

Hansen, Berit und Lehmkuhl, Ulrike

Verhaltenstherapie bei Enkopresis am Beispiel einer Patientin mit chronischem „Toiletten-Verweigerungssyndrom“

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 6, S. 535-548

urn:nbn:de:bsz-psydok-47546

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Verhaltenstherapie bei Enkopresis am Beispiel einer Patientin mit chronischem „Toiletten-Verweigerungssyndrom“

Berit Hansen und Ulrike Lehmkuhl

Summary

Behavioural psychotherapy for encopresis shown on a girl with chronic “toilet-refusal-syndrome”

Encopresis is one of the areas of the psychiatric diseases in childhood and adolescence that has been less researched. There is not much literature on the treatment of encopresis. The article describes a standard behavioural therapy including a case report on a 7,9 year old girl with chronic “toilet-refusal-syndrome”.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 535-548

Keywords

behavioural psychotherapy – childhood – encopresis – “toilet-refusal-syndrome”

Zusammenfassung

Enkopresis gehört zu den wenig beforschten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Auch Literatur zur psychotherapeutischen Behandlung der Störung findet man kaum. Das verhaltenstherapeutische Standardbehandlungsvorgehen soll beschrieben und anhand eines ausführlichen Fallbeispiels eines 7,9-jährigen Mädchens mit „Toilettenverweigerungssyndrom“ erläutert werden.

Schlagwörter

Verhaltenstherapie – Kindesalter – Enkopresis- „Toilettenverweigerungssyndrom“

1 Vorbemerkung

Enkopresis beschreibt definitionsgemäß ein nach Ausschluss organischer Ursachen mindestens seit 3 Monaten nach DSM-IV (APA, 1994) und 6 Monaten nach ICD-10 (WHO, 1993) bestehendes mindestens einmal pro Monat auftretendes willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen nach Erreichen eines chronologischen und geistigen Alters von 4 Jahren.

In der ICD-10 (WHO, 1993) wird differenziert zwischen primärer und sekundärer Enkopresis (F98.10). Die primäre Enkopresis stellt eine Verlängerung der üblichen

infantilen Inkontinenz dar. Bei sekundärer Enkopresis geht die bereits über einen nicht klar definierten Zeitraum (6-12 Monate) erreichte Darmkontrolle wieder verloren oder es besteht weiterhin eine adäquate Darmkontrolle, der Stuhl wird aber an nicht dafür vorgesehenen Stellen abgesetzt (F98.11). Die dritte Subkategorie bezeichnet die Überlaufenkopresis mit Retention (F98.12). Im DSM-IV wird zwischen „Enkopresis mit Obstipation und Überlaufenkopresis“ (787.6) und „Enkopresis ohne Obstipation und Überlaufenkopresis“ (307.7) unterschieden.

Zusätzlich zu den Subkategorien, die in der ICD-10 (WHO, 1993) beschrieben sind, findet man in der Fachliteratur die Subtypen „Toiletten-Verweigerungssyndrom“ (Christophersen u. Edwards, 1992) und „Toilettenphobie“ (Bellmann, 1966). Kinder mit „Toiletten-Verweigerungssyndrom“ gehen problemlos zum Urinieren auf die Toilette, zum Stuhl absetzen verweigern sie die Toilette und bestehen auf die Windel. „Toilettenphobie“ meint die vollständige Verweigerung der Toilette, der eine spezifische Phobie vor der Toilette zugrunde liegt. Diese Unterscheidungen sind insbesondere für die Behandlungsplanung bedeutend, da ihnen unterschiedliche Störungsmodelle zugrunde liegen, die verschieden behandelt werden müssen.

Die Prävalenz von Enkopresis ist altersabhängig. Im Alter von 7 Jahren besteht eine Prävalenz von 1,5% (Bellmann, 1966). Im Jugendalter liegt die Prävalenz bei 1-2%, ab dem Alter von 14 Jahren kommt die Störung fast nicht mehr vor, außer bei Menschen mit geistiger Behinderung. Die Störung tritt häufiger bei Jungen auf (3-4:1) (v. Gontard, 2004). Es besteht eine hohe Komorbidität mit Enuresis und emotionalen Störungen. Ungünstige Prognosefaktoren sind eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (Alby u. Schmidt-Bucher, 2001), muskuläre Funktionseinschränkungen (Loening-Baucke, 1987), Enkopresis ohne Stuhlretention sowie eine mehrfach vorbehandelte chronifizierte Störung (Steinmüller u. Steinhausen, 1990). Ätiologisch wird ein multifaktorielles Störungsmodell (Warnke, Wewetzer, Mehler-Wex, 2003) angenommen. Es besteht ein Zusammenspiel zwischen somatischen Risikofaktoren wie Essstörungen und Obstipation im Kleinkindalter, Schmerzen beim Stuhlabsetzen, Entzündungen im Magen-Darm-Trakt und Nahrungsmittelunverträglichkeiten sowie Störungen der Defäkationssteuerung und psychosozialen Risiken wie einer zu strengen oder zu nachlässigen Sauberkeitserziehung und schweren psychosozialen und emotionalen Belastungen. Kinder und Jugendliche mit Enkopresis haben häufig begleitend zur Symptomatik eine erhebliche Selbstwertproblematik, die unter anderem Resultat der Reaktionen der Umwelt und des familiären Umgangs mit der Problematik ist. Es bestehen meistens Scham- und Schuldgefühle bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie bei deren Eltern. Bei letzteren herrscht das Gefühl vor, in der Erziehung versagt zu haben.

Die Patienten zeigen häufig eine gedrückte Stimmung, sind empfindlich gegenüber Misserfolgen und Kritik. Hinzu kommt bei vielen Patienten verweigerndes Verhalten bei unschwellig aggressiver Gestimmtheit. Nicht selten werden die betroffenen Kinder für ihr Einkoten inadäquat sanktioniert, was sie in ihrem negativen

Gefühl sich selbst gegenüber bestärkt. Sie fühlen sich unfähig, die Kontrolle über ihre Körperfunktionen zu haben.

2 Therapie bei Enkopresis

Nach den AWMF-Leitlinien (2007) wird ein 5-Stufenprogramm empfohlen: Die *1. Stufe* beinhaltet Psychoedukation mit dem Schwerpunkt auf allgemeiner Aufklärung über das Störungsbild und Fokussierung auf Schuld- und Schamreduktion und Motivationsbildung bei Kind und Eltern. Im Rahmen des Motivationsaufbaus soll dem Kind ein Gefühl von Bewältigbarkeit der Störung durch die Erlernbarkeit von Kontrolle über Körperfunktionen vermittelt werden. Auf der *2. Stufe* sollen die psychischen Begleitsymptome, die komorbiden Störungen und emotionalen Belastungen psychotherapeutisch und ggf. pharmakologisch behandelt werden und ein symptomorientiertes Vorgehen mit verhaltenstherapeutischem „Toiletten-Training“ sowie abführenden Maßnahmen durchgeführt werden. Die *3. Stufe* beinhaltet eine Intensivierung der Einzelpsychotherapie und Elternberatung bei nicht ausreichendem Erfolg nach 6-8 Wochen. Zusätzlich wird Beckenbodengymnastik empfohlen. Nach weiteren 4-6 erfolglosen Behandlungswochen sollen auf einer *4. Stufe* übende Verfahren wie Biofeedback oder Perzeptionstraining und Koordinationsübungen zum Erlernen der Relaxation des Sphincter ani externus eingeführt werden. Neuere kontrollierte Wirksamkeitsstudien konnten die Effektivität von Biofeedback nicht nachweisen (Brazelli u. Griffiths, 2006). In einer Studie schnitt die Zusatzbehandlung mit Biofeedback weniger erfolgreich als die verhaltenstherapeutische Standardbehandlung ab (Cox, Sutphen, Borowitz, Kovatchev, Ling, 1998). Die *5. Stufe* stellt nach 4-6 weiteren auf der Ebene der Symptomreduktion erfolglosen Behandlungswochen die teil- oder stationäre Aufnahme dar.

3 Die Bedeutung von Verhaltenstherapie bei Enkopresis

Studien zur evidenzbasierten Behandlung von Enkopresis sind rar. Es wurden keine kontrollierten Studien zur Effektivität von Verhaltenstherapie in der Behandlung von Enkopresis gefunden. Die Bedeutsamkeit des verhaltenstherapeutischen Toilettentrainings als ein zusätzliches Element in der Behandlung von Enkopresis ist unstrittig (Brazelli u. Griffiths, 2006; Borowitz, Cox, Sutphen, Kovatchev, 2002). In der Literatur zur Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen findet die Symptomatik wenig Berücksichtigung. Dort wird betont, dass Enkopresis zu den tiefgreifenden Störungen gehört, bei denen eine multimodale Therapie notwendig ist (Alby u. Schmidt-Bucher, 2001). Von Gontard (2006) beschreibt ein störungsspezifisches Basisvorgehen bei Enkopresis. Hinsichtlich zusätzlicher Therapiemaßnahmen wird zwischen der Behandlung der Enkopresis mit bzw. ohne Obstipation unterschieden.

4 Verhaltenstherapeutisches Vorgehen bei Enkopresis

4.1 Problemanalyse

Voraussetzung für eine verhaltenstherapeutische Behandlung ist der Ausschluss organischer Ursachen und eine genaue Diagnostik des Problemverhaltens, die beispielsweise mit dem Enkopresis-Fragebogen (v. Gontard, 2003) erleichtert werden kann. Das Problemverhalten wird auf Mikro- und Makroebene analysiert und es werden eine Funktions- sowie eine Verhaltensanalyse durchgeführt. Das Erheben einer Baseline ist kontraindiziert, es wird sofort mit dem Toilettentraining begonnen, da dies in jedem Fall sinnvoll ist.

4.2 Psychoedukation

Im Rahmen der Psychoedukation werden dem Kind und den Eltern allgemeine Informationen zum Störungsbild gegeben. Dadurch sollen die Eltern ihre Versagensgefühle bezüglich des Sauberkeitserziehungsverhaltens abbauen und Schuld- und Schamgefühle verlieren. Sie sollen auch verstehen, dass das Kind nicht absichtlich einkotet, um sie zu ärgern. Die Eltern gewinnen wieder Vertrauen in ihre Erziehungskompetenzen, wenn sie anhand der individuellen Problemanalyse ihr störungsunterhalten-des Verhalten erkennen und Ideen zu einem anderen Umgehen mit der Symptomatik entwickeln können. Störungsaufrechterhaltendes Verhalten sind häufig inadäquate Sanktionen oder im Gegenteil körperliche Zuwendung (Waschen, Cremes), die das Verhalten positiv verstärken. Den Kindern soll vor allem vermittelt werden, dass ihre Störung darin besteht, dass ihnen die willentliche Kontrolle über die Körperfunktion des Stuhlabsetzens fehlt, dass diese aber durch Toilettentraining, Reduktion der Retention und Wahrnehmungstraining wieder erlernt werden kann.

4.3 Therapie der Enkopresis mit Obstipation

Am Anfang der Therapie steht die initiale „Desimpaktion“ meistens mit einem oder mehreren Klistieren. Je nach Schwere der Obstipation und des Verlaufs können in größeren Abständen Klistierbehandlungen indiziert sein. In der Anschlussphase erfolgt die „Erhaltungstherapie“, die aus einer Kombinationsbehandlung mit Toilettentraining und Therapie mit oralen Abführmitteln besteht. Zur Verbesserung der Prognose soll die „Erhaltungstherapie“ zwischen 6 und 24 Monaten unter regelmäßigen ärztlichen Kontrollen fortgeführt werden.

4.4 Therapie der Enkopresis ohne Obstipation

Bei dieser Subform der Enkopresis sind „Desimpaktion“ und „Erhaltungstherapie“ kontraindiziert. Laxanzien-gabe kann sogar zu einer Symptomverstärkung führen

(Benninga et al., 1994). Ansonsten orientiert sich die verhaltenstherapeutische Behandlung an den oben beschriebenen Schritten incl. Toilettentraining.

4.5 Toilettentraining mit oder ohne Verstärker- bzw. Tokenprogramm

Das Toilettentraining wird nach den Mahlzeiten (Frühstück, Mittagessen, Abendessen) durchgeführt, damit die natürlichen Entleerungsreflexe des Darms zur Hilfe genommen werden können. Das Kind wird dazu angehalten, 5-10 Minuten entspannt auf der Toilette zu sitzen. Dabei sollten die Sitzungen in einer angemessenen positiven Umgebung und bequemen Sitzposition (Füße auf dem Boden/Hocker), absolviert werden. Das Kind darf dabei malen, Musik hören oder lesen. Nach dem Toilettentraining trägt das Kind in einem Plan ein, dass es die Sitzung absolviert hat, ob die Hose sauber war und ob Stuhl abgesetzt wurde. Verstärkt werden soll nicht das Stuhlabsetzen, da dies das Gegenteil des erwünschten Ergebnisses bewirken kann, wenn das Kind dadurch lernt zu pressen statt zu entspannen. Mittels Tokenprogram oder bei älteren Kindern mittels Verstärkerplan wird stattdessen in einem ersten Schritt die Kooperation und je nach Alter und intellektueller Voraussetzung in einem zweiten Schritt die Selbstständigkeit der Durchführung des Trainings (Selbstmanagement) verstärkt. Je nach Motivation und Alter des Kindes kann das Training mit oder ohne Verstärker- bzw. Tokenprogramm durchgeführt werden. In die hygienischen Aufgaben (Reinigung der Wäsche, Körperhygiene) soll das Kind altersentsprechend mit eingebunden werden. Wenn die Schamgefühle sehr groß sind, kann Externalisierung, eine Methode, die in der systemischen Therapie ihren Ursprung hat, die aber auch zunehmend in der verhaltenstherapeutischen Arbeit vor allem mit Kindern angewandt wird, zur Bearbeitung hilfreich sein (v. Schlippe, 1996, 170ff.).

4.6 Behandlung der Begleitstörungen

Aufgrund der Häufigkeit der psychischen Begleitstörungen sind über die symptomorientierten therapeutischen Maßnahmen hinaus häufig andere Interventionen indiziert, die am Symptombild der Begleitstörung orientiert sein sollten.

4.7 Arbeit mit den Bezugspersonen

Da die Therapiemaßnahmen bei ambulanter Behandlung durch die Bezugspersonen in den Alltag eingeplant werden müssen, ist es notwendig, nicht nur die Eltern, sondern gegebenenfalls auch die Erzieher der Kindertagesstätte in die Behandlung mit einzubeziehen, damit die tägliche Durchführung des Toilettentrainings auch während der Woche gewährleistet ist. Die Eltern lernen, symptomaufrechterhalten des Verhalten abzubauen und, bekommen einen konsequenten, das Selbstmanagement fördernden Umgang mit dem Problemverhalten vermittelt. Verhaltensweisen, die für das Kind selbstwertfördernd sind und die Therapiemotivation aufrechter-

halten, werden den Eltern nahegelegt. Ein ressourcenorientiertes Vorgehen hat sich bewährt. Bei psychischen Störungen der Eltern, die eine emotionale Belastung für das Kind darstellen, und bei schweren Eltern-Kind-Interaktionsstörungen wird den Eltern eine eigene Therapie empfohlen.

5 Fallbeispiel einer Patientin mit „Toilettenverweigerungssyndrom“

5.1 Beschreibung der Verhaltensprobleme der Patientin

Die Patientin (P.), bei Behandlungsbeginn 7,10 Jahre, hat in ihrem Leben erst zweimal Stuhl in eine Toilette abgesetzt, weil sie sich vor Toiletten ekle. Die Sauberkeitserziehung konnte nie abgeschlossen werden, da P. schon immer das Stuhlabsetzen auf einer Toilette verweigert hat. Alle Versuche der Kindesmutter (KM), P. zur Toilettenbenutzung zu bewegen, scheiterten. Sie weinte und schrie und war verzweifelt, wenn sie die Toilette zum Stuhlabsetzen aufsuchen sollte. P. beschrieb zusätzlich eine Stimme, die ihr verbot, Stuhl auf der Toilette abzusetzen. Laut Angaben der KM handelte es sich um die Stimme des Kindesvaters (KV). Vor Ekel machte sie sich auch nicht allein sauber. Am Vormittag gelang es ihr, den Stuhl zurückzuhalten. Gleich nach der Schule forderte sie stets von der KM eine Windel ein. Die KM wickelte sie und P. setzte dann Stuhl in die Windel ab. Anschließend entfernte die KM die Windel und machte P. sauber. Auch nachts trug P. eine Windel, morgens hatte sie manchmal eingekotet. P. war ein eher ängstliches, schüchternes Mädchen. Sozialkontakte waren vorrangig in der Schule vorhanden. Manchmal bekam P. auch Besuch. Sie ging ihrerseits zu keiner Freundin zu Besuch, da sie befürchtete, dort einzukoten. P. war häufig traurig und konnte sich schlecht allein beschäftigen. Sie weinte oft, wenn sie sich wünschte, dass die KE wieder zusammenkämen. Die Beziehung zur KM war sehr eng. Sie blieb nicht ohne die KM zu Hause oder bei Bekannten. Die KM durfte nicht einmal allein zum Einkaufen gehen. In der Abteilung für Gastroenterologie wurde eine Obstipation festgestellt, die ein Jahr lang mit oraler Laxanziengabe behandelt worden war. Der Stuhlgang war dadurch regelmäßig geworden, es war aber manchmal vorgekommen, dass P. schon auf dem Weg von der Schule nach Hause eingekotet hatte. Das empfohlene Toilettentraining konnte von der KM nicht durchgesetzt werden. Nur zweimal gelang es ihr, P. zum Stuhlabsetzen auf der Toilette zu bewegen.

5.2 Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

P. war Tochter zweier sozial schwacher, isoliert lebender, psychisch kranker Eltern ohne Berufsausbildung. Sie lebte als Einzelkind bei der KM, die seit etwa einem Jahr getrennt vom KV lebte. Der KV, der in der Kindheit selbst an einer Enkopresis gelitten hatte, war 1999 an einer Schizophrenie erkrankt. Er wurde als impulsiv und im Rahmen von Krankheitsschüben der KM gegenüber gewalttätig beschrieben, was schließ-

lich zur Trennung und zum Entzug des Sorgerechts geführt hatte. Es bestand bei ihm eine Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Die Schwangerschaft mit P. war für die KM sehr angstbesetzt, da sie selbst psychisch krank war. Sie hatte aufgrund zweier Fehlgeburten im 6. Schwangerschaftsmonat bis zur Schwangerschaft mit P. starke Beruhigungsmittel genommen und an Depressionen mit massiven Schlafstörungen gelitten. P. war seit früher Kindheit einer krisenhaften Beziehung der KE ausgesetzt. Schon im Jahr 2000 hatte die KM begonnen, sich innerlich vom KV zu trennen. Als dieser 2004 ihr gegenüber gewalttätig wurde, zog sie mit P. zunächst in Frauenhäuser und dann mit Hilfe des Jugendamtes in eine eigene Wohnung. Der KV bekam begleiteten Umgang zugesprochen, den er nicht wahrnahm, so dass es 2005 zu einer halbjährigen Kontaktpause kam. Die KM, deren Beziehung zum KV ambivalent war, hatte den Kontakt von sich aus wieder unbegleitet zugelassen. Sie besuchte den KV zusammen mit P. nahezu täglich, zwischenzeitlich setzte sie wieder Hoffnung in die Beziehung zum KV. P. lebte dadurch immer in Ungewissheit über die Situation zwischen den KE.

5.3 Verhaltensanalyse

5.3.1 Mikroebene

Wenn P. zur Toilette gehen sollte, verweigerte sie sich. Es bestand durch das Zurückhalten des Stuhls eine dauernde physische Anspannung am Vormittag, die dazu führte, dass sie kein Gespür mehr dafür hatte, ob sie Stuhl absetzen musste. P. machte die Erfahrung, keinen sicheren Einfluss auf ihre Darmfunktionen zu haben. Hinzu kam ein Gefühl von Angst und Ekel vor Verschmutzung bei einer ängstlich traurigen Grundstimmung. Auf der Ebene der kognitiven Reaktionen bestand der Gedanke, beim Absetzen von Stuhl in die Toilette selbst zu verschmutzen und dass eine „Sperre“ im Darm sei, wo nichts mehr „durchgehe“. Auf der Ebene der emotionalen Reaktionen stand Hilflosigkeit im Vordergrund. P. erfuhr bezüglich ihres Verhaltens wenig kurzfristige negative Konsequenzen. Sie konnte durch ihr Verhalten vermeiden, den Ekel zu überwinden und erfuhr das Wickeln und Saubermachen durch die KM als positiv erlebte Zuwendung. Auch Sozialkontakte konnten durch die Symptomatik vermieden werden. Mittel- und langfristig konnte P. keine Bewältigungserfahrungen machen. Sie konnte aber auch langfristig erreichen, dass die KM nach der Schule jeden Moment mit ihr zusammen verbrachte, um ihr im passenden Moment die Windel reichen zu können, so dass engere Freundschaften mit Gleichaltrigen vermieden werden konnten.

5.3.2 Makroebene

Die familiären Lernbedingungen lassen den Schluss zu, dass der Entwicklungsrahmen vor allem für die Autonomieentwicklung gestört war. Die konfliktbeladene Fa-

milienatmosphäre gab wenig Raum für adäquate emotionale Zuwendung. P. wurde sehr in die psychischen Belastungen/Krankheiten der KE mit einbezogen. Sie konnte sich mit der Krankheit des KV und deren medikamentöser Behandlung aus und wusste um die psychischen Belastungen der KM, auch um die nicht ausreichend verarbeiteten Verlusterfahrungen. P. wurde von den KE parentifiziert. Die Familie lebte isoliert, so dass es in diesem Rahmen kein gutes Modell für soziale Kontaktfähigkeit, Interaktion und für Kommunikation gab. Es bestand eine inadäquate intrafamiliäre Kommunikation. P. hatte kein positives Modell für sichere Bindungen.

5.3.3 Funktionsanalyse

Das Einfordern der Windel und des Saubermachens kann als Strategie verstanden werden, das Bedürfnis nach mehr emotionaler Zuwendung zu befriedigen. Die nicht altersangemessene Sorge, die P. für die psychisch kranken KE übernimmt, sowie die Verantwortlichkeit für das Glück der KM (als einziges, lang ersehntes Kind) kann über die eigentlich inadäquate Fürsorge und Zuwendung ausgeglichen werden. Während das Zurückhalten des Stuhls in der Schule P. ein wenig Autonomie erleben lässt, bestätigt das Versagen zu Hause tief verwurzelte Grundannahmen. Das Einkoten erlaubt P., Sozialkontakte und damit Angsterleben zu vermeiden, und macht einen engen Kontakt zwischen KM und P. notwendig. Die Belastung durch die Situation der KE findet durch körperliche „Anspannung“ Ausdruck. Die Symptomatik hat letztendlich dazu geführt, dass die Familie von außen Hilfe bekommt.

5.3.4 Plananalyse

Erkennbare Grundüberzeugungen neben der Überzeugung, dass der Darm nicht funktioniere, waren die Vorstellungen, dass ohne die KM nichts schön sei und dass P. die KM immer brauche und gleichzeitig immer für sie sorgen müsse. Daraus resultierte ein etwas ängstliches, der KM gegenüber fürsorgliches Verhalten. Als Hypothese kann formuliert werden, dass bei P. ein innerer Konflikt besteht, zwar erwachsen werden zu wollen, aber gleichzeitig Verantwortung abgeben zu wollen. Die KM kann P. aufgrund der unverarbeiteten Verluste nicht erwachsen werden lassen, sie hält sie bezüglich des Ausscheidungsverhaltens auf kleinkindlichem Entwicklungsniveau.

5.4 Zur Diagnose

Testdiagnostisch wurden folgende Verfahren verwandt: Der Hamburger Wechsler Intelligenztest für Kinder III (Tewes, Rossmann, Schallenger, 1999), der „Depressionsfragebogen für Kinder“ (Rossmann, 1993), der „Leyton-Zwangssyndrom-Fragebogen-Kinderversion“ (bearbeitete Fassung: Steinhausen, 1996), das „Sozialphobie- und angstinventar für Kinder“ (v. Melfsen, Florin, Warnke, 2001) und der „Angstfragebogen für Schüler“ (Wierczkowski et al., 1979).

Die testpsychologische Untersuchung ergab bei durchschnittlicher intellektueller Gesamtbefähigung keine Hinweise auf das Vorliegen einer Zwangserkrankung, eine leicht erhöhte soziale Angst bei sozial erwünschtem Antwortverhalten. Die projektive Diagnostik ergab eine hohe psychische Belastung durch die ungeklärte Elternsituation.

Diagnostisch handelt es sich um eine primäre Enkopresis (F98.1) mit Retention und Obstipation. Die Symptomatik lässt sich am besten mit der Subform des „Toiletten-Verweigerungssyndroms“ in chronifizierter Form fassen. Zusätzlich besteht eine „sonstige anhaltende affektive Störung“ (F38).

5.5 Therapieziele

In der „Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche“ (Winter, Wiegand, Welke, Lehmkuhl, 2005) gab P. als ihr wichtigstes Therapieziel an: „dass ich wieder froh werde“. Erst als zweites Therapieziel schrieb sie: „dass ich mein Problem loswerde“. Die KM erhoffte sich vor allem eine Auflösung der Toilettenverweigerung. Es wurden schließlich folgende Therapieziele für die stationäre Behandlung festgelegt:

1. Behandlung der Toilettenverweigerung/Reduktion des Einkotens
2. Stimmungsstabilisierung
3. Abbau sozialer Ängstlichkeit
4. Verbesserung des Selbstwerterlebens
5. Klärung der Elternsituation
6. Verbesserung des elterlichen Umgangs mit der Störung

5.6 Behandlungsplan

Daraus ergab sich folgender Behandlungsplan:

1. Psychoedukation
2. Spezifische Maßnahmen zur Behandlung der Toilettenverweigerung:
 - Aufgrund einer gastroenterologisch festgestellten bestehenden leichten Obstipation: Wiederaufnahme der Laxanzienbehandlung.
 - Vom Aufnahmetag an keine Windelgaben.
 - Toilettentraining mit Belohnerprogramm.
 - Förderung des Selbstmanagements durch eigenständiges Säubern.
3. Stimmungsstabilisierung:
 - Heilpädagogik/Aktivierung.
 - Bearbeitung des Loyalitätskonflikts bzgl. der KE.
 - Entlastende Gespräche über den Elternkonflikt.
4. Abbau sozialer Ängstlichkeit:
 - Integration in die Kindergruppe.
 - Heilpädagogik.
 - soziales Kompetenztraining/Gruppentherapie.
5. Klärung der Elternsituation:

- Paargespräche zum Stand der Beziehung der KE und der Handhabung des Umgangsrechts.
- Einbeziehung des Jugendamtes/Helferkonferenz.
- Vermittlung der KM in eine eigene Psychotherapie.
- 6. Verbesserung des elterlichen Umgangs mit der Störung:
 - Bestärkung der KM in einem konsequenteren Umgang mit dem Toiletten-training.
 - Vermittlung des Umgangs mit der Dokumentation und dem Tokenplan.
 - Reduktion der Einbeziehung der Tochter in die psychischen Belastungen der KM.
 - Vermittlung der Notwendigkeit der Förderung der Autonomieentwicklung der Tochter.

5.7 Zusammenfassende Darstellung des Therapieverlaufs

5.7.1 Zur Arbeit mit der Patientin

Die Arbeit am Symptom

P. wurde zunächst über die Störung aufgeklärt. Als besonders hilfreich im Rahmen der Aufklärung erwies sich die Übung „Mein Körper und Ich“ (Görlitz, 2004, 1999) in modifizierter Form. Nach dem Anfertigen des Körperbildes zeichnete P. die Organe und ihre Vorstellung von der Störung der Darmfunktion ein. Anschließend wurden auf die eine Seite neben das Bild unter der Überschrift „Problem“ die Kognitionen der Patientin über die Störung der Darmfunktion geschrieben. Nach Aufklärung durch die Therapeutin fügte sie den Satz hinzu: „Das Anhalten macht die Verstopfung“. Auf die andere Seite schrieb P. unter der Überschrift „Problemlösung: So kann ich die Kontrolle über den Darm lernen“ auf, was sie zum Lernen beitragen konnte („Nicht anhalten/meine Medikamente nehmen/mein Stuhltraining machen/öfter mal fühlen, ob ich muss.“) Die im Erstgespräch beschriebene Stimme war nicht mehr Thema, darauf hin angesprochen erklärte sie, dass die Stimme weg sei und sie nicht darüber reden wolle. In der Stunde wurde eine deutliche Reduktion des Schamgefühls erreicht. Die Symptomatik nannte sie von da an: „mein Stuhlproblem“. P. hängte sich stolz ihr Poster im Zimmer auf und bezog sich während der folgenden Sitzungen manchmal darauf. In der Ergotherapie töpferte sie mit Vorliebe Schnecken und Schlangen (siehe Abbildung 1).

Am ersten Behandlungstag zeigte sie sich bezüglich des Stuhltrainings leicht ängstlich, schon ab dem 2. Tag kooperierte sie gut. Aus eigenem Antrieb malte sie Herzen zum Zeichen, dass sie Stuhlgang hatte.

In den ersten 3 Behandlungswochen kotete P. 9 Mal ein. Sie musste unter Hilfestellung die Wäsche selbst auswaschen. Ab der 4. Behandlungswoche war sie im stationären Setting bezüglich des Einkotens symptomfrei. Sie hatte jedoch weiter-

hin manchmal eine etwas schmutzige Unterhose. Es konnte exploriert werden, dass dies Resultat ungenügender Körperhygiene war. Sie ekelte sich vorm Saubermachen nach dem Toilettengang.



Abb. 1: Tonarbeit einer 7,9-jährigen Patientin mit „Toilettenverweigerungssyndrom“

Das Tokenprogramm wurde modifiziert und an die Problematik des Unterlassens des Saubermachens angepasst. P. wurde im neuen Programm dafür verstärkt, wenn deutlich geworden war (gebrauchtes Papier in der Toilette), dass sie sich selbständig sauber gemacht hatte. Ab der 6. Behandlungswoche war sie auch bezüglich des Saubermachens im stationären Setting symptomfrei.

Die Übertragung aufs häusliche Umfeld war zunächst etwas schwierig. P. schrie und weinte im Familiengespräch, als die Besuchszeit ohne Windel und das Toilettentraining für zu Hause geplant wurde. Als es im Verlauf ums eigenständige Saubermachen ging, wurde die KM zu Hause noch einmal inkonsequent. In den letzten Beurlaubungen vor der Entlassung (in der 8. Behandlungswoche) klappte das Training auch zu Hause.

Die Arbeit an den psychischen Begleitsymptomen

Die ersten 2 Behandlungswochen waren von Trennungsangst und hoher emotionaler Bedürftigkeit geprägt. P. zeigte starkes Heimweh und machte sich Gedanken darüber, dass es der KM ohne sie zu Hause schlecht gehe.

P. war zur Einzeltherapie hoch motiviert und forderte Zusatztermine ein, die nicht gegeben wurden. In den Sitzungen war sie sehr offen und berichtete über die Konflikte der KE. Es wurde ein starker Loyalitätskonflikt deutlich. Nach Besuchszeiten zeigte sich eine Beeinflussung durch die KE, wobei diese beide in ihrer Beziehung zueinander eine ambivalente Haltung zeigten. Getrennte Besuchszeiten führten zu einer Entspannung der Situation. Eine Begleitung des Umgangs mit dem KV nahm P. dankbar an. Es kam zu einer Reduktion der Trennungsängste, nachdem die KM P. mitgeteilt hatte, dass es ihr allein zu Hause gut gehe. P. holte sich im Verlauf adäquate Aufmerksamkeit ein und lernte, sich selbst zu beschäftigen.

Neben der Bearbeitung des Loyalitätskonfliktes wurde mit P. viel ressourcenorientiert und Ich-stärkend gearbeitet. Anhand von Übungen wie z. B. „Was ich alles kann“ (Görlitz, 2004, 85) konnte eine Steigerung des Selbstwertgefühls erreicht werden. P. war zu Beginn der Behandlung überzeugt, sie könne weder selbständig mit Ton arbeiten noch malen. Die KM male ihr immer alles vor, sie male nur aus.

Die soziale Ängstlichkeit legte sich schnell. Soziale Fertigkeiten konnte P. in der Gruppentherapie und im Rahmen der heilpädagogischen Arbeit mit der Kindergruppe lernen. Da P. so gut von der Einzeltherapie profitiert hatte, wurde sie nach Entlassung in eine ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung vermittelt.

5.7.2 Zur Elternarbeit

Eine gemeinsame Elternarbeit konnte nicht durchgeführt werden, da die Spannungen unter den KE zu groß waren.

5.7.3 Die Arbeit mit dem KV

Der KV war nur zu einem Einzelgespräch zu bewegen, er zeigte weder Einsicht in die eigene Problematik noch in die seiner Tochter. Er hielt stationäre Behandlung für überflüssig und erklärte, er sei einzig daran interessiert, das Sorgerecht wiederzuerlangen. Die Begleitung des Umgangs während der Behandlung nahm er in Kauf, betonte aber, dass er nach der Behandlung nicht mehr zu begleitetem Umgang bereit sein würde.

5.7.4 Die Arbeit mit der KM

Der KM wurde ihr Einfluss auf die Symptomatik verdeutlicht. Sie konnte erkennen, dass ihre ambivalente Haltung der Beziehung mit dem KV gegenüber P. belastete und dass sie einen Ansprechpartner für die eigenen Sorgen brauchte. Die KM konnte schnell zu einer eigenen psychotherapeutischen Behandlung motiviert werden. Sie erlebte die Elterngespräche als hilfreich und entlastend. Sie konnte erkennen, wie schwer es ihr fiel, sich in ihrer Haltung dem KV gegenüber zu positionieren und griff die Idee, eine zusätzliche Hilfe im Alltag durch einen Familienhelfer zu bekommen, dankbar auf. Im Rahmen der symptomorientierten Therapie konnte ein konsequen-

ter Umgang mit der Einkotsymptomatik erlernt werden. Dennoch konnte auch in diesem Bereich die ambivalente Haltung der KM nicht gänzlich aufgelöst werden. Sie schaffte es während der Behandlung bis zum letzten Elterngespräch nicht, sich von den letzten Windelpaketen zu trennen, nahm es sich aber zur Entlassung vor.

5.7.5 Zur Arbeit mit dem Jugendamt

Im Rahmen einer Helferkonferenz wurde die Notwendigkeit eines geklärten Umgangs mit dem KV besprochen. Es wurde eine Familienhilfe installiert, um die KM darin zu unterstützen, sich an den angeordneten begleiteten Umgang zu halten. Der KV kündigte an, diesen nicht wahrzunehmen.

6 Diskussion

Der Verlauf der verhaltenstherapeutischen Einzelbehandlung als Element einer multimodalen stationären Behandlung kann bezogen auf die Enkopresis als gut betrachtet werden, wobei eine Katamnese noch nicht erhoben werden konnte, da die Behandlung erst vor kurzer Zeit beendet wurde. In der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Winter et al., 2005) schätzte die KM das von ihr angegebene Therapieziel als „erreicht“ ein. P. selbst empfand ihre Therapieziele als „mehr als erreicht“. Die Isolation und hohe psychische Belastung beider Eltern und deren ambivalente Beziehung zueinander sind ungünstige Prognosefaktoren. Der Langzeitverlauf wird davon abhängen, ob die ambulanten Therapien der KM und der Patientin erfolgreich sind und ob mit Hilfe der Familienhilfe eine endgültige Klärung des Umgangs mit dem KV erwirkt werden kann.

Literatur

- Alby, B., Schmidtbucher, J. (2001): Modellernen. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd II., S. 410. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. Washington DC: Psychiatric Press (dt.: Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., (1996), Göttingen: Hogrefe).
- Bellman, M. (1966). Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica*. 170 (Suppl.), 1-151.
- Bennigna et al. (1994). Is encopresis always the result of Constipation? *Arch Dis Child*, 71, 186-193.
- Borowitz, S., Cox, D., Sutphen, J., Kovatchev, B. (2002). Treatment of Childhood Encopresis - A Randomized Trial Comparing Three Treatment Protocols. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 34, 378-384.
- Brazelli, M., Griffiths, P. (2006). Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children (Review). *The Cochrane Library* 2006, Issue 4.

- Christophersen, E. R., Edwards, K. J.(1992). Treatment of elimination disorders: State of the art 1991. *Applied and Preventive Psychology* ,1, 15-22.
- Cox D., Sutphen, J., Borowitz, S., Kovatchev, B., Ling, W. (1998). Contribution of behaviour therapy and biofeedback to laxative therapy in the treatment of pediatric encopresis. *Ann Behav Med*, 20, 70-76.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Görlitz, G. (2004). Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Erlebnisorientierte Übungen und Materialien. Stuttgart: Klett Cotta.
- v. Gontard, A. (2003). Enkopresis-Fragebogen. In A. v. Gontard (2004), Enkopresis-Erscheinungsformen-Diagnostik-Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- v. Gontard, A.(2004). Enkopresis – Erscheinungsformen-Diagnostik-Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- v. Gontard, A. (2006). Enkopresis. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie*. Bd. IV. München: CIP Medien.
- Loening-Baucke, V. (1987). Factors responsible for persistence of childhood constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 6, 915-22.
- Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.(2001). Sozialphobie- und angstinventar für Kinder. Göttingen: Hogrefe.
- Rossmann, P. (1999). Depressionstest für Kinder. Bern: Hans Huber.
- v. Schlippe, A., Schweitzer, J. (1997). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steinhausen, H.-Ch. (1996). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (3. Auflage). München: Urban & Schwarzenberg.
- Steinmüller, A., Steinhausen H-Ch. (1990). Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39, 74-9.
- Tewes, U., Rossmann, P., Schallenberger, U. (1999). *Hamburger-Wechsler-Intelligenztest für Kinder* (3. Auflage). Bern.
- Warnke, A., Wewetzer, Chr., Mehler-Wex, C. (2003). Enkopresis. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Wierczekowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B., Rauer, W. (1979). *Angstfragebogen für Schüler*. (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Winter, S., Wiegand, A., Welke, M., Lehmkuhl, U. (2005). Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ. *Z. Kinder-Jugendpsychiatr.*, 33, 113-122.
- World Health Organisation (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders- diagnostic criteria for research. Geneva. (dt.: H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmitdt (Hrsg.) (2000), (4. Aufl.), Bern: Hans Huber.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Berit Hansen, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin; E-Mail: berit.hansen@charite.de