindern mit funktionellen Defäkationsstörungen häufig Verhaltensauffälligkeiten mit oppositionellem oder reaktiv aggressivem Verhalten, aber auch ängstlich-depressivem Rückzugsverhalten auf.

**Kasten 1:** Funktionelle Defäkationsstörungen – diagnostische Kriterien (Rom-IV-Konferenz)

Eine **funktionelle Obstipation** liegt dann vor, wenn mindestens zwei der folgenden Symptome mindestens einmal pro Woche, seit mindestens einem Monat erfüllt sind:

1. zwei oder weniger Stuhlerleerungen pro Woche,
2. mindestens eine Episode mit Stuhlinkontinenz pro Woche nach dem Erreichen eines Entwicklungsalters von vier Jahren,
3. Rückhaltenmanöver bzw. Retention,
4. schmerzhafte Entleerungen oder harte Stuhlkonsistenz,
5. Stuhlmassen im Rektum, Sigma oder Abdomen,
6. gelegentliche Entleerung grosser Stuhlmassen,
7. Kriterien eines irritablen Kolons dürfen nicht erfüllt sein,

Von **funktioneller Retention** sprechen wir, wenn über einen Zeitraum von mindestens 12 Wochen zwei oder weniger Entleerungen von grosskalibrigem Stuhl pro Woche erfolgen und das Kind im Alter zwischen zwei und 16 Jahren durch Anspannen des Beckenbodens versucht, die Defäkation willkürlich hinauszuzögern.

Als **funktionelle Stuhlinkontinenz** wird bei einem Kind mit einem Entwicklungsalter von vier oder mehr Jahren das willkürliche oder unwillkürliche Absetzen von Faeces an Stellen, die im sozio-kulturellen Umfeld des Kindes dafür nicht vorgesehen sind, bezeichnet. Es dürfen keine erkennbaren entzündlichen, anatomischen, metabolischen oder neoplastischen Prozesse, welche die Symptome des Kindes erklären könnten, vorliegen. Die Beschwerden müssen mindestens zwei Monate lang vorgelegen haben.

Gemäss der internationalen Rome-IV-Klassifikation der pädiatrischen Gastroenterologie<sup>1,2)</sup> wird zwischen der funktionellen Obstipation (mit und ohne Einkoten) und der nicht-retentiven Stuhlinkontinenz unterschieden. Entsprechend wird die Obstipation als übergeordnete Diagnose definiert, die mit und ohne Stuhlinkontinenz einhergehen kann. Daneben gibt es Kinder, die Einkoten, aber keine Obstipation aufweisen.

Bei der funktionellen Obstipation ist zu beachten, dass sich diese nicht allein durch eine niedrige Stuhlfrequenz diagnostizieren lässt, da manche Kinder trotz täglichem Stuhlgang, Kot retendieren. Deshalb sind weitere Symptome wie Bauchschmerzen, Schmerzen bei der Defäkation, Durchfall, Einkoten bzw. Stuhlschmier oder ein reduzierter Appetit diagnostisch sehr relevant.

Funktionelle Defäkationsstörungen können die kindliche Entwicklung, die Eltern-Kind-Beziehung oder die sozialen Kontakte des Kindes erheblich beeinträchtigen, was wiederum negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Kinder hat<sup>3,4)</sup>. Deshalb ist es von zentraler Bedeutung, dass bei betroffenen Kindern möglichst frühzeitig therapeutische Massnahmen eingeleitet werden. Dabei sollte die Behandlung interdisziplinär erfolgen, sowohl organische als auch psychotherapeutische Anteile haben.

## Fallbeispiel 1: Felix (6 Jahre)

Felix wird uns vom Hausarzt zur weiteren Abklärung einer seit Jahren bestehenden Obstipation

Korrespondenz:  
margarete.bolten  
@upk.ch

mit Überlaufenkopresis zugewiesen. Alle bisherigen Abklärungen konnten keinerlei organische Ursachen für die Symptome finden. Eine Behandlung mit stuhlaufweichenden Medikamenten habe bisher keine Besserung erzielt. Die Eltern schicken ihren Sohn regelmäßig zum WC, doch dort kann er keinen Stuhl absetzen. Deshalb komme es konstant zu Stuhlschmierchen und Einkoten. Aus diesem Grund trage Felix auch Windeln. Felix leidet sehr unter dem Einkoten, was sich u.a. auch in einer starken körperlichen Anspannung und Rückzugstendenzen widerspiegelt. Insbesondere im Kindergarten fürchtet er «Unfälle», welche er um jeden Preis vermeiden möchte. Auch die Eltern sind sehr verzweifelt, da sich die Problematik trotz langjähriger Behandlungsversuche nicht bessert. Zwischen Vater und Sohn kommt es wegen des ständigen Einkotens wiederholt zu Konflikten, da dieser zunehmend annimmt, dass sein Sohn absichtlich einkoten würde.

### Fallbeispiel 2: Hanna (8 Jahre)

Hanna kotet seit Jahren ein. Sie wurde bereits im Kindergartenalter in einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik behandelt, nachdem es zum Kindergartenabschluss kam. In diesem Rahmen wurde mit der Patientin ein Toilettentraining durchgeführt, dieses konnte aber nach Austritt von der alleinerziehenden Kindsmutter (KM), welche an rezidivierenden Depressionen litt, nicht konsequent weitergeführt werden. Nach einem erneuten stationären Aufenthalt der KM in einer psychiatrischen Klinik, kam es zu einer weiteren Verschlechterung der Enkopresis mit bis zu 8-maligem Einkoten täglich. Die Patientin wurde daraufhin an die Spezialsprechstunde für Ausscheidungsstörungen der UPKKJ überwiesen. In der Anamnese berichtete die KM, dass Hanna zu Hause sehr stark kontrollierendes und oppositionelles Verhalten zeige. Die Konflikte mit ihr würden immer mehr zunehmen. Sie könne sich gegen ihre Tochter nicht mehr durchsetzen. Immer wieder hätte Hanna regelrechte Ausraster, in denen sie die KM körperlich attackiere. Auch das ständige Waschen, vor allem aber das Verstecken der verschmutzten Unterwäsche mit der entsprechenden Geruchsbelastung, würden sie an den Rand ihrer Kräfte bringen. Von Seiten der Schule würde sie auch zunehmend unter Druck gesetzt, da auch dort das Einkoten kaum noch tragbar sei.

### Pathophysiologie funktionelle Defäkationsstörungen

Die Datenlage zur Entstehung der funktionalen Defäkationsstörungen im Kindesalter ist bisher noch unbefriedigend. Aus psychosozialer Sicht ist der Stuhlgang mit Ruhe und Gefährlosigkeit assoziiert. Stress, Alltagsbelastungen, Ängste oder Bedrohungen können die Motilität des Darmes beeinflussen und damit den Stuhlgang verändern oder behindern<sup>5-7)</sup>. In der

Praxis äussert sich dies häufig in einer, zumindest vorübergehenden, Verstopfung. Gleichzeitig geht man auch von einer genetischen Disposition für Obstipation aus. Metabolische und endokrinologische Untersuchungen haben z.B. ergeben, dass Kinder mit einer funktionellen Ausscheidungsstörung eine verzögerte Magenentleerung und verminderte Motilität des Dünndarms aufweisen, die zu einer verminderten Motilität des Kolons führen können<sup>8)</sup>. Mithilfe von Sphinkter-Manometrien wurden ein erhöhter Druck und Koordinationsstörungen bei diesen Kindern festgestellt. Neuropsychologische Untersuchungen haben ferner gezeigt, dass auch das zentrale Nervensystem (ZNS) an der Genese beteiligt ist, seine Relevanz ist aber nicht geklärt. So finden sich bei Kindern mit funktionellen Defäkationsstörungen häufig familiäre Belastungssituationen mit Trennungen der Eltern, psychischen Erkrankungen von einem oder beiden Elternteilen, wenig Verfügbarkeit von Eltern, sehr chaotischen familiären Strukturen oder auch dysfunktionalen Beziehungsmustern zwischen Eltern und Kind. Einen wichtigen Anteil in der Entstehung funktioneller Defäkationsstörungen scheint demnach ein Mangel an Ruhe und Sicherheit, aber auch Halt gebenden Familienstrukturen und sicherer Bindung zu spielen. Diese und weitere Befunde weisen darauf hin, dass funktionelle Defäkationsstörungen weder eine isolierte Störung des Darms noch der Psyche sind, vielmehr handelt es sich um ein Ineinandergreifen körperlicher und psychosozialer Phänomene. Somit müssen die funktionellen Defäkationsstörungen als ein multifaktorielles Geschehen betrachtet werden, bei dem sowohl psychische und somatische Faktoren eine Rolle spielen.

Wie in *Abbildung 1* dargestellt, entwickeln sich funktionelle Defäkationsstörungen im Kindesalter häufig als Folge einer unzureichend behandelten akuten Obstipation mit Schmerzen bei der Ausscheidung des Stuhls. Solche Obstipationsepisoden entstehen oftmals in den ersten vier Lebensjahren. Man geht davon aus, dass der Zeitpunkt der Sauberkeitserziehung eine kritische Phase im Entstehungskontext funktioneller Defäkationsstörungen ist, da es in diesem Zusammenhang zu einem «Kampf» zwischen Kind und Eltern kommen kann, was im weiteren Verlauf eine Verstopfung fördern kann<sup>9)</sup>.

Rückhaltemanöver bzw. Retention des Stuhls führen zum Aufstauen von Stuhlmassen im Enddarm, welche wiederum weiter einhärten. Werden diese schliesslich doch ausgeschieden, kann es abermals zu Schmerzerfahrungen kommen. Damit wird ein Teufelskreis aus verhärtetem Stuhl, Zurückhalten des Kots und Schmerzen aufrechterhalten. Mit zunehmender Stuhlimpaktion in Rektum und Sigma kommt es zu einer Erweiterung des Enddarms (Rektum-Dilatation) mit verminderter Sensitivität für den Defäkationsdrang und propulsiver Aktivität, sodass ein weiteres Einhärten des Stuhls die Folge ist. Je häufiger und länger der Stuhl retendiert wird, desto schwerer wird die Stuhlentleerung. Ein chronisch dilatiertes Rektum mit herabgesetztem Rektaltonus und reduzierten rektalen Kontraktionen führt zu einer weiteren Verzögerung der Stuhlentleerung<sup>10)</sup>. Weiter haben Voskuil et al.<sup>11)</sup>

bei Kindern mit chronischer Obstipation eine erhöhte Dehnbarkeit des Rektums gefunden. Dies hat zu Folge, dass grössere Stuhlmengen nötig sind, um den Stuhl- drang auszulösen. Als Folge dieses Teufelskreises kann es im weiteren Verlauf auch zum Einkoten (vgl. Abbildung 1) kommen.

Das Einkoten bzw. die Stuhlinkontinenz geht häufig mit weiteren Verhaltensproblemen einher<sup>12,13</sup>. Lange Zeit wurde die These vertreten, dass diese Verhaltensauffälligkeiten ursächlich für die Stuhlinkontinenz bzw. das Einkoten seien. Heute geht man jedoch davon aus, dass das Einkoten nicht automatisch Folge der psychiatrischen Auffälligkeiten ist<sup>14</sup>. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass eine erfolgreiche Behandlung der Stuhlinkontinenz zu einer Abnahme der Verhaltensprobleme und einer Verbesserung der Lebensqualität bzw. der sozialen Kompetenzen bei den Kindern führte<sup>15,16</sup>. Diese Studien unterstreichen die These, dass das Einkoten als eine bedeutsame Variable zur Entstehung von Verhaltensproblemen beiträgt. Entsprechend sollte bei Stuhlinkontinenz und komorbiden Verhaltensstörungen in einem ersten Schritt die funktionelle Defäkationsstörung behandelt werden.

### Therapeutisches Vorgehen

Um eine somatische Ursache der Obstipation sicher auszuschliessen zu können, wird Praxispädiatern empfohlen, bei neurologisch unauffälligen Kindern als Basisdiagnostik die Schilddrüsenwerte zu bestimmen und ein Zöliakie-Screening abzunehmen. Diese Diagnostik sollte ebenfalls durchgeführt werden, falls Stuhlweichmacher länger als 2 Monate notwendig sind. Bei Verdacht auf das Vorliegen eines M. Hirschsprungs, sollte eine Überweisung an den Gastroenterologen oder Kinderchirurgen erfolgen.

In Basel werden Kinder mit funktionellen Defäkationsstörungen in einer interdisziplinären interprofes-

sionellen Sprechstunde (IntestTeam) abgeklärt und betreut. Der Vorteil solch einer Sprechstunde ist die Verfügbarkeit der verschiedenen Spezialisten (Gastroenterologie, Psychologie, Ernährungsberatung, Pflege, Chirurgie, Pathologie etc.). So kann je nach zugrundeliegender Störung/Problematik/Ursache die geeignete Diagnostik und Behandlung bei Bedarf gemeinsam eingeleitet werden.

Gemäss des Interdisziplinären Basler Behandlungskonzeptes durchlaufen alle Kinder vier Therapiphasen:

1. Motivationsphase
2. initiale Desimpaktion der Stuhlmassen im Darm
3. verhaltenstherapeutisches Toilettentraining zur Förderung regelmässiger Ausscheidung und Verhinderung erneuter Retention
4. verhaltenstherapeutische und medikamentöse Prophylaxe von Obstipationsrückfällen.

### Motivationsphase

In dieser Phase der Therapie stehen die Wissensvermittlung, die Motivationsklärung und die Planung therapeutischer Schritte im Vordergrund. Zu Beginn der Behandlung sollte immer eine ausführliche Psychoedukation des Kindes und seiner Eltern über den Verdauungstrakt und die Ausscheidungsfunktionen erfolgen. Dabei wird das Teufelskreismodell der funktionellen Obstipation in einer vereinfachten Kinder-version (Abbildung 2 A) verwendet. Ausgehend von diesem Modell wird mit der Familie das weitere therapeutische Vorgehen besprochen. An dieser Stelle ist es zentral, dass dem Kind und seinen Eltern der Einfluss von Verhaltensparametern (Ernährungs- und Trinkgewohnheiten, Bewegung, Tagesroutinen etc.) deutlich aufgezeigt werden. Auch Schuldzuweisungen seitens der Eltern müssen thematisiert und ggf. bearbeitet werden. Wenn dem Kind das Einkoten als ein willentlicher aggressiver Akt zugeschrieben wird, hat

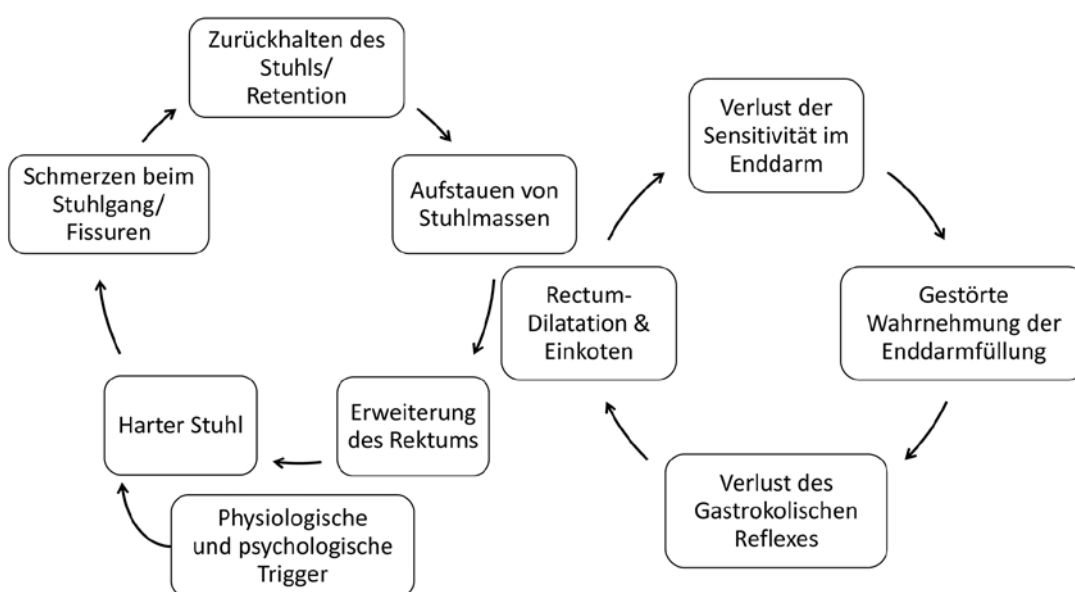


Abbildung 1. Teufelskreis der funktionellen Obstipation

dies oftmals einen sehr negativen Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung. Den Eltern sollte vermittelt werden, dass ihr Kind sie nicht provoziert und sich willentlich ihrem Wunsch widersetzt, sauber zu werden, sondern dass ein Zusammenspiel zwischen körperlichen und verhaltensassoziierten Faktoren das Problem erklären kann.

Elterliche Schuldzuweisungen an das Kind und wiederkehrende Misserfolgserfahrungen bei der Stuhlkontrolle, können beim Kind zu hohen psychischen Belastungen mit depressiv-niedergeschlagenem oder ängstlichem Verhalten führen und in eine geringe Kontrollüberzeugung münden. Deshalb müssen im Rahmen der Motivationsarbeit von Seiten der Therapeuten Hoffnung und Kontrollüberzeugung geweckt werden. Indem das Problem externalisiert wird (z.B. als «Kaki-Monster», vgl. Abbildung 2B), wird das Symptom vom Kind getrennt und kann einfacher von Kind und Eltern bekämpft werden. Diese therapeutische Technik geht auf den australischen Familientherapeuten Michael White<sup>17)</sup> zurück. Gemäss seinem Ansatz gelingt es Kindern besser, an einer Lösung für ein Problem zu arbeiten, wenn man sie nicht als «das ungezogene Kind» anspricht, welches sich bessern müsse, sondern, wenn man vom Problem als «Schlingel» spricht.

Im Rahmen der Motivationsarbeit sollte die Eigenmotivation des Kindes geprüft bzw. kritisch hinterfragt werden. Es ist aber auch entscheidend, dass den Eltern ihre Verantwortung im Kontext der Behandlung aufgezeigt wird.

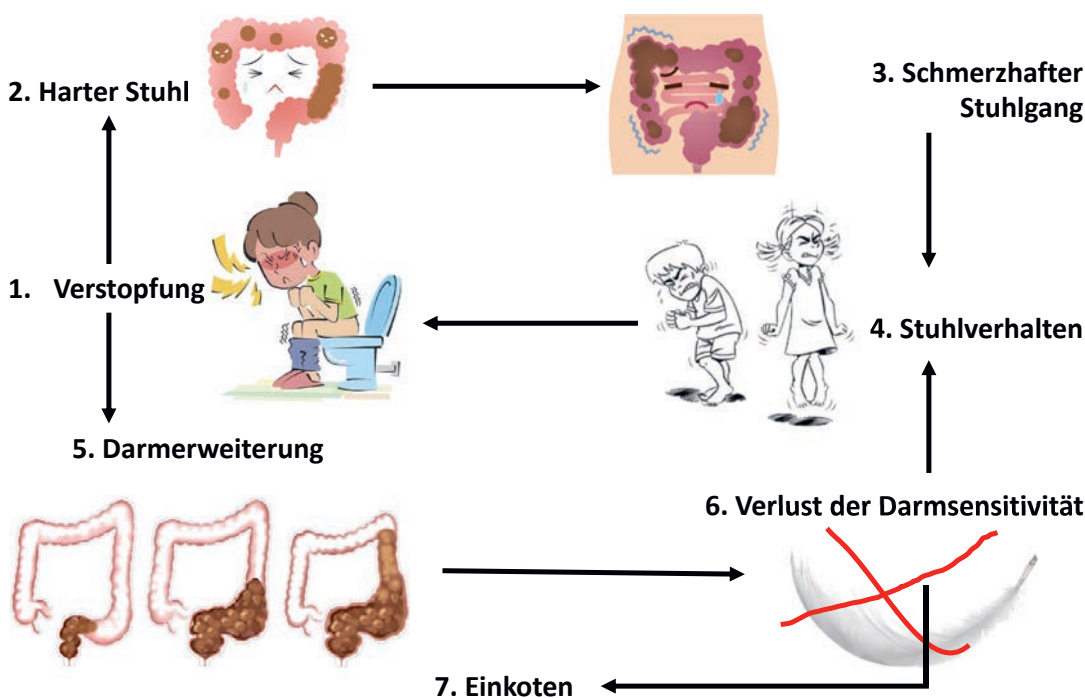
## Desimpaktion und Erhaltungstherapie

Im Anschluss an die Motivationsphase ist eine komplette Darmentleerung erforderlich. Die anschließende Erhaltungsphase mit oralen Stuhlweichmachern sollte für Monate fortgeführt werden, um einen Relapse mit Reakkumulation von Stuhl im Rektum zu vermeiden und die Wahrscheinlichkeit einer permanenten Normalisierung des Stuhlverhaltens zu maximieren.

Die initiale Abführung sollte prioritär per os erfolgen mit Polyethylenglykol (PEG, Macrogol) 1.5g/kg Körpergewicht für mind. vier Tage. Sobald der Stuhl etwas aufgeweicht ist, kann man ein Stimulans (z.B. Bisacodyl, Senna etc.) hinzufügen. Ziel ist eine komplette Darmentleerung, welche sich durch das Absetzen von sehr hellem, flüssigem Stuhl äussert<sup>15,16)</sup>. Mögliche Nebenwirkungen können Flatulenzen oder leichte Bauchschmerzen sein. Bei ausgeprägter fäkal-er Impaktion muss der Stuhl von rektal aufgeweicht werden. Hier kann mit osmotischen Präparaten (Microlax®: Natriumcitrat und Sorbitol) oder einem hohen Einlauf (10-15ml/kg KG) gearbeitet werden. In seltenen Fällen ist eine manuelle Ausräumung in Narkose notwendig.

Zur Erhaltungstherapie im Rahmen der interdisziplinären Behandlung sind langfristig orale Laxantien, kombiniert mit dem verhaltenstherapeutischen Toilettentraining indiziert. Im Kindesalter sollten osmotische Laxantien bevorzugt werden. Das Mittel der Wahl ist auch hier wieder PEG. PEG ist ein osmotisches Laxans und besteht aus einem langen, linearen

## Teufelskreis Verstopfung



**Abbildung 2A.** Beispiele für Materialien zur Informationsvermittlung und Motivationsaufbau  
A: Kindgerechtes Teufelskreismodell





**Abbildung 2B.** Kaki-Monster zur Externalisierung des Problems

Polymer, das nicht resorbiert und nicht metabolisiert wird und Wassermoleküle bindet. Es empfiehlt sich mit einer geringeren Dosis zu beginnen (z.B. 0,20 g/kg pro Tag in zwei Dosen) und je nach Wirkung zu steigern, bzw. bei flüssigem Stuhl zu reduzieren, eine Dosis von 0,2-0,8 g/kg Körpergewicht/die wird empfohlen<sup>25)</sup>. Studien zeigen, dass ca. 60% der Kinder die Therapie mit Stuhlweichmacher nach 8-12 Monaten regelmäßiger Einnahme stoppen können<sup>27)</sup>.

### Verhaltenstherapeutisches Toilettentraining

Metaanalysen zur Wirksamkeit verschiedener Therapiebausteine haben gezeigt, dass die Verhaltenstherapie, insbesondere das Toilettentraining die entscheidende Wirkkomponente bei der Behandlung funktioneller Defäkationsstörungen ist<sup>18-20)</sup>. Im Rahmen des Basler Behandlungskonzeptes verläuft das Toilettentraining in drei Phasen, wobei die dritte Phase nur bei Kindern mit Inkontinenz durchlaufen wird. In jeder Phase werden unterschiedliche Ziele verfolgt und mit verschiedenen Verstärkern belohnt (vgl. Tabelle 1). So steht beispielsweise in der ersten Phase vor allem die

Compliance des Kindes im Vordergrund. Deshalb wird es auch ausschliesslich für die regelmässigen Toilettengänge belohnt, unabhängig, ob diese «erfolgreich» waren oder nicht. Insbesondere sehr junge Kinder können in diesem ersten Schritt auch durch haptisch erlebbare Token (z.B. «Belohnungs-Perlen») belohnt werden.

In der zweiten Phase steht die regelmässige Ausscheidung ins WC im Zentrum und erst in der letzten Phase wird auf das «Nicht-mehr-Einkoten» fokussiert.

Die Grundstruktur des Toilettentrainings ist in allen drei Phasen die gleiche. Die Kinder werden aufgefordert bzw. sollten selbständig, dreimal pro Tag nach den Mahlzeiten zur Toilette gehen, dort 10 Minuten entspannt und mit Fußkontakt zum Boden sitzen, auch wenn es nicht zum Stuhlgang kommt. Dieses Verhalten wird seitens der Eltern bzw. der Pflege in einem Beobachtungsplan vermerkt und ausserdem positiv verstärkt. Der Toilettengang sollte immer möglichst posi-

Phase	Ziel	Zielverhalten	Verstärker
1	Aufbau einer Toilettentroutine	Selbstständig 3x tgl. für mind. 10 Minuten entspannt auf dem WC sitzen	Token System (vgl. Abb. 3B)
2	Regelmässige Ausscheidung der Faeces ins WC	Ausscheidung ins WC	Token System (vgl. Abb. 3B)
3	Verhindern von Einkoten bzw. Stuhlschmierern	Saubere Wäsche über den gesamten Tag	Sonne-Wolken-Kalender (vgl. Abb. 3C)

**Tabelle 1.** Überblick über die Phasen des Toilettentrainings

tiv gestaltet werden: Die Kinder dürfen deshalb Bücher oder Comics lesen, Geschichten hören, singen oder Bilder malen. Auf die Nutzung digitaler Bildschirmmedien sollte nach Möglichkeit verzichtet werden, da dies eher zu erhöhter Muskelspannung führt und damit der gewünschten Entspannung entgegenwirkt.

Wie im Abschnitt Pathophysiologie beschrieben, treten die funktionellen Defäkationsstörungen besonders häufig erstmals in der Phase der Sauberkeitserziehung (zwischen 3 und 6 Jahren) auf. Da Kinder im Allgemeinen in diesem Alter noch nicht über eine ausreichend Lesekompetenz verfügen, ist es besonders wichtig, alle Therapiematerialien in eine einfach verständliche Zeichensprache zu übersetzen (vgl. Abbildung 3A). Die visuelle Darstellung der Therapieregeln oder des Verlaufes unterstützen die Therapie und reduzieren das Auftreten von Konflikten zwischen Eltern

und Kind. Durch das Herunterbrechen des komplexen Therapieziels (regelmässiger Stuhlgang, kein Einkoten mehr) in viele kleine Teilziele wird das erfolgreiche Erreichen dieses Endziels erleichtert. Zeigt das Kind in den verschiedenen Therapiephasen das jeweilige Zielverhalten, wird es mittels eines Token-Systems und durch verbale Anerkennung belohnt (vgl. Abbildung 3). Die Erfolge wiederum steigern die kindliche Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung, was sich positiv auf die Therapiemotivation und die Compliance auswirkt.

Unerwünschtes Verhalten (z.B. Retentionsmanöver und Einkoten) sollte während des gesamten Therapieverlaufs konsequent mit negativen Konsequenzen verknüpft werden (vgl. Tabelle 2). Dieser Punkt ist im Behandlungsplan ausgesprochen relevant, da in den meisten Fällen das Kind bisher kaum negative

### Regeln Toilettentraining



Abbildung 3A. Beispiele für nonverbale Therapiematerialien und Token Systeme im Rahmen des Toilettentrainings

## Mein Klokönig Belohnungsplan

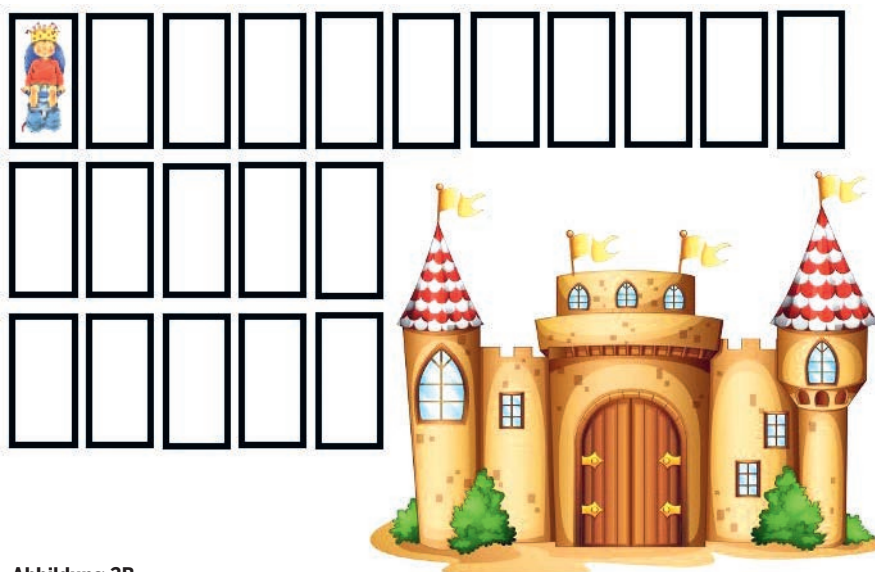




Abbildung 3B

## Sonne – Wolken – Kalender von...

Name \_\_\_\_\_

Male eine , wenn Du den ganzen Tag sauber warst!

Male eine , wenn Deine Unterhose schmutzig geworden ist!

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

Abbildung 3C

Folgen seines Verhaltens hatte. Den Eltern sollte von der Psychotherapeutin aufgezeigt werden, dass unerwünschtes Verhalten nur reduziert werden kann, wenn dieses für das Kind auch mit «Kosten» verbunden ist, die es langfristig zu vermeiden versucht.

An dieser Stelle ist es aber auch ganz zentral zu betonen, das Ausschimpfen und nicht mit dem unerwünschten Verhalten direkt im Zusammenhang ste-

hende Strafen (z.B. Fernsehverbot am Abend) ungeeignet sind, da a) das Kind keinen Zusammenhang zwischen seinem Fehlverhalten und der Strafe herstellen kann und b) auch negative Aufmerksamkeit (Ausschimpfen) eine Zuwendung mit Aufmerksamkeit zum Kind ist und damit das Verhalten verstärkt. Weiterhin wirken sich die immer wiederkehrenden negativen Interaktionsschleifen aus Einkoten und Ausschimpfen ausgesprochen ungünstig auf die El-

Unerwünschtes Verhalten	Negative Konsequenz
Einkoten	Kind wird je nach Alter/Entwicklungsstand in das Reinigungsritual einbezogen
Faeces an anderen Orten als dem WC abgesetzt	Kind wird je nach Alter/Entwicklungsstand in die Reinigung einbezogen
Retentionsmanöver	Kind wird unverzüglich unterbrochen und zum WC gebracht, dort muss es 5 Minuten sitzen bleiben
Weigerung auf das WC zu gehen bzw. dort sitzen zu bleiben	Kind erhält keinen Token, Kind kann nicht zum Spielen das Haus/die Wohnung verlassen
Verstecken von schmutzigen Unterhosen	Wechselwäsche wird von den Eltern unzugänglich gemacht und nur noch auf Nachfrage gegeben

**Tabelle 2.** Beispiele für negative Konsequenzen im Rahmen des Toilettentrainings

tern-Kind-Beziehung und die Selbstwirksamkeit des Kindes und seiner Eltern aus.

### Begleitende Interventionen

Im Rahmen des interdisziplinären Basler Behandlungskonzeptes bei funktionellen Defäkationsstörungen werden die Eltern und je nach Alter auch das Kind hinsichtlich der nutritiven Beeinflussung der Obstipation geschult. Den Eltern wird der Zusammenhang zwischen balaststoffarmer Ernährung, einem hohen Zuckerkonsum, geringen Trinkmengen und unzureichender Bewegung (z.B. aufgrund erhöhten Medienkonsums) und Obstipation aufgezeigt. Entsprechend werden auch Massnahmen zur Verbesserung der Ernährungs- und Bewegungssituation geplant, sowie ein Etablieren von Hauptmahlzeiten zu festen Zeiten, welche von der Familie gemeinsam eingenommen werden.

Liegen neben der funktionellen Defäkationsstörung komorbid psychische Auffälligkeiten beim Kind vor (z.B. Angststörungen, Aufmerksamkeitsstörungen), sollten diese ebenfalls psychotherapeutisch behandelt werden. Wie eine Studie von Mehler-Wex et al.<sup>21)</sup> zeigt, spielt die Behandlung komorbider Störungen eine entscheidende Rolle für den Behandlungserfolg. Die Patienten mit komorbiden psychischen Störungen nahmen keinen ungünstigeren Verlauf, vorausgesetzt, die Begleiterkrankungen wurden konsequent behandelt. Vor allem die Therapie des hyperkinetischen Syndroms ist ausschlaggebend für den Behandlungserfolg.

### Nachsorge und Rückfallprophylaxe

Nach Abschluss der Intensivbehandlung (ambulant oder stationär) sollten über einen Zeitraum von drei bis 6 Monaten regelmässige psychotherapeutische Nachkontrollen und Booster-Sitzungen mit der Familie erfolgen, um beim Kind die Motivation aufrechtzuerhalten und Rückfälle zu verhindern<sup>22-23)</sup>.

### Therapieindikation

Bei den meisten Kindern mit funktioneller Defäkationsstörung reicht eine ambulante Therapie aus. Jedoch kann insbesondere bei chronifizierten Verläufen, schweren komorbiden psychischen Störungen, mangelnder Unterstützung durch das soziale Umfeld und/oder gestörten Eltern-Kind-Interaktionen eine stationäre Behandlung notwendig sein.

Insbesondere wenn der Ausschluss aus dem Kindergarten oder der Schule droht, sollte unverzüglich eine stationäre Behandlung in Erwägung gezogen werden.

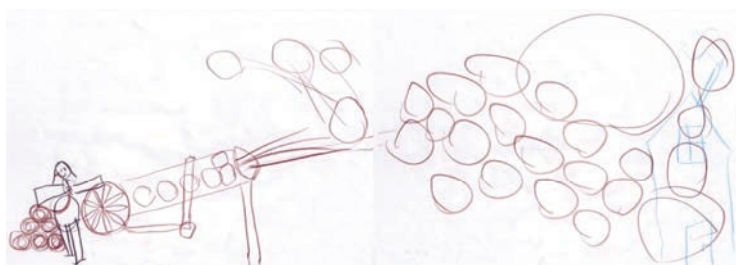
#### Verlauf Felix (6 Jahre)

Aufgrund der Chronizität und Schwere der Symptome, wurde Felix für eine stationäre Behandlung aufgenommen. Die Desimpaktion dauerte insgesamt 18 Tage. Während der Darmentleerung mit hohen Dosen Macrogol schied der Patient alte, harte Stuhlreste, aber auch viel flüssigen Stuhl aus. Dieser Prozess war für Felix und seine Mutter psychisch sehr belastend, da beide mit einem schnelleren Voranschreiten der Desimpaktion gerechnet hatten. Ausserdem führte der flüssige Stuhl zu einer permanenten Inkontinenz. Es waren tägliche psychotherapeutische Gespräche nötig, um die Ängste vor einem erneuten Misserfolg zu reduzieren. Parallel zur Darmentleerung wurde die erste Phase des Toilettentrainings durchgeführt. Felix, welcher bis zum Eintritt ins UKBB eine balaststoffarme Ernährung bevorzugte, konnte durch das Therapeutenteam zu einer Änderung seiner Ernährungsgewohnheiten motiviert werden. Besonders die ersten Erfolge (erstmalige Ausscheidung von Stuhl ins WC), motivierten den Patienten auf allen Behandlungsebenen (Toilettentraining, Ernährung, Bewegung) selbstständig mitzuwirken. Gegen Ende der Desimpaktionsphase spürte er erstmals Stuhldrang. Aufgrund des guten stationären Verlaufs haben wir den Patienten zur ambulanten Weiterführung des Toilettentrainings nach Hause entlassen. Felix sollte nun in einem Sonne-Wolken-Kalender die Tage vermerken, in denen er sauber blieb. Es fanden wöchentliche Online-Sitzungen zur Motivation und Aufrechterhaltung des therapeutischen Prozederes statt. Der Verlauf kann als äusserst erfolgreich bezeichnet werden, denn es gelang Felix zunehmend besser normal geformten Stuhl in die Toilette abzusetzen. Gegen Ende der Behandlung hatte er täglichen Stuhlgang und keine verschmutzten Unterhosen mehr.



**Verlauf Hanna (8 Jahre)**

Auch Hanna wurde nach einer ambulanten Abklärungsphase zur stationären Behandlung zusammen mit ihrer Mutter im UKBB aufgenommen. Die Desimpaktionsphase war bei Hanna kurz (1 Tag), da sich bei ihr kaum Stuhlmassen im Enddarm befanden. Von Beginn an zeigte Hanna ausgeprägtes oppositionelles Verhalten. Sie widersetzte sich anfänglich gegen jegliche Aufforderung das WC aufzusuchen. Aus diesem Grund wurde mit Hanna und ihrer Mutter intensiv psychotherapeutisch gearbeitet. Das Ziel war hier vor allem, für beide ein Verständnis der Funktion des Einkotens im Kontext der Mutter-Kind-Beziehung zu erlangen. Es zeigte sich, dass Hanna eine grosse Wut auf ihre Mutter hatte, welche sie aufgrund ihrer Depression immer wieder im Stich liess und wenig Halt gebend war. Im Rahmen des therapeutischen Prozesses entstand unter anderem eine Zeichnung (vgl. Abb. 4), in der die Patientin darstellte, wie sie das Wohnhaus der Familie mit Kot bombardierte. Im Rahmen einer stabilen therapeutischen Beziehung gelang es schliesslich, eine Eigenmotivation bei Hanna für das Toilettentraining zu erreichen. Dabei unterstützend wirkte auch die verbesserte Mutter-Kind-Kommunikation und der konsequente Einsatz von negativen Konsequenzen. Aufgrund des haltgebenden und klaren therapeutischen Rahmens, welches auch die Mutter stark involvierte, war es Hanna innerhalb von 14 Tagen möglich, täglich mindestens einmal Stuhl ins WC auszuscheiden. Das Einkoten verschwand innerhalb eines Monats vollständig. Auch bei Hanna gab es über einen Zeitraum von 6 Monaten regelmässige Nachsorgetermine, um die Therapieerfolge langfristig zu stabilisieren.



**Abbildung 4.** Therapeutische Zeichnung von Hanna

**Weiterführende Literatur**

Bolten und Légeret (erscheint Ende 2021). Funktionelle Magen-Darmstörungen im Kindes- und Jugendalter – Ein Praxismanual, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag

**Referenzen**

- 1) Benninga MA, et al, Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. Gastroenterology, 2016.
- 2) Hyams, J.S, et al, Functional Disorders: Children and Adolescents. Gastroenterology, 2016.
- 3) Kaugars, A.S, et al, Families' perspectives on the effect of constipation and fecal incontinence on quality of life. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2010. 51(6): p. 747-52.
- 4) Collis, D, A Kennedy-Behr, and L Kearney, The impact of bowel and bladder problems on children's quality of life and their parents: A scoping review. Child Care Health Dev, 2019. 45(1): p. 1-14.
- 5) Almy, T.P, F Kern, Jr., and F.K. Abbot, Constipation and diarrhea, as reactions to life stress. Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis, 1949. 29: p. 724-31.
- 6) Huerta-Franco, M.R, et al, Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract. World J Gastrointest Pathophysiol, 2013. 4(4): p. 108-18.
- 7) Yoo, H.Y, et al, Colon Transit Time Test in Korean Children with Chronic Functional Constipation. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr, 2016. 19(1): p. 38-43.
- 8) Peeters, B, M.A Benninga, and R.C. Hennekam, Childhood constipation; an overview of genetic studies and associated syndromes. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2011. 25(1): p. 73-88.
- 9) Whitley, J.A. and K. Kieran, Accuracy and comprehensiveness of publicly-available online data about bedwetting: An actionable opportunity to improve parent and caregiver self-education. J Pediatr Urol, 2020. 16(5): p. 661 e1-661 e8.
- 10) Mertz, H, B. Naliboff, and E. Mayer, Physiology of refractory chronic constipation. Am J Gastroenterol, 1999. 94(3): p. 609-15.
- 11) Voskuijl, W.P, et al, New insight into rectal function in pediatric defecation disorders: disturbed rectal compliance is an essential mechanism in pediatric constipation. J Pediatr, 2006. 148(1): p. 62-7.
- 12) Cengel-Kultur, S.E, D. Akdemir, and I.N. Saltik-Temizel, Comparison of familial and psychological factors in groups of encopresis patients with constipation and without constipation. Turk J Pediatr, 2014. 56(5): p. 524-31.
- 13) Akdemir, D, et al, Familial psychological factors are associated with encopresis. Pediatr Int, 2015. 57(1): p. 143-8.
- 14) Joinson, C, et al, Psychological differences between children with and without soiling problems. Pediatrics, 2006. 117(5): p. 1575-84.
- 15) Young, M.H, et al, Functional encopresis: symptom reduction and behavioral improvement. J Dev Behav Pediatr, 1995. 16(4): p. 226-32.

Auf Grund der Beschränkung der Anzahl Referenzen, sind nicht alle Aussagen referenziert. Ein vollständige Liste der Referenzen kann bei der Autorin eingeholt werden.

**Autorinnen**

Dr. rer. nat. Margarete Bolten, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Klinik für Kinder- und Jugendlichen (UPKKJ) & Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Dr. med. Corinne Légeret, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Die Autorinnen haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.