

1 Einleitung

Enkopresis wird allgemein als ein unwillkürliches oder willkürliches Einkoten ab einem Alter von vier Jahren definiert, nachdem organische Ursachen ausgeschlossen wurden. Es handelt sich um eine häufige Störung, von der 1 bis 3 % aller Schulkinder betroffen sind. Drei Prozent der Vorstellungen beim Kinderarzt und 25 % der Vorstellungen in Abteilungen für pädiatrische Gastroenterologie erfolgen wegen Enkopresis und Obstipation (Brooks et al. 2000). Obwohl die betroffenen Kinder zum Glück zu einem früheren Alter vorgestellt werden (Fishman et al. 2003), erfahren die meisten Kinder keine adäquate Behandlung: In einer niederländischen bevölkerungsbezogenen Studie wurden nur 29 % jemals einem Arzt vorgestellt (van der Wal et al. 2005), und selbst diese werden oft nicht intensiv genug behandelt, so dass die Einkotsymptome unnötig lang persistieren (Borowitz et al. 2005).

Diese tabuisierte Problematik ist für Eltern und Kinder mit einem hohen Leidensdruck verbunden. In einer Studie gaben 64,2 % der Eltern an, dass sie das Einkoten ihres Kindes als wichtiges Problem ansahen (Bernard-Bonnin et al. 1993), 32,1 % litten vor allem unter der Last der zusätzlichen Wäsche, während 28,5 % sich um das erniedrigte Selbstwertgefühl ihrer Kinder sorgten. Dennoch werden häufig Scham-, Schuld-, wie auch aggressive Gefühle bei den Eltern ausgelöst. Obwohl nur eine Minderzahl (7,1 %) glauben, dass ihr Kind mit Absicht einkotet, wurden in den 1960er-Jahren 15 % der Kinder vom Vater und 31 % von der Mutter geschlagen (Bellman 1966). Neuere Daten liegen leider nicht vor, wobei man davon ausgehen kann, dass strafende Reaktionen der Eltern auch heute keine Seltenheit darstellen dürften.

Trotz dieser Bedeutung für die Betroffenen wird die Problematik des Einkotens in der Öffentlichkeit, wie auch der Literatur vernachlässigt. Während das Einnässen in mehreren literarischen und autobiografischen Berichten (Orwell 1989; Sacks 2001; Bernhard 1990) dargestellt wurde, finden sich in nur wenigen Romanen Hinweise auf eine Einkotproblematik. Thomas Bernhard wurde 1943 in ein Heim für „schwer erziehbare Kinder“ in Thüringen aufgenommen und reagierte selber mit einem Einnässen nachts, wie auch tagsüber. In dem autobiografischen Roman „Ein Kind“ (1990) schildert er: Einem anderen Kind „passierte jede Nacht etwas viel schlimmeres als mir: er beschmutzte sein Bett mit Kot. Ich erinnere mich an dieses Schreckensbild haargenau: im Waschraum unten, wo nur noch die Keller waren, wurde ... ihm ... das kotbeschmutzte Leinentuch um den Kopf geschlagen, während

man mir, neben ihm, die wundgewetzten Oberschenkel an den Hoden mit einem weißen Pulver bearbeitete“ (S. 145). Es kommt in dieser Passage drastisch zum Ausdruck, dass das Einkoten von Kindern als noch schambesetzter erlebt wird, und die Reaktionen der Umwelt noch strenger und sadistischer ausfallen können als beim Einnässen.

Zum Glück wird die Problematik in der neueren Literatur einfühlsamer dargestellt. So schildert Marten van t'Hart in dem Roman „Der Schneeflockenbaum“ (2009) mit viel Empathie ein Kindergartenkind, das unter so häufigem Stuhldrang litt, dass ihm der Toilettengang verboten wurde: „Ich versuchte, das Unabwendbare aufzuhalten. Meistens gelang mir das nicht, so dass ich penetrant riechend auf dem Kinderstuhl hockte. Mit etwas Glück saß ich, wenn es passierte, im Sandkasten. An der frischen Luft konnten sich die anderen Kindergartenopfer aus dem Staub machen. In null Komma nichts hatte ich dann den Sandkasten für mich alleine“ (S. 43–44).

Doch auch in der Wissenschaft wird das Thema vernachlässigt. So erscheinen über die Enkopresis viel weniger wissenschaftliche Arbeiten pro Jahr als z. B. über die Enuresis oder andere Störungen des Kindesalters. Nur eine einzige deutschsprachige Monographie liegt zu diesem Thema vor, nämlich das grundlegende Werk von Karl Krisch (1985). Es enthält eine fundierte, vollständige Übersicht über die Literatur bis zum Jahr 1982. Auf diese Monographie wird immer wieder verwiesen und es werden Zusammenfassungen der früheren Arbeiten zitiert.

Dieses Buch wird sich deshalb vor allem mit der Literatur seit 1982 beschäftigen – bis auf wenige Ausnahmen. Es handelt sich dabei um so klassische, grundlegende Arbeiten wie die von Bellman (1966) und Largo et al. (1977, 1978, zuletzt 1996), die noch Jahrzehnte später detaillierte, grundlegende Daten liefern und aktuell geblieben sind.

Ein weiteres Anliegen dieses Buches ist es, Erkenntnisse aus verschiedenen Bereichen der Psychologie und der Medizin zusammenzuführen. Während die Enkopresis früher wissenschaftlich von der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforscht wurde, sind es vor allem Arbeiten aus der pädiatrischen Gastroenterologie, die in den letzten Jahren entscheidende neue Erkenntnisse geliefert haben. Da körperliche wie auch seelische Faktoren bei der Enkopresis miteinander interagieren und sich keineswegs ausschließen, sollen beide Aspekte immer berücksichtigt werden. Um dieses plastisch zu verdeutlichen, werden typische Fallbeispiele zur Illustration eingefügt, bei denen sowohl die körperliche wie auch psychische Symptomatik deutlich wird.

Inzwischen ist es offensichtlich, dass es nicht „die“ Enkopresis als homogene Störung gibt, sondern sich verschiedene Subformen mit eigener Klinik, Pathogenese und Therapie unterscheiden lassen. Aus diesem Grund handeln die ersten Kapitel von der Definition, Diagnostik und Therapie der Enkopresis allgemein. Es folgen dann Kapitel zu spezifischen Formen: Enkopresis mit und ohne Obstipation, mit und ohne psychiatrische Begleitstörungen, Enkopresis mit Einnässen sowie weitere Sonderformen. Im Anhang sind Fragebögen, Protokolle und Kalender, die in der Praxis verwendet werden können, abgebildet.

2 Definition und Klassifikation

Die allgemein gültigen Definitionen der Enkopresis finden sich in den beiden Klassifikationsschemata der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1993; Remschmidt und Schmidt 2001) und der DSM-IV der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA 1994). In beiden Schemata wird die Enkopresis als psychiatrische Störung (der ersten Achse) klassifiziert. Die Definitionen unterscheiden sich in nur einigen wenigen, jedoch entscheidenden Punkten und sollen deshalb getrennt aufgeführt werden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Klassifikation der Enkopresis nach DSM-IV und ICD-10*

	DSM-IV	ICD-10 Klinische Kriterien
Name	Enkopresis 307.7; 787.6	Enkopresis F 98.1
Definition	wiederholtes unwillkürliches (selten willkürliches) Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen	Willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen
Alter	Chronologisches oder Entwicklungsalter: 4 Jahre	Chronologisches Alter: 4 Jahre
Häufigkeit	1-mal pro Monat	1-mal pro Monat
Dauer	3 Monate	6 Monate
Ausschlusskriterien	nicht Folge von Substanzen (wie Laxanzien) oder einer medizinischen Grunderkrankung (Ausnahme: Obstipation)	Spina bifida, Megacolon congenitum und andere organische Erkrankungen Enkopresis Hauptdiagnose (bei Komorbidität mit anderen psychiatrischen Störungen): nur wenn dominantes Phänomen Enkopresis Diagnose, wenn Enuresis und Enkopresis zusammen auftreten Enkopresis Hauptdiagnose bei gleichzeitiger Obstipation
Subtypen	787.6 mit Obstipation und Überlaufinkontinenz 307.7 ohne Obstipation und Überlaufinkontinenz	F 98.12 Einkoten mit sehr flüssigen Faeces, Überlaufinkontinenz mit Retention

	DSM-IV	ICD-10 Klinische Kriterien
Primär	Beschrieben	Verlängerung der normalen infantilen Inkontinenz: F 98.10 Unfähigkeit, die physiologische Darmkontrolle zu erwerben
Sekundär	Beschrieben	nach einer Periode bereits erworbener Darmkontrolle: F 98.11 adäquate Darmkontrolle mit Absetzen von Faeces an dafür nicht vorgesehen Stellen

* DSM-IV (APA 1994) und klinischen Kriterien der ICD-10 (Dilling et al. 1994; Remschmidt et al. 2001), ergänzt durch die Forschungskriterien (WHO 1993).

2.1 Definition nach ICD-10

Die „nicht organische Enkopresis“ (ICD-10: F 98.1) wird definiert als „wiederholtes willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Faeces normaler oder fast normaler Konsistenz an Stellen, die im soziokulturellen Milieu des betroffenen Kindes dafür nicht vorgesehen sind“ (z. B. Kleidung, Fußboden). Das Kind muss ein chronologisches und geistiges Alter von mindestens vier Jahren haben und mindestens einmal pro Monat über eine Dauer von sechs Monaten eingekotet haben. Organische Gegebenheiten, die einen ausreichenden Grund für das Einkoten darstellen, müssen ausgeschlossen werden.

Die ICD-10 unterscheidet zwischen einer primären Form, einer „abnormen Verlängerung der normalen infantilen Inkontinenz“, d. h. die Kinder sind noch nie sauber gewesen. Diese Subform kann an der 5. Stelle näher gekennzeichnet werden (ICD-10: F 98.10). Ferner gibt es sekundäre Formen mit einem „Kontinenzverlust, nachdem eine Darmkontrolle bereits vorhanden war“ (ICD-10: F 98.11).

Als weitere Subformen ist ein „Einkoten mit sehr flüssigen Faeces, Überlauf-einkoten bei Retention“ (ICD-10: F 98.12) vorgesehen.

2.1.1 Kritikpunkte der Definition nach ICD-10

Trotz dieser klaren Kriterien ist die Klassifikation nach ICD-10 an mehreren Punkten undeutlich und problematisch.

1. Wird zwischen einer primären und sekundären Form nicht exakt, durch die Angabe eines definierten sauberen Intervalls, unterschieden. In den meisten Arbeiten wird ein Intervall von sechs Monaten angegeben, d. h. ein Kind, das maximal fünf Monate am Stück sauber gewesen ist, hätte eine primäre Enkopresis, ein Kind mit einem sauberen Intervall von sieben Monaten dagegen eine sekundäre Enkopresis.

2. Wird nicht eindeutig zwischen einer Enkopresis mit und ohne Obstipation, bzw. Retention unterschieden. So gibt die ICD-10 zwar an, dass ein Überlaufeinkoten bei Retention (F 98.12) eine Sonderform darstellen kann, andererseits wird eine Obstipation mit Stuhlblockade und nachfolgendem Überlaufeinkoten flüssigen oder halbflüssigen Stuhls (K 59.0) als Ausschluss angeführt.
3. Am gravierendsten sind die Einschränkungen der ICD-10 bei komorbiden Störungen. Bei psychiatrischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen ist eine Enkopresis „nur dann zu verschlüsseln, wenn sie das dominierende Phänomen darstellt und nicht, wenn sie weniger als einmal im Monat auftritt“. Auch bei der Komorbidität von Enkopresis und Enuresis „soll die Kodierung der Enkopresis Vorrang haben“. Ferner, wenn Enkopresis und Obstipation nebeneinander bestehen, ist nur die Enkopresis zu kodieren.

Diese Vorgaben schränken die Aussagekraft von komorbiden Diagnosen willkürlich und wenig sinnvoll ein. Typisch für die Enkopresis ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer Störungen, die nicht unbedingt kausal miteinander verknüpft sein müssen. Es wäre daher viel sinnvoller, jede komorbide Störung – ob somatisch oder psychiatrisch – getrennt aufzuführen.

2.2 Definition nach DSM-IV

Die funktionelle Enkopresis wird nach DSM-IV als ein „wiederholtes unwillkürliches (selten willkürliches) Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen“ definiert. Bis auf eine Dauer von drei Monaten ist die Definition der ICD-10 ähnlich. Primäre und sekundäre Formen werden beschrieben, aber nicht genau definiert. Ein Laxanzien-Abusus wie auch eine medizinische Grunderkrankung (bis auf die Ausnahme der Obstipation) müssen ausgeschlossen werden.

Im Gegensatz zur ICD-10 unterscheidet die DSM-IV eindeutig zwischen zwei Subformen: der Enkopresis mit Obstipation und Überlaufinkontinenz (787.6) und der Enkopresis ohne Obstipation und Überlaufinkontinenz (307.7). Diese beiden wichtigen, entscheidenden Subformen werden in der DSM-IV klarer voneinander getrennt als in der ICD-10. Wie die neueren Forschungsergebnisse gezeigt haben, ist die Unterscheidung, ob eine Obstipation und Retention vorliegt oder nicht, von entscheidender Bedeutung – wichtiger als die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Formen.

2.3 Klassifikation nach ROME-III

Die ROME-III-Klassifikation der pädiatrischen Gastroenterologie (Rasquin et al. 2006) vollzieht wohl die radikalste Änderung mit dem stärksten Fokus auf die funktionelle Obstipation als übergeordnete Störung (siehe Anhang 8). Sie wurde aus den bisherigen ROME-II-Kriterien (Rasquin-Weber et al. 1999; Übersetzung bei von Gontard 2004) empirisch begründet weiterentwickelt, die zu restriktiv und z. T. in der Praxis wenig praktikabel waren (Voskuilj et al. 2004a; Loening-Baucke 2004). Ferner wurde differenziert zwischen Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum Alter von vier Jahren (Hyman et al. 2006) und bei Kindern und Jugendlichen zwischen vier und 18 Jahren (Rasquin et al. 2006)

Bei den letzteren wird zwischen der funktionellen Obstipation (mit oder ohne Einkoten) und der nicht-retentiven Stuhlinkontinenz unterschieden (siehe Tabelle 2). In anderen Worten: Die Obstipation (und nicht die Enkopresis) ist bei der ersten Form die Grundstörung, die bei manchen (aber nicht allen Kindern) mit Einkoten einhergehen kann. Daneben wird klar betont, dass es eine Gruppe von Kindern gibt, die zwar einkoten, aber keinerlei Zeichen einer Verstopfung aufweisen. Die klare Definition dieser zweiten Störung ist wichtig, da manche Gastroenterologen bisher der Meinung waren, dass immer eine Obstipation vorliegen muss, wenn ein Kind einkotet.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien nach ROME-III (Rasquin et al. 2006)

H3a. Funktionelle Obstipation
Mindestens ein Mal pro Woche für mindestens zwei Monate vor Diagnose
Ausschluss eines irritablen Darmsyndroms
Entwicklungsalter von vier Jahren
Zwei oder mehr der folgenden Kriterien:
1. Absetzen von Stuhl in die Toilette 2-mal pro Woche (oder seltener)
2. Einkoten mindestens 1-mal pro Woche
3. Retentionshaltung oder exzessives willkürliches Zurückhalten von Stuhl
4. Schmerzhaftes Defäkation oder harter Stuhl
5. Große Stuhlmassen im Rektum
6. Großkalibrige Stühle, die die Toilette verstopfen können
H3b. Nicht-retentive Stuhlinkontinenz
Mindestens zwei Monate vor Diagnose
Entwicklungsalter von vier Jahren
Alle der folgenden Kriterien:
1. Absetzen von Stuhl in unangebrachten sozialen Kontexten mindestens 1-mal pro Monat
2. Ausschluss von entzündlichen, anatomischen, metabolischen und raumfordern- den Erkrankungen
3. Keine Stuhlretention

Von der ICD-10 und DSM-IV wird nur die Altersdefinition des Entwicklungsalters von vier Jahren beibehalten, ansonsten sind die Kriterien der ROME-III komplett revidiert. Der Begriff Enkopresis wurde fallen gelassen – zu Gunsten des neutraleren Begriffs der Stuhlinkontinenz. Die Diagnosekriterien werden begründet und mit exakten Häufigkeitsangaben versehen (Rasquin et al. 2006):

Zur Funktionellen Obstipation:

1. Die Symptome müssen mindestens zwei Monate bestanden haben. Diese kurze Störungsdauer wird damit begründet, dass die Obstipation um so schwerer zu behandeln ist, je länger sie andauert. Gerade bei jungen Kindern wäre eine frühe Behandlung prognostisch sehr viel günstiger, sodass die Zweimonatsdauer gewählt wurde.
2. Ein seltener Stuhlgang auf der Toilette ist sehr typisch für die Obstipation, wie viele Arbeiten zeigen konnten (z. B. Benninga et al. 1994 und 2004). Zwei oder weniger Stuhlgänge bedeutet, dass das Kind z. B. jeden dritten oder vierten Tag Stuhl auf der Toilette absetzt. Dennoch reicht dieses Kriterium natürlich zur Diagnose nicht aus. Es gibt Kinder, die jeden Tag Stuhl auf der Toilette absetzen, aber trotzdem Stuhl zurückhalten – mit entsprechender Ausweitung von End- und Dickdarm.
3. Die meisten, aber nicht alle Kinder mit Obstipation koten ein. Die Häufigkeitsangaben liegen zwischen 70 % und 90 % nach verschiedenen Studien (siehe Kapitel 7.6). Wenn sie einkoten, geschieht dies häufig, nach der Studie von Benninga et al. (1994) sogar täglich. Von daher wurde die Häufigkeit von einer Episode pro Woche als sinnvoll angesehen (im Gegensatz zu den ICD-10- und DSM-IV-Kriterien).
4. Besondere Wert wurde auf das Retentionsverhalten gelegt. Viele Kinder zeigen typische Haltemanöver. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass viele Eltern das Retentionsverhalten nicht wahrnehmen oder falsch interpretieren (Rasquin et al. 2006).
5. Schmerzhaftes Defäkation und harter Stuhlgang sind typische Zeichen der Obstipation. Durch die lange Verweildauer des Stuhls im Darm wird Wasser entzogen, er wird dadurch härter, was wiederum zu Schmerzen bei der Defäkation führt. Aus Angst vor diesen Schmerzen halten Kinder den Stuhl oft zurück, was die Ansammlung von Stuhl im Darm weiter verstärkt.
6. Im Rektum finden sich typischerweise große Stuhlmassen. Die Stuhlballen (Skybala) können durch die Bauchdecke hindurch (oder rektal) getastet werden. Im Ultraschall ist ein erweiterter Enddarm (Durchmesser mehr als 25 mm) sichtbar sowie retrovesikale Impressionen.
7. Die Stühle haben typischerweise einen großen Durchmesser. Da die Einschätzung subjektiv ist, wurde hinzugefügt, dass sie sogar die Toilette verstopfen können (Rasquin et al. 2006).

Die nicht-retentive Stuhlinkontinenz lässt sich durch Ausschluss leichter definieren:

1. Wieder müssen die Symptome zwei Monate bestanden haben. Auch das Entwicklungsalter von vier Jahren wurde beibehalten.

2. Absetzen von Stuhl in unangebrachten sozialen Kontexten muss mindestens einmal pro Monat erfolgen. Hier wurden die ICD-10- und DM-IV-Definitionen beibehalten, obwohl Kinder mit nicht-retentiver Enkopresis in einer Studie sehr viel häufiger, drei bis viermal pro Woche, einkoteten (Benninga et al. 1994).
3. Organische Ursachen müssen selbstverständlich ausgeschlossen werden.
4. Eine Stuhlretention, d. h. die Kriterien der funktionellen Obstipation, liegen nicht vor.

Die ROME-III-Kriterien bedeuten einen wegweisenden Schritt zur empirisch begründeten Operationalisierung von Ausscheidungsstörungen, wie auch von anderen funktionellen gastrointestinalen Störungen (siehe Anhang 8). Leider werden Sonderformen wie das Toilettenverweigerungssyndrom (Stuhl nur in die Windel, Urin in die Toilette), Toilettenphobie (Toilette wird für Stuhl und Urin vermieden) und die Slow-Transit-Constipation nicht erwähnt. Es ist zu hoffen, dass diese in den zukünftigen ROME-IV-Kriterien aufgenommen werden.

2.4 Klassifikation der Subformen

Nach den Definitionen nach ICD-10, DSM-IV und ROME-III ist es grundlegend notwendig, die Enkopresis mit sowie ohne Obstipation voneinander zu unterscheiden: Diese Differenzierung ist mit Abstand die wichtigste und therapieleitendste. Es muss in jedem Fall festgestellt werden, ob eine Obstipation vorliegt oder nicht.

In Analogie zur Enuresis könnte man ferner zwischen primärer Enkopresis (noch nie sauber) und sekundäre Enkopresis (Rückfall nach sauberer Periode) unterscheiden, wie in Tabelle 3 dargestellt. Dies wäre gerechtfertigt, wenn die beiden primären und sekundären Subformen sich klinisch sinnvoll voneinander unterscheiden ließen, z. B. bezüglich der psychischen Komorbidität. Bei der Enuresis nocturna z. B. ist bekannt, dass die sekundären Formen eine sehr viel höhere psychiatrische Komorbidität aufweisen als die primären. Auch wird bei der sekundären Enuresis ein Rückfall häufig durch belastende Lebensereignisse (wie Geburt eines Geschwisters, Trennung der Eltern) ausgelöst.

Tabelle 3: Klassifikation nach Obstipation und sauberem Intervall: Diese Einteilung hat sich praktisch nicht bewährt, da sich die primäre und sekundäre Enkopresis nicht nach klinischer Symptomatik und psychischen Belastungen unterscheiden lässt (wie die Enuresis).

	Obstipation	Keine Obstipation
Maximales sauberes Intervall < 6 Monate	Primäre Enkopresis mit Obstipation	Primäre Enkopresis ohne Obstipation
Rückfall nach sauberem Intervall > 6 Monate	Sekundäre Enkopresis mit Obstipation	Sekundäre Enkopresis ohne Obstipation

Die primäre und sekundäre Enkopresis lässt sich jedoch nicht so eindeutig (wie die Enuresis) nach begleitenden psychischen Belastungen unterscheiden (siehe Kapitel 9.5). Deshalb ist Differenzierung in eine primäre und sekundäre Enkopresis (nach Dauer des trockenen Intervalls) für die Praxis nicht relevant und deshalb auch nicht gebräuchlich.

Eine zweite Möglichkeit wäre gegeben, wenn man direkt nach dem Vorhandensein oder Fehlen einer psychiatrischen Begleitstörung unterscheidet (siehe Tabelle 4). Mit anderen Worten, es wird nach einer ausführlichen Diagnostik nach klinischen Kriterien entschieden, ob eine weitere kinderpsychiatrische Störung nach ICD-10 (oder DSM-IV) vorliegt oder nicht. Letztere Unterscheidung wird in diesem Buch bevorzugt, da sich daraus praktisch-therapeutische Konsequenzen ableiten, nämlich ob eine symptomorientierte Behandlung der Enkopresis alleine ausreicht oder ob zusätzliche kinderpsychiatrische und psychotherapeutische Interventionen notwendig sind.

Tabelle 4: Klassifikation nach Obstipation und psychiatrischer Komorbidität: Diese Einteilung ist von hoher praktischer Relevanz

	Obstipation	Keine Obstipation
Mit psychiatrischer Begleitstörung	Enkopresis mit Obstipation und psychischer Komorbidität	Enkopresis ohne Obstipation, jedoch mit psychischer Komorbidität
Ohne psychiatrische Begleitstörung	Enkopresis mit Obstipation, jedoch ohne psychischer Komorbidität	Enkopresis ohne Obstipation und psychischer Komorbidität

Darüber hinaus gibt es Subformen, die getrennt beachtet werden müssen: einerseits die Enkopresis mit Enuresis und Harninkontinenz sowie weitere Subformen (siehe Tabelle 5; siehe auch Kapitel 12). Die Komorbidität mit Einnässen ist von hoher praktischer Relevanz, da bei dem Vorliegen beider Störungen immer das Einkoten zuerst behandelt werden muss. Oft endet alleine dadurch das Einnässen – wenn nicht, muss es anschließend behandelt werden. Das „Toilet Refusal Syndrome“ (Toiletten-Verweigerungs-Syndrom) hat in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit erfahren. Es betrifft vor allem das Vorschulalter und stellt einen wesentlichen Risikofaktor für ein späteres Einkoten dar. Auch die Toilettenphobie kann als eigene Störungsform aufgefasst werden. Vermutlich werden in der Zukunft weitere Sonderformen identifiziert werden. Zuletzt hat sich in den letzten Jahren als seltene Subform der Obstipation die „Slow-Transit-Constipation“ differenzieren lassen, die durch eine (genetisch bedingte) verlängerte Darmpassage, chronischer, therapieresistenter Obstipation und weichen Stühlen gekennzeichnet ist.

2 Definition und Klassifikation

Tabelle 5: Spezifische Subformen der Enkopresis

Sonderformen der Enkopresis
Enkopresis mit Enuresis und funktioneller Harninkontinenz
Toiletten-Verweigerungs-Syndrom
Toilettenphobie
Slow-Transit-Constipation

Das allgemeine Vorgehen bei der Diagnose der Enkopresis ist in Schema 1 zusammengefasst. Die differenzialdiagnostischen Erwägungen finden sich in Schema 2.