

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
Direktorin: Prof. Dr. med. Eva Möhler
Doktorvater: Prof. Dr. A. von Gontard

Elterliche Belastung bei jungen Kindern mit Ausscheidungsstörungen

*Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
2022*

vorgelegt von: Rebecca Ida Freund
geb. am 21.07.1993 in Deggendorf

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Zusammenfassung.....	5
Abstract	6
1. Einleitung.....	7
1.1 Ausscheidungsstörungen.....	7
1.1.1 Allgemeine Einführung in das Themengebiet der Ausscheidungsstörungen.....	7
1.1.2 Enuresis und funktionelle Harninkontinenz.....	9
1.1.2.1 Klassifikationen des Einnässens und ihre Problematik.....	9
1.1.2.2 Enuresis nocturna.....	9
1.1.2.3 Funktionelle Harninkontinenz.....	11
1.1.3 Enkopresis/Stuhlinkontinenz und Obstipation.....	13
1.1.3.1 Klassifikationen des Einkotens und ihre Problematiken.....	13
1.1.3.2 Enkopresis.....	14
1.1.3.3 Toilettenverweigerungssyndrom.....	16
1.2 Das Konzept der elterlichen Belastung.....	18
1.2.1 Begriffsbestimmung.....	18
1.2.2 Abidins Modell der elterlichen Belastung.....	19
1.3 Aktueller Forschungsstand.....	21
1.3.1 Elterliche Belastung bei Kindern mit psychischen Symptomen und Erkrankungen.....	21
1.3.2 Elterliche Belastung bei Kindern mit Ausscheidungsstörungen.....	22
2. Fragestellungen und Hypothesen.....	22
3. Materialien und Methoden.....	23
3.1 Studienkollektiv.....	23
3.2 Untersuchungsmethoden.....	23
3.2.1 Fragebögen.....	24
3.2.1.1 Child Behavior Checklist 1 ½ - 5 Jahre: CBCL 1 ½ - 5.....	24
3.2.1.2 Child Behavior Checklist 6 - 18 Jahre: CBCL 6 – 18R.....	25
3.2.1.2 Eltern-Belastungs-Inventar: EBI.....	26
3.2.1.3 Elternfragebogen zu Ausscheidungsstörungen.....	28
3.2.2 Diagnostische Interviews.....	29
3.2.2.1 Strukturiertes Interview für das Vorschulalter 0- 5: SIVA 0 – 5 - Pilotversion.....	29
3.2.2.2 Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS).....	30
3.2.3 Progressive Matrizentests zur IQ-Diagnostik: CPM und SPM.....	31
3.2.4 Somatische Untersuchungen.....	32
3.3 Statistische Auswertung.....	32
4. Ergebnisse.....	32
4.1 Beschreibung der Stichprobe.....	32
4.2 Elterliche Belastung in den Studiengruppen.....	35

4.2.1 Elterliche Belastung in der Patienten- und Kontrollgruppe.....	35
4.2.2 Elterliche Belastung in Patientensubgruppen.....	36
4.3 Elterliche Belastung und psychische Symptome des Kindes.....	37
4.4 Elterliche Belastung und Komorbidität.....	41
4.4.1 Elterliche Belastung und Komorbidität in Patienten- und Kontrollgruppe.....	41
4.4.2 Elterliche Belastung und Komorbidität in Patientensubgruppen.....	45
5. Diskussion	47
5.1 Elterliche Belastung in den Studiengruppen	47
5.1.1 Elterliche Belastung in der Patienten- und Kontrollgruppe	47
5.1.2 Elterliche Belastung in Patientensubgruppen.....	52
5.2 Elterliche Belastung und psychische Symptome des Kindes.....	53
5.3 Elterliche Belastung und Komorbidität.....	58
5.3.1 Elterliche Belastung und Komorbidität in Patienten- und Kontrollgruppe.....	58
5.3.2 Elterliche Belastung und Komorbidität in Patientensubgruppen	63
5.4 Stärken und Schwächen der Studie	65
5.5 Ausblick	66
6. Literaturverzeichnis.....	68
7. Publikation.....	93
8. Danksagung.....	93
9. Lebenslauf.....	94
10. Anhang	95

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
ANOVA	Varianzanalyse
APA	American Psychological Association
BBD	Bladder and Bowel Dysfunction
CBCL	Child Behavior Checklist
CPM	Coloured Progressive Matrices
DC: 0 – 5	Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBI	Eltern-Belastungs-Inventar
ICCS	International Children's Continence Society
ICD-10	zehnte Version der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICIQ-CLUTS	International Consultation on Incontinence Questionnaire for Pediatric Lower Urinary Tract Symptoms
Kinder-DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms
MANOVA	Multivariate Varianzanalyse
PMEN	primäre monosymptomatische Enuresis nocturna
PNMEN	primäre nicht-monosymptomatische Enuresis nocturna
PSI	Parental Stress Index
PSI-SF	Parental Stress Index – Short Form
SIVA	Strukturiertes Interview für das Vorschulalter
SMEN	sekundäre monosymptomatische Enuresis nocturna
SNMEN	sekundäre nicht-monosymptomatische Enuresis nocturna
SPM	Standard Progressive Matrices
TRS	Toilet refusal syndrome/Toilettenverweigerungssyndrom
WHO	World Health Organisation

Zusammenfassung

Fragestellung: Elterliche Belastung bei Kindern mit Ausscheidungsstörungen ist ein bisher wenig erforschtes Thema. Die vorliegende Arbeit untersucht den Zusammenhang von elterlicher Belastung und verschiedenen Subgruppen der Ausscheidungsstörungen bei Kindern im Vorschulalter. Zusätzlich wurde der Zusammenhang von elterlicher Belastung und kindlicher Komorbidität/ kindlichen Verhaltensproblemen mit und ohne gleichzeitiges Vorliegen einer Ausscheidungsstörung untersucht.

Methode: Die Patientengruppe bestand aus 39 Eltern-Kind-Paaren mit einer Ausscheidungsstörung und einem Alter des Kindes zwischen drei und sechs Jahren. Dabei wurden Kindern mit Enuresis, Enkopresis, funktioneller Harninkontinenz, Obstipation und Toilettverweigerungssyndrom eingeschlossen. Die Kontrollgruppe bestand aus 44 Eltern-Kind-Paaren. Geschlechts- und Altersverteilung sowie die Rate an psychischen Komorbiditäten unterschieden sich nicht zwischen den beiden Gruppen. Die elterliche Belastung wurde mittels Eltern-Belastungs-Inventar (EBI), psychopathologische Symptome mit Hilfe der Child Behavior Checklist (CBCL) und psychische Störungen durch ein strukturiertes Interview erhoben.

Ergebnisse: Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen zeigen sich insgesamt nicht belasteter als Eltern von gesunden Kontrollen. Es gibt keinen Unterschied in der elterlichen Belastung zwischen Kindern mit Ausscheidungsstörungen des Gastrointestinaltrakts und einnässenden Kindern. In der Patientengruppe zeigte sich kein Einfluss von psychopathologischen Symptomen oder psychischer Komorbidität auf Subskalen der Elternbelastung, während in der Kontrollgruppe psychopathologische Symptome und psychische Komorbiditäten die elterliche Belastung deutlich erhöhten. Eltern von Kontrollen mit psychischen Komorbiditäten waren stärker belastet als Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen und psychischen Komorbiditäten.

Schlussfolgerungen: Psychopathologische Symptome und psychische Komorbiditäten und nicht Ausscheidungsstörungen erhöhen die elterliche Belastung. Die geringere elterliche Belastung in der Patientengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe kommt am ehesten durch die vorausgegangene kinder- und jugendpsychiatrische Konsultation in der Studiengruppe zustande. Entsprechend ist anzunehmen, dass bereits kurze kinder- und jugendpsychiatrische Konsultationen die elterliche Belastung stark reduzieren können.

Abstract

Objective: Parental stress in parents of children with functional incontinence is a neglected topic in research. The current study investigates the connection between parental stress and different subtypes of functional incontinence in preschool children. Furthermore, this study analyses the connection between behavioural and emotional problems as well as psychiatric comorbidities, coexisting incontinence and parental stress.

Methods: 38 parent-child-dyads with functional incontinence, between 3 and 6 years of age, were compared with 44 parent-child-dyads of typically developing children (TDC). The patient group included children with enuresis, functional urinary incontinence, functional constipation (with and without soiling) and toilet refusal syndrome. There were no differences in gender distribution, mean age and psychiatric comorbidities between the two groups. Parental stress was evaluated using the German version of the Parental Stress Index (PSI), behavioural and emotional problems were measured using the Child Behavior Checklist (CBCL). Psychiatric comorbidities were assessed via a structured parental interview.

Results: Overall parents of children with functional incontinence showed no difference in stress levels compared with parents of TDCs. There was no difference in parental stress between children with urinary incontinence and children with fecal incontinence. When analysing only the patient group there was no effect of behavioural and emotional problems or psychiatric comorbidity on the Parental Distress subscales of the PSI. There was, however, a strong positive association for parental stress and behavioural and emotional problems and psychiatric comorbidities in the TDC group. Parents of TDCs with psychiatric comorbidities showed higher parental stress than parents of children with incontinence and comorbid psychiatric disorders.

Conclusions: Behavioural and emotional problems and psychiatric comorbidities increase parental stress to a higher extent than incontinence. The lower parental stress in the patient group compared with TDCs with comorbid psychiatric disorders is most likely attributed to the preceded consultation of a child and adolescent psychiatrist in the patient group. Therefore, it can be deduced that even a brief child and adolescent psychiatric consultation can severely decrease parental stress.

1. Einleitung

1.1 Ausscheidungsstörungen

1.1.1 Allgemeine Einführung in das Themengebiet der Ausscheidungsstörungen

Ausscheidungsstörungen zählen ohne Zweifel zu den häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters. Das breite Feld der verschiedenen Ausscheidungsstörungen eint, dass es sich dabei um Störungen handelt, die stets eine Altersdefinition beinhalten. Diese dient dazu, physiologische Reifungsprozesse von einer Störung abzugrenzen. Trotz Altersdefinition ist diese Abgrenzung – und insbesondere die Entscheidung ab welchem Zeitpunkt eine Therapie angebracht ist – nicht immer leicht: So nassen beispielsweise 43,2% der 3-Jährigen und 20,2% der 4-Jährigen nachts ein, ohne dass von einer Störung gesprochen werden kann. Aber auch nach Erreichen des 5. Lebensjahres, also dem Alter ab dem das nächtliche Einnässen als Störung definiert werden kann, nassen noch 15,7 % der Kinder nachts ein (von Gontard, 2018). Daneben existieren mehrere gebräuchliche Klassifikationssysteme, die sich in einigen - für die Diagnose oft wichtigen - Punkten unterscheiden. Erschwerend kommt auch noch die oftmals uneinheitliche Nomenklatur sowohl im deutschen als auch im englischen Sprachraum hinzu, insbesondere in Bezug auf das Einnässen (Nevés et al., 2006; Austin et al., 2016). Die folgende Einleitung dieser Arbeit wird daher insbesondere die verschiedenen Klassifikationssysteme und Definitionen der einzelnen Ausscheidungsstörungen darstellen und die aktuelle Nomenklatur im deutschsprachigen Raum übersichtlich veranschaulichen.

Betrachtet man Ausscheidungsstörungen im historischen Kontext, so zeigt sich ein hoher Stellenwert der Kontinenz durch viele Zeiten und Kulturen hindurch. Die erste Erwähnung einer Therapie des nächtlichen Einnässens findet sich bereits 1550 v.Chr. im sogenannten „Papyrus Ebers“, einem medizinischen Schriftstück aus dem alten Ägypten. Im ersten bekannten Buch das sich mit „Kinderkrankheiten“ befasst – veröffentlicht 1472 von Paulus Bagellardus – gibt es ein komplettes Kapitel zu „Urininkontinenz und nächtlichem Einnässen“. Historische Therapieformen des Einnässens reichten von altägyptischen Mixturen aus Wacholderbeeren, Zypressenblättern und Bier bis zu grausamen Strafen und Praktiken, wie dem erzwungenen Trinken von Urin, der mechanischen Erweiterung der Harnröhre, dem Abbinden des Penis oder dem Anbringen von metallenen Nägeln am Steißbein. Erst mit Beginn des 20. Jahrhunderts wurden mit den ersten Klingen geräten effektive Therapiemöglichkeiten für das nächtliche Einnässen entwickelt und erst viele Jahrzehnte später tatsächlich etabliert (Gliklich, 1951).

Beschäftigt man sich heute mit dem Thema und spricht mit Beteiligten, so wird deutlich, dass selbst heute noch viele Mythen und Fehlinformationen zu Ursachen und Therapien von Ausscheidungsstörungen vorhanden sind; nicht nur bei Eltern, sondern auch bei pädagogischem Fachpersonal oder sogar bei Ärztinnen und Ärzten. Auch eine Bestrafung der betroffenen Kinder ist in der heutigen Zeit leider nicht selten: In einer 2016 im Journal of Urology veröffentlichten Studie konnten Sá et al. zeigen, dass 56,3% der Kinder mit Enuresis geschlagen wurden; bis zu 100% der Kinder wurden verbal bestraft. Andere Studien kommen zu ähnlich hohen Prozentzahlen (z.B. Ferrara et al., 2016; Sá et al., 2016). Kinder mit Enuresis, die bestraft werden, zeigen vermehrt depressive Symptome und haben eine verringerte Lebensqualität (Al-Zaben & Sehlo, 2015).

Kinder mit Ausscheidungsstörungen und ihre Eltern leiden auch heute oftmals noch unter Tabuisierung und Stigmatisierung. So überrascht es nicht, dass viele Studien eine verringerte Lebensqualität der betroffenen Kinder und oftmals auch der Eltern nachweisen konnten (z.B. Iscan & Ozkayin, 2020; Kilicoglu et al., 2014; Üçer & Gümüş, 2014; Bongers et al., 2009). Sowohl Kinder, die einnässen, als auch die, die einkoten, zeigen ein verringertes Selbstbewusstsein (z.B. Theunis et al., 2002; Hägglöf et al., 1997; Joinson et al., 2006; Joinson, Heron & von Gontard, 2006; Phung, Kelsberg & Safranek, 2015). Kinder, die einkoten, werden auch häufiger Opfer von Mobbing (Joinson et al., 2006), ebenso zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Symptomen des unteren Harntrakts (LUTS) und Mobbing (Ching et al., 2015). Nicht nur die Häufigkeit von Ausscheidungsstörungen, sondern besonders auch der Blick auf diese psychosozialen Faktoren zeigt die Wichtigkeit einer Auseinandersetzung mit dem breiten Feld der Ausscheidungsstörungen für Medizinstudierende, Ärztinnen und Ärzte. Trotz alledem wird dieses Thema in Lehre und klinischer Ausbildung leider oft vernachlässigt. In der vorliegenden Arbeit steht hierbei nun insbesondere die elterliche Belastung im Fokus, welche bisher noch wenig in wissenschaftlichen Publikationen untersucht wurde.

Im Folgenden wird nun auf die einzelnen Ausscheidungsstörungen näher eingegangen. Dabei werden grundlegende Informationen über die einzelnen Störungsbilder und ihre Definitionen gegeben und die für das Verständnis dieser Arbeit wichtigen Punkte erläutert. Weiterführende Informationen und die Details der oftmals komplexen Therapie der Ausscheidungsstörungen können gegebenenfalls der entsprechenden Fachliteratur entnommen werden (z.B. von Gontard, 2018; von Gontard, 2010).

1.1.2 Enuresis und funktionelle Harninkontinenz

1.1.2.1 Klassifikationen des Einnässens und ihre Problematik

Nach den beiden häufigsten Klassifikationssystemen - dem ICD -10 der Weltgesundheitsorganisation und dem DSM-5 der American Psychiatric Association - bezeichnet Enuresis nocturna den nächtlichen Harnabgang ab dem Alter von fünf Jahren. Es handelt sich um eine funktionelle Störung, organische Ursachen müssen ausgeschlossen worden sein. Für die Diagnosestellung muss das Einnässen mindestens drei Monate bestehen. Unterschiede in den beiden Definitionen finden sich insbesondere bei der Häufigkeit des nächtlichen Einnässens: während die ICD-10 eine Mindesthäufigkeit des nächtlichen Einnässens von zweimal monatlich bei Kindern unter sieben Jahren und einmal monatlich bei Kindern ab sieben Jahren für die Diagnosestellung voraussetzt, müssen Kinder nach DSM-5 mindestens zweimal wöchentlich einnässen um die Diagnose „Enuresis“ zu erhalten oder „eine klinisch relevante Belastung in sozialen, schulischen oder sonstigen wichtigen Funktionsbereichen“ vorweisen (APA, 2013; WHO, 1993; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2017).

Enuresis und Harninkontinenz werden in beiden Klassifikationsschemata nicht ausreichend differenziert; oftmals wird von „Enuresis diurna“ gesprochen, einem Begriff, der nach aktuellem Forschungsstand zu vermeiden ist. Ein reines Einnässen am Tag wird im DSM-5 lediglich als „urinary incontinence“ bezeichnet und in nur zwei Subtypen unterteilt, Inkontinenz mit Drangsymptomatik und Inkontinenz mit Miktionsaufschub (APA, 2013). Nach aktuellem Wissensstand ist dies nicht ausreichend. Insbesondere eine klare Nomenklatur zur Trennung von Enuresis und funktioneller Harninkontinenz ist wünschenswert und eine genauere Definition der Subtypen ist notwendig.

Die Definitionen des Einnässens nach DSM-5 und ICD-10 sind insgesamt also in vielen Punkten kritikwürdig und spiegeln nicht den aktuellen Stand der Forschung wider (von Gontard, 2018). Im Folgenden wird deshalb die Nomenklatur und die Einteilung der Subgruppen der evidenzbasierten und mehrfach aktualisierten Einteilung nach der International Children's Continence Society (ICCS) genutzt, auf die in den folgenden Kapiteln jeweils genauer eingegangen wird.

1.1.2.2 Enuresis nocturna

Enuresis nocturna oder Enuresis bezeichnet intermittierendes Einnässen im Schlaf, unabhängig von Begleitsymptomen am Tag, ab einem Alter von mindestens fünf Jahren. Dabei bezeichnet der Begriff der Enuresis sowohl das Symptom als auch die Krankheit bzw. Störung. Die Enuresis wird als relevante Störung gewertet, wenn das Einnässen mehr als einmal monatlich auftritt und eine Frequenz von mindestens drei Episoden über drei Monate vorliegt. Es wird in häufige Enuresis (≥ 4 mal wöchentlich) und seltene Enuresis (< 4 mal wöchentlich) unterschieden (Austin et

al., 2016). Es handelt sich bei der Enuresis um ein häufiges Krankheitsbild, dessen Prävalenz sich weltweit kaum unterscheidet. 15,7% der Fünfjährigen leiden unter einer Enuresis; mit zunehmendem Alter nimmt die Prävalenz ab, mit einer spontanen Remissionsrate von 15 % pro Jahr. Jungen sind doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (von Gontard, 2018).

Es handelt sich um eine multifaktorielle Erkrankung, bei der genetische Faktoren eine entscheidende Rolle spielen (Néveus & Tryggve, 2017; von Gontard et al., 2001; Eiberg, Berendt & Mohr, 1995). Daneben wirken auch neurobiologische Befunde wie eine erschwerte Erweckbarkeit sowie neuroendokrinologische Veränderungen im Sinne einer Verschiebung der zirkadianen ADH-Ausschüttung mit resultierender nächtlicher Polyurie, an der Entstehung einer Enuresis mit (Néveus, 2017; Wolfish, Pivik & Busby, 1997; Rittig et al., 1989).

Bei der Enuresis unterscheidet man mehrere Subtypen. Unterschieden wird in primäre und sekundäre sowie in monosymptomatische und nicht monosymptomatische Enuresis (Austin et al., 2016). Von einer sekundären Enuresis spricht man, wenn dem erneuten nächtlichen Einnässen eine trockene Periode von mindestens sechs Monaten vorausging. Bei einer primären Enuresis war das Kind noch nie oder weniger als sechs Monate trocken (Austin et al., 2016). Die Einteilung in monosymptomatische und nicht monosymptomatische Enuresis wird anhand der sogenannten „Lower Urinary Tract Symptoms“ (LUTS) als Hinweise auf eine Blasendysfunktion eingeteilt, also nach dem Vorhandensein weiterer Symptome des unteren Harntrakts. Liegen LUTS oder auch ein Einnässen tagsüber vor, so spricht man von einer nicht-monosymptomatischen Enuresis (Austin et al., 2016).

Zusammenfassend lassen sich also vier Untergruppen der Enuresis bilden (Néveus et al., 2006; Austin et al., 2016; von Gontard, 2014):

- Die **primäre monosymptomatische Enuresis nocturna** (PMEN), bei der das betroffene Kind noch nie oder weniger als sechs Monate trocken war und keine LUTS aufweist, d.h. eine normale Miktionsfrequenz, keine Drangsymptomatik, kein Miktionsaufschub und keine Haltemanöver vorliegen.
- Die **sekundäre monosymptomatische Enuresis nocturna** (SMEN), bei der das betroffene Kind bereits für mindestens sechs Monate trocken war und keine LUTS aufweist, d.h. eine normale Miktionsfrequenz, keine Drangsymptomatik, kein Miktionsaufschub und keine Haltemanöver vorliegen.
- Die **primäre nicht-monosymptomatische Enuresis nocturna** (PNMEN), bei der das betroffene Kind noch nie oder weniger als sechs Monate trocken war und Symptome einer Blasendysfunktion/LUTS vorliegen (erhöhte/erniedrigte Miktionsfrequenz, Drangsymptomatik, Miktionsaufschub oder Haltemanöver).
- Die **sekundäre nicht-monosymptomatische Enuresis nocturna** (SNMEN), bei der das betroffene Kind bereits für mindestens sechs Monate trocken war und Symptome einer

Blasendysfunktion/LUTS vorliegen (erhöhte/erniedrigte Miktionsfrequenz, Drangsymptomatik, Miktionsaufschub oder Haltemanöver).

Besonders die Einteilung in monosymptomatisch und nicht monosymptomatisch ist therapeutisch relevant, da bei der nicht monosymptomatischen Enuresis in der Regel zunächst die Blasendysfunktion (also z.B. der Miktionsaufschub oder die Drangsymptomatik) behandelt werden muss, während bei der monosymptomatischen Form direkt die Therapie der Enuresis erfolgen kann (von Gontard 2018).

Insgesamt ist die Rate an klinisch relevanten Verhaltensproblemen bei der Enuresis mit 20 – 30 % erhöht (von Gontard et al., 2011b). Ältere Studien legten eine teils stark unterschiedliche Rate an psychiatrischen Komorbiditäten in den verschiedenen Subgruppen der Enuresis nahe, mit besonders hohen Raten an psychiatrischen Komorbiditäten bei der sekundären Enuresis von bis zu 75 %, während sich die Rate an psychischen Komorbiditäten für die PNMEN nicht wesentlich von der Normalbevölkerung unterschied (von Gontard et al., 1999; Zink, Freitag & von Gontard, 2008). In neueren Studien zeigten sich jedoch deutlich geringere Unterschiede bezüglich der Komorbiditätsraten in den verschiedenen Subgruppen und auch Kinder mit primärer Enuresis zeigten ein deutlich erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten. Die geringste Rate an psychiatrischen Symptomen zeigte sich für die primäre monosymptomatische Enuresis mit 35,6 %, gefolgt von der primären nicht-monosymptomatischen Enuresis (42,0 %) und der sekundären monosymptomatischen Enuresis (47,4 %). Die höchste Rate an psychischen Symptomen wiesen die Kinder mit sekundärer nicht-monosymptomatischer Enuresis auf (52,9 %) (von Gontard et al., 2015a). In einer anderen Studie fanden sich keine Unterschiede in den Subgruppen bezüglich der psychischen Symptome, nur die Rate an psychiatrischen Komorbiditäten unterschied sich signifikant zwischen PMEN und PNMEN (von Gontard et al., 2020).

1.1.2.3 Funktionelle Harninkontinenz

Als funktionelle Harninkontinenz wird das intermittierende Einnässen tagsüber bezeichnet. (Austin et al., 2016). Auch hier gilt in der Regel ein Diagnosealter ab 5;0 Jahren, genaue Dauer- oder Häufigkeitsangaben werden in den ICCS-Kriterien jedoch nicht gemacht. Zur Beurteilung der funktionellen Harninkontinenz und der LUTS sollten folgende Parameter unbedingt erhoben werden: Vorliegen von Inkontinenz, Miktionsfrequenz, Miktionsdrang, Miktionsvolumen und Trinkvolumen. Dies sei wichtiger als die Einteilung in verschiedene Subgruppen (Austin et al., 2016). Die Angaben zur Prävalenz schwanken und zeigen transkulturelle Unterschiede. Mädchen und Jungen sind etwa gleich häufig betroffen (von Gontard, 2018). Insgesamt sind circa 7 – 10 % aller Kinder zwischen fünf und 13 Jahren betroffen (Nieuwhof-Leppink et al., 2019).

Die funktionelle Harninkontinenz lässt sich klinisch in drei häufige Hauptgruppen und einige seltene Formen einteilen, welche im Folgenden zusammengefasst sind und deren Pathophysiologie sich deutlich unterscheidet (nach von Gontard, 2018; von Gontard, 2014):

- Die **idiopathische Dranginkontinenz**, der meist eine angeborene Blasenfunktionsstörung zugrunde liegt, welche durch spontane Kontraktionen der Blase während der Blasenfüllung („overactive bladder“) zur namensgebenden Drangsymptomatik führt. Die betroffenen Kinder zeigen Drangsymptome und eine erhöhte Miktionsfrequenz von mehr als siebenmal täglich sowie kleine Urinvolumina, wenn sie die Toilette aufsuchen. Durch den mit der Dranginkontinenz einhergehenden unaufschiebbaren Harndrang zeigen die Kinder Haltemanöver. Oftmals kommt es auf dem Weg zur Toilette zum Einnässen.
- Die **Harninkontinenz mit Miktionsaufschub**, die sich aus einer erlernten Verhaltensweise oder als Teil einer oppositionellen Störung entwickelt und sich durch seltene Miktionen (weniger als fünfmal täglich) und Haltemanöver (insbesondere z.B. beim Spielen oder Fernsehen) auszeichnet. Der Harndrang wird durch die Haltemanöver hinausgezögert bis es zum Einnässen kommt.
- Die **Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination**, bei der es sich in der Regel um eine erworbene Störung handelt und zwar eine Störung der Koordination zwischen Detrusor- und Sphinktermuskulatur. Während sich bei der physiologischen Miktions der Detrusor kontrahiert während sich gleichzeitig der Sphinkter in der Beckenbodenmuskulatur entspannt, liegt bei der Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination ein fehlerhaftes Anspannen des Sphinkters beim Wasserlassen vor. Es kommt zu einem unterbrochenen bzw. fraktionierten Harnstrahl und die betroffenen Kinder müssen zu Beginn und während der Miktions pressen um einen Harnabgang zu ermöglichen. Dies kann zu zahlreichen medizinischen Komplikationen, u.a. zu einem Rückstau des Harns in die Nieren und so zu einer postrenalen Nierenschädigung führen. Eine Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination kann sich auch aus einer Dranginkontinenz oder einer Harninkontinenz mit Miktionsaufschub entwickeln.

Zur Prävalenz der einzelnen Subformen liegen kaum Untersuchungen vor. Die häufigste Subform des Einnässens am Tag ist die idiopathische Dranginkontinenz, Mädchen sind hier häufiger betroffen. Die Harninkontinenz mit Miktionsaufschub zeigt ähnliche Häufigkeiten und betrifft eher Jungen (von Gontard 2018). Jede der Subgruppen der funktionellen Harninkontinenz erfordert ein eigenes spezielles therapeutisches Vorgehen (von Gontard 2018).

Insgesamt zeigt sich bei Kindern mit funktioneller Harninkontinenz eine erhöhte Rate an psychischen Komorbiditäten von 30 bis 40 % (von Gontard et al., 2011a). Insbesondere Symptome einer

Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung (ADS/ADHS) scheinen gehäuft vorzukommen (von Gontard et al., 2011b). Einige ältere Arbeiten zeigten, dass bei der Dranginkontinenz internalisierende Störungen überwiegen, während ein Miktionsaufschub mit einer vermehrten Rate an externalisierenden Störungen assoziiert ist (z.B. Kuhn et al., 2009; Zink, Freitag & von Gontard, 2008; von Gontard et al., 1998). Neuere Studien wiesen jedoch keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit psychiatrischer Komorbiditäten zwischen den Subgruppen der funktionellen Harninkontinenz auf (von Gontard et al., 2015a; von Gontard et al., 2020).

Neben den drei häufigsten Ursachen des Einnässens am Tage gibt es noch mehrere (im Kindesalter) sehr seltene Formen: Stressinkontinenz, Lachinkontinenz, unteraktive Blase, vaginaler Reflex, funktionelle Obstruktion und erhöhte diurnale Miktionsfrequenz. Auf die seltenen Ursachen eines Einnässens am Tage soll an dieser Stelle nicht genauer eingegangen werden und an die entsprechende Spezialliteratur zu diesen Themen verwiesen werden (u.a. Austin et al., 2016; von Gontard 2018; Franco et al., 2015).

1.1.3 Enkopresis/Stuhlinkontinenz und Obstipation

1.1.3.1 Klassifikationen des Einkotens und ihre Problematiken

Ähnlich der Klassifikation des Einnässens gibt es auch beim Einkoten – der sogenannten Enkopresis – verschiedene Klassifikationssysteme mit teilweise großen Schwachstellen. Nach ICD-10 und DSM-5 wird eine Enkopresis als willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Stuhlgang an dafür nicht vorgesehenen Stellen mindestens einmal monatlich definiert. Als untere Altersgrenze setzen beide Definitionen das vierte Lebensjahr an, lediglich die Dauer der Symptome unterscheidet sich: sechs Monate nach ICD-10 und drei Monate nach DSM-5 (WHO, 1993; APA, 2013). Dies stellt sich zunächst als sinnvolle Definition dar, insbesondere bezüglich des Diagnosealters, der Häufigkeit und der Erfassung von willkürlichem und unwillkürlichem Einkoten, denn im Gegensatz zum Einnässen kann der Stuhlgang sehr viel willkürlicher kontrolliert werden (von Gontard, 2010). Lobenswert ist insbesondere auch beim DSM-5 die verkürzte Dauer zur Diagnose von drei Monaten und die für die Therapie so wichtige Einteilung in Enkopresis mit und ohne Obstipation und Überlaufinkontinenz (von Gontard, 2010).

Als problematisch zeigen sich insbesondere bei der ICD-10 die Einschränkungen zur Diagnose der Enkopresis. So wird beispielsweise eine Obstipation mit Stuhlretention und Überlaufinkontinenz als Ausschlusskriterium genannt, wobei gerade das Vorliegen einer Obstipation therapeutisch von hohem Belang ist (WHO 1993; von Gontard, 2010).

Sieht man sich die zahlreichen Schwächen der Klassifikation nach ICD-10 und DSM-5 an, so ist klar, dass für die Einteilung des Einkotens ein besser strukturiertes und vor allem klinisch relevanteres Klassifikationssystem notwendig ist oder zumindest eine Ergänzung der klassischen

DSM-5- und ICD-10-Definitionen. Dies findet sich in den ROME-Kriterien der pädiatrischen Gastroenterologie, welche zuletzt 2016 als ROME-IV-Kriterien überarbeitet wurden (Hyams et al., 2016).

Die ROME-IV-Kriterien zeichnen sich durch eine Unterteilung in funktionelle Obstipation (mit und ohne Einkoten) und eine nicht retentive Stuhlinkontinenz aus. Das klinisch so wichtige Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer Obstipation wird also in den Vordergrund gestellt. Zudem wird die Störungsdauer in den ROME-IV-Kriterien im Vergleich zu den ROME-III-Kriterien erneut - auf nun einen Monat - verkürzt, was der erschwerten Therapie bei länger andauerndem Einkoten Rechnung trägt (Hyams et al., 2016; Rasquin et al., 2006; von Gontard, 2010; Loening-Baucke, 2004). Es wird zudem unterschieden, ob die Kinder bereits sauber („toilet-trained“) sind (Benninga et al., 2016). Für alle Formen beträgt das Diagnosealter 4;0 Jahre (Hyams et al., 2016). In den ROME-IV-Kriterien wurde zudem die Nomenklatur angepasst, so wird nicht mehr von funktionellen Störungen, sondern von „Disorders of Gut-Brain-Interaction“ gesprochen um einer Stigmatisierung entgegen zu wirken (Schmulson & Drossmann, 2017).

Zudem wird der „Ausschluss organischer Ursachen“, welcher lange als wichtiges Diagnosekriterium galt, ersetzt durch die Voraussetzung, dass nach einer angemessenen medizinischen Untersuchung die Symptome nicht einer anderen medizinischen Erkrankung zugeordnet werden können; dies greift das heutige bessere Verständnis und die Diagnosemöglichkeiten funktioneller Störungen auf (Hyams et al., 2016).

Nach wie vor fehlt jedoch die Erfassung von Sonderformen des Einkotens wie beispielsweise das Toilettenverweigerungssyndrom in den ROME-Kriterien (Benninga et al., 2016).

1.1.3.2 Enkopresis

Analog zu den ROME-IV-Kriterien wird die Enkopresis im klinischen Alltag nach dem Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer Obstipation in zwei Subgruppen unterteilt (nach Benninga et al., 1994; Benninga et al., 2004; von Gontard, 2010):

- Die **Enkopresis mit Obstipation** bezeichnet eine Stuhlinkontinenz bei gleichzeitigem Vorliegen von Zeichen einer Obstipation: Die Stuhlkonsistenz ist oft verändert (meist harter Stuhl; weicher oder wässriger Stuhlgang ist aber auch möglich) und der Stuhlgang ist häufig schmerzhaft. Die Stuhlmengen sind großkalibrig und können sogar die Toilette verstopfen. Bauchschmerzen und ein eher reduzierter Appetit sind möglich. Die Stuhlfrequenz ist erniedrigt (im Durchschnitt zweimal wöchentlich). Das Einkoten kommt häufig vor, oftmals täglich; Einkoten nachts ist jedoch sehr selten. Die Kolon-Transitzeit ist beträchtlich verlängert. Bei einem Teil der Kinder, ca. 40%, lassen sich Skybala durch die Bauchdecke tasten (Benninga et al., 1994; Benninga et al., 2004; von Gontard, 2010). Sonographisch lässt sich ein erweitertes Rektum zuverlässig und einfach darstellen (Klijn

et al., 2004; Joensson et al., 2008; Modin et al., 2015). Bei der Enkopresis mit Obstipation ist eine Behandlung mit Laxanzien zum Toilettentraining förderlich (von Gontard 2010).

- Eine **Enkopresis ohne Obstipation** liegt vor, wenn zum Einkoten nicht gleichzeitig Zeichen einer Stuhlretention vorliegen. Die Stuhlkonsistenz ist hier meist normal, der Stuhlgang selten schmerzhaft. Die Kinder defäkieren häufig, meistens täglich. Die Stuhlmenngen sind jedoch klein. Nur selten liegen Bauchschmerzen vor und der Appetit ist in der Regel unverändert. Die Kolon-Transitzeit ist normal. Laxanzien sind bei dieser Form nicht nützlich und können die Symptomatik des Einkotens verstärken, hier ist lediglich ein Toilettentraining zur Therapie indiziert (Benninga et al., 1994; Benninga et al., 2004; von Gontard, 2018; von Gontard, 2014).

Die Prävalenz des Einkotens bei Kleinkindern, also vor der Altersgrenze zur Diagnose der Enkopresis, ist schwierig anzugeben, da sie deutlich von Beginn und Intensität des Toilettentrainings abhängt und somit kulturellen und gesellschaftlichen Faktoren unterworfen ist (Largo, Gianciaruso & Prader 1978; Largo et al., 1996; von Gontard, 2014; Blum, Taubman & Nemeth, 2003). Mädchen werden in der Regel schneller sauber als Jungen (Hussong et al., 2020). Aktuellere Angaben der Prävalenz der Stuhlinkontinenz im Kindesalter schwanken von circa 1,6 % bis zu 11,2 % (Timmerman, Trzpis & Broens, 2019; van der Wal, Benninga & Hirasing, 2005; Warner et al., 2019). Nach dem aktuellen Forschungsstand scheint die Enkopresis mit Obstipation deutlich häufiger zu sein als die nicht-retentive Stuhlinkontinenz (Rajindrajith, Devanarayana & Benninga, 2010; von Gontard et al., 2015a; Koppen et al., 2018; Timmerman, Trzpis & Broens, 2019).

Insgesamt weisen 30 bis 50% der Kinder mit Enkopresis eine psychiatrische Komorbidität auf (von Gontard et al., 2011). Es finden sich keine Unterschiede in der Häufigkeit komorbider psychischer Störungen in den beiden Subgruppen (von Gontard et al., 2020). In einer 2015 veröffentlichten Arbeit von von Gontard zeigten sich in der Subgruppe der Enkopresis ohne Obstipation Verhaltensprobleme erhöht im Vergleich zur Enkopresis mit Obstipation (von Gontard et al., 2015a), andere Arbeiten fanden jedoch auch hier keine signifikanten Unterschiede (von Gontard et al., 2020; von Gontard et al., 2011b). Gleichzeitig zur Stuhlinkontinenz liegt bei ca. einem Drittel der Patienten auch ein Einnässen vor (von Gontard, 2018), hier wird nach den ICCS-Kriterien von „bladder and bowel dysfunction“ (BBD) gesprochen (Austin et al., 2016). Bei Kindern mit BBD liegt die Rate an komorbiden psychiatrischen Störungen höher als bei alleiniger Enkopresis (von Gontard, 2010; von Gontard et al., 2015a). Auch zeigten sich in mehreren Arbeiten Assoziationen der Stuhlinkontinenz mit einer erhöhten Rate von Übergewicht, Fettleibigkeit und Essensproblemen (Wagner et al., 2015; Warner et al., 2019), andere Studien konnten wiederum keinen Zusammenhang zwischen funktionellen Störungen des Gastrointestinaltrakts und Übergewicht nachweisen (Koppen et al., 2016).

Die Ätiologie und Pathophysiologie der Obstipation ist meist funktionell und kommt in der Regel

durch schmerzhafte Stuhlgänge zustände, welche das Kind zum aktiven Zurückhalten des Stuhls veranlassen. Die Stuhlmengen verbleiben länger im Kolon und werden durch die Rückabsorption von Flüssigkeit härter, der Stuhlgang schmerzhafter. So entsteht ein Teufelskreis und durch die zunehmenden zurückgehaltenen Stuhlmassen im Rektum verändert sich auf Dauer die Compliance desselben, d.h. es werden größere Stuhlmassen nötig um ein Gefühl des Stuhldrangs bei den Kindern auszulösen. Die Annahme, dass eine erniedrigte Sensibilität als Hauptursache vorliegt gilt mittlerweile als veraltet (Voskuil et al., 2006). Bleibt das Rektum gefüllt, ist der Analkanal verkürzt, was zu einem Einkoten und Einsmieren führen kann (Claßen, 2007). Zudem liegt insbesondere für die Obstipation, aber auch für die Enkopresis, eine genetische Disposition vor (Bellmann, 1966; Benninga et al., 1994).

Die Ätiologie der Enkopresis ohne Obstipation ist weitgehend ungeklärt, vermutlich handelt es sich um eine multifaktoriell bedingte Erkrankung (Burgers & Benninga, 2009; Bongers, Tabbers & Benninga 2007).

Neben der Enkopresis ist noch die funktionelle Obstipation ohne Einkoten abzugrenzen. Analog zur Enkopresis mit Obstipation gelten als Zeichen für eine Obstipation eine erniedrigte Stuhlfrequenz von weniger als dreimal wöchentlich, willkürliches Zurückhalten von Stuhlgang, klinische Zeichen wie schmerzhafter oder harter Stuhlgang und tastbare Skybala sowie großkalibrige Stühle, die die Toilette verstopfen können (Benninga et al., 1994; Benninga et al., 2004; von Gontard, 2010). Die Messung des Rektumdurchmessers hat sich als besonders zuverlässige Methode zum Ausschluss oder zur Diagnose einer Obstipation gezeigt (Klijn et al., 2004; Joensson et al., 2008; Modin et al., 2015).

Die Obstipation ist insgesamt eine häufige Störung im Kindesalter, die Prävalenz liegt im Mittel bei 10,4% mit einer hohen Spannweite, welche vermutlich den unterschiedlichen Diagnosekriterien zuzuschreiben ist (van den Berg, Benninga & Di Lorenzo, 2006).

1.1.3.3 Toilettenverweigerungssyndrom

Es existieren zudem Sonderformen der Enkopresis wie das Toilettenverweigerungssyndrom, die Toilettenphobie oder die Slow-Transit-Constipation (von Gontard, 2010). Da für diese Arbeit lediglich das Toilettenverweigerungssyndrom als weitere Sonderform relevant ist, soll an dieser Stelle nur auf dieses eingegangen werden. Für die Toilettenphobie und die Slow-Transit-Constipation sei an dieser Stelle an weiterführende Fachliteratur verwiesen (z.B. von Gontard, 2010).

Beim Toilettenverweigerungssyndrom (TRS) weigern sich die Kinder, Stuhl in die Toilette abzusetzen, stattdessen erfolgt die Defäkation in eine Windel. In Abgrenzung zur Toilettenphobie wird die Toilette jedoch zum Wasserlassen aufgesucht. Die Dauer, ab wann eine Störung diagnostiziert werden kann, beträgt einen Monat (Christophersen & Edwards, 1992; Taubman, 1997).

Das durchschnittliche Alter der Kinder beträgt drei Jahre, oftmals geht dem Toilettverweigerungssyndrom eine Obstipation voraus, welche beim Versuch die Toilette zu benutzen zu Schmerzen und einem Abwehrverhalten geführt hat (Christophersen & Edwards, 1992; Blum, Taubman & Nemeth, 2004a). Es handelt sich um eine häufige Störung: so zeigen 22% der Kinder zwischen 18 und 30 Lebensmonaten für mindestens einen Monat Zeichen eines Toilettverweigerungssyndroms, oftmals bildet sich dieses spontan zurück (Taubman 1997). In wenigen Fällen kann das Toilettverweigerungssyndrom jedoch bis ins Schulalter anhalten; die Prävalanz bei älteren Kindern ist mit 2,5 % jedoch niedrig (Niemczyk et al., 2014).

Schwere Fälle, welche mit einer chronischen Obstipation einhergehen, sollten in jedem Alter behandelt werden, da sie ein erhöhtes Risiko für eine spätere Enkopresis mit Obstipation bergen (Taubmann, 1997; Taubman & Buzby, 1997). Die Rate an weiteren komorbiden Ausscheidungsstörungen ist insgesamt erhöht (Niemczyk et al., 2014). Es scheint eine Assoziation zwischen spätem Beginn der Sauberkeitserziehung und dem Auftreten eines Toilettverweigerungssyndroms zu geben (Rugolotto et al., 2008; Blum, Taubman & Nemeth, 2004b); weitere Risikofaktoren sind das Vorhandensein jüngerer Geschwister, kritische familiäre Konstellationen und das Fehlen klarer elterlicher Regelsetzung (Taubman, 1997). Insbesondere bei älteren Kindern wurde das gleichzeitige Auftreten von oppositionellem Trotzverhalten beschrieben (von Gontard, 2010). Niemczyk et al. konnten für das Toilettverweigerungssyndrom mehrere Subtypen identifizieren: das „klassische“ TRS welches durch Obstipation und Abwehrverhalten nach schmerzhafter Defäkation gekennzeichnet ist, TRS welches mit oppositionellem Trotzverhalten assoziiert ist und TRS assoziiert mit Geschwisterrivalität (Niemczyk et al., 2014).

Insgesamt ist die Rate an komorbiden psychiatrischen Störungen mit 40 % deutlich erhöht, Jungen sind mit 70% wesentlich häufiger von einer komorbiden Störung betroffen als Mädchen mit 20 %; das Spektrum der erfassten Komorbiditäten war dabei sehr heterogen (Niemczyk et al., 2014). Auch die Rate an psychischen Symptomen (erfasst mittels CBCL) war für Jungen mit TRS mit 57 % deutlich erhöht, wobei nur die internalisierenden und die Gesamt-T-Werte signifikant höher waren. Es gab weder für die psychiatrischen Komorbiditäten noch für die CBCL-Scores Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Obstipation (Niemczyk et al., 2014).

1.2 Das Konzept der elterlichen Belastung

1.2.1 Begriffsbestimmung

Bereits seit tausenden Jahren ist die Rolle von Müttern und Vätern, das Elternsein, von großem Interesse in Religion, Gesellschaft und Philosophie. Die wissenschaftliche Untersuchung der Rolle, welche Eltern einnehmen und der damit einhergehenden Faktoren hat jedoch nur eine sehr kurze Geschichte von weniger als hundert Jahren. Erst in den 1970er Jahren stieg das Interesse an wissenschaftlicher Forschung zu elterlichem Verhalten, begründet durch die mediale Aufmerksamkeit der bis dahin nicht im öffentlichen Bewusstsein stehenden hohen Rate an Kindesmisshandlung (Abidin, 1992). Bereits in daraufhin folgenden älteren Arbeiten zeigte sich, dass hohe elterliche Belastung mit einem erhöhten Risiko für Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung einherging (Rodgers, 1993). Dieser Zusammenhang spiegelt sich auch in aktuellen Arbeiten wider (z.B. Miragoli et al., 2018; Liu & Wang 2015). Insbesondere in der aktuell anhaltenden Covid-19-Pandemie gewann die Forschung zur elterlichen Belastung erneut höheres Interesse und zeigte ähnliche Ergebnisse (Chung, Lanier & Wong 2020; Brown et al. 2020).

Neben der Assoziation zwischen Belastung bzw. Stress und Kindesmissbrauch, konnte schon früh ein Zusammenhang zwischen allgemeinem defizitärem elterlichem Verhalten und elterlicher Belastung aufgezeigt werden (Rodgers, 1993). So konnte Belsky in einer Arbeit von 1984 zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen Belastung der Mutter und fehlender mütterlicher Wärme und Unempfänglichkeit in der Beziehung zum Kind gab. Ebenso gibt es Assoziationen zwischen erhöhter Belastung und der Abnahme fürsorglichen Verhaltens bei Müttern (Conger et al., 1984). Diese Zusammenhänge werden durch neuere neurowissenschaftliche und funktionell-bildgebende Untersuchungen gestützt, wobei insbesondere Veränderungen durch mütterlichen Stress im präfrontalen Kortex nachgewiesen wurden (Azhari et al., 2019; Noriuchi et al., 2019).

Lange wurde jedoch in verschiedenen – insbesondere älteren – Studien, die sich mit diesem Thema befassten, Belastung oder „Stress“ als nachteilige Auswirkung von schwierigen Lebensumständen und negativen Lebensereignissen gewertet (z.B. Crnic et al., 1983; Roberts, 1989). Diese Definition der Belastung bringt jedoch viele methodische Schwierigkeiten mit sich, denn es wird nicht beachtet, dass verschiedene Personen unterschiedlich auf belastende Lebensereignisse reagieren. Zudem ist sehr fraglich, ob die Messung von Belastung anhand von Lebensereignissen tatsächlich die Quelle der elterlichen Belastung darstellt (Rodgers, 1993), sodass ein Messinstrument für die objektive Erfassung von Belastungen, welche mit der elterlichen Rolle einhergehen, dringend nötig war.

Das Konzept der elterlichen Belastung ist relativ neu, komplex und nicht einfach zu definieren. Am anerkanntesten ist Richard R. Abidins Modell der elterlichen Belastung, auf dessen Grundlage das in dieser Arbeit verwendete Eltern-Belastungs-Inventar aufbaut und auf das im Folgenden noch detaillierter eingegangen werden soll. Abidin definiert die elterliche Belastung als eine spezielle Art der Belastung, welche von Eltern wahrgenommen wird und den Anforderungen des Elternseins entspringt. Gleichzeitig betont Abidin die Multidimensionalität der elterlichen Belastung, auf welche Faktoren sowohl der elterlichen Persönlichkeit und Psychopathologie als auch kindliche Charakteristika wirken (Abidin, 1990).

Auch andere Autoren betonen diese Vielgestaltigkeit in ihren Modellen (Belsky, 1984; Rodgers, 1993; Deater-Deckard, 1998). Das auf Abidins Parental Stress Modell aufbauende Modell von Deater-Deckard definiert die elterliche Belastung beispielsweise als ein Missverhältnis aus den elterlichen Anforderungen und den von den Eltern wahrgenommenen Ressourcen mit denen diese Anforderungen bewältigt werden können. Die elterliche Belastung wird damit als spezifische Art der Belastung angesehen welche zustande kommt, wenn die vorhandenen Ressourcen der Eltern durch die Anforderungen an das Elternsein belastet oder überlastet werden (Deater-Deckard, 1998).

Das von Conger et al. entwickelte „Family Stress Model“ betont die elterliche Interaktion als Paar, das sogenannte „Co-Parenting“ als vermittelnden Faktor für elterliche Belastung, fokussiert aber insgesamt eher auf den Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Belastung und familiärer Dysfunktion (Masarik & Conger, 2017; Conger, Conger & Martin, 2010).

Zusammenfassend ist die elterliche Belastung also als Modell mit verschiedenen Variablen anzusehen, welche miteinander agieren und sich oftmals gegenseitig beeinflussen, wobei sowohl elterliche Faktoren als auch Faktoren der kindlichen Persönlichkeit und äußere Lebensumstände einen Einfluss besitzen (Abidin, 1990).

1.2.2 Abidins Modell der elterlichen Belastung

Bereits 1978 entwickelten Abidin und Burke ein Modell der elterlichen Belastung, das als Grundlage für die Entwicklung des „Parental Stress Index“ dienen sollte. Das Modell teilte sich in einen Eltern- und Kindbereich und hier wiederum in verschiedene Skalen und Subskalen, welche miteinander in Beziehung stehen.

Im Elternbereich sind dies vorrangig der Bereich der elterlichen Persönlichkeit und Psychopathologie mit den Subskalen der Depression und des elterlichen Kompetenzgefühls („Sense of Competence“). Von der elterlichen Persönlichkeit und Psychopathologie abhängig zeigt sich die elterliche Bindung („Parental Attachment“) und die Beziehung zum Partner („Relationship with

Spouse“), welche wiederum Einfluss auf die elterliche Belastung nehmen. Auch soziale Unterstützung wird als von der elterlichen Psychopathologie abhängiger Faktor gesehen, welcher wiederum Einfluss auf die elterliche Belastung nimmt.

Auch die Gesundheit der Eltern („Parental Health“) und die Einschränkungen durch die Elternrolle („Restrictions of Role“) finden Eingang in die Subskalen. Daneben finden sich im Kindbereich die kindlichen Charakteristika („Child Characteristics“), aufgeteilt in mehrere Subskalen wie beispielsweise Anpassungsfähigkeit oder Hyperaktivität. Auch die kindlichen Charakteristika haben Einfluss auf die elterliche Belastung (Abidin & Burke, 1978). Auf Basis dieses Modells erschien 1983 die erste Version des „Parental Stress Index“ als erstes objektives Messinstrument der elterlichen Belastung (Abidin, 1983).

Das Modell spiegelt den damaligen Wissens- und Forschungsstand wider und ist in einigen Punkten unzureichend. Es nimmt an, dass alle Faktoren den gleichen Effekt auf die Gesamtbelastung haben und es wird die wechselseitige Beeinflussung von Faktoren nicht ausreichend anerkannt. Dazu kommt, dass als Faktoren der elterlichen Charakteristika lediglich Depression und elterliches Kompetenzgefühl Eingang fanden und damit außer Acht gelassen wird, dass zahlreiche weitere Faktoren der elterlichen Persönlichkeit und Kognition ebenso einen relevanten Einfluss auf die Wahrnehmung der elterlichen Belastung haben (Abidin & Burke, 1978; Abidin, 1990). Auch konnte die postulierte lineare Beziehung zwischen elterlicher Belastung und dysfunktionalem Erziehungsverhalten in späteren Forschungsarbeiten nicht bestätigt werden (Abidin, 1992). Auf Basis dessen entwickelte Abidin sein Modell weiter und veröffentlichte 1992 ein komplexes Modell zu elterlicher Belastung und elterlichem Verhalten und den verschiedenen interagierenden Variablen. Ein Teil dieses Modells baut auf den Werken von Belsky zu „parental functioning“ auf, welche bereits im Vortext erörtert wurden (Belsky, 1984). Belsky evaluierte sein eigenes Modell mehrfach mit verschiedenen statistischen Analysen und konnte dadurch zeigen, welchen Prädiktionsfaktoren für elterliches Verhalten bisher zu viel oder zu wenig Gewicht zugestanden wurde (Belsky, Hertzog, & Rovine, 1986; Belsky, Lerner & Spanier, 1988). Daneben hatten noch zahlreiche andere Arbeiten Einfluss auf die Weiterentwicklung von Abidins Modell (z.B. Crittenden, 1990). Auf Basis dieses weiterentwickelten Modells wurden der Parental Stress Index erneut reevaluiert. Nach zahlreichen Aktualisierungen liegt er mittlerweile in der vierten Auflage vor. Er enthält u.a. sieben Subskalen im Elternbereich: Elterliche Kompetenz („Competence“), soziale Isolation („Isolation“), elterliche Bindung („Attachement“), Gesundheit („Health“), Depression („Depression“), persönliche Einschränkung („Role Restriction“) und Partnerbeziehung („Spouse/Parenting Partner Relationship“) (Abidin, 2012). Der Parental Stress Index liegt mittlerweile in mehreren Sprachen übersetzt und angepasst vor (z.B. Tröster, 2010).

1.3 Aktueller Forschungsstand

1.3.1 Elterliche Belastung bei Kindern mit psychischen Symptomen und Erkrankungen

Bezieht man sich zunächst auf den aktuellen Forschungsstand zu elterlicher Belastung und psychischen Symptomen des Kindes, so zeigt sich schnell, dass insbesondere der Zusammenhang zwischen externalisierenden Verhaltensweisen und erhöhter elterlicher Belastung gut untersucht ist (z.B. Mackler et al., 2015; Buodo et al., 2013; Williford, Calkins & Keane, 2007; Schellinger et al., 2020).

So ist es auch nicht verwunderlich, dass Eltern von Kindern mit externalisierenden psychischen Erkrankungen vermehrt belastet sind: beispielsweise zeigen die Eltern von Kindern mit oppositionellem Trotzverhalten deutlich erhöhte Werte für elterliche Belastung (Liu et al., 2018), ebenso für elterliche depressive Symptome (He et al., 2020). Dies gilt ebenso für eine Störung des Sozialverhaltens (Rockhill et al., 2013). Analog dazu zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen ADHS und elterlicher Belastung (Wiener et al., 2016; Szép et al., 2021), der jedoch nicht für den Subtyp der ADS zu gelten scheint (Telman et al., 2017).

Auch zwischen internalisierendem kindlichem Verhalten und elterlicher Belastung ist ein positiver Zusammenhang gut nachgewiesen (z.B. Rodriguez 2011; Hart & Kelley 2006; Stone et al., 2016).

Kindliche Probleme beim Schlafen ebenso wie manifeste kindliche Schlafstörungen gehen mit höherer elterlicher Belastung einher (Martin et al., 2019; Sepa, Frodi & Ludvigsson, 2004; Byars, Yeomans-Maldonado & Noll, 2011).

Sehr gut untersucht ist auch der Zusammenhang von Autismus-Spektrum-Störungen und erhöhter elterlicher Belastung (Valicenti-McDermott et al., 2015; Giovagnoli et al., 2015).

Für andere – insbesondere internalisierende – psychische Erkrankungen ist die Datenlage deutlich kleiner. So korrelieren zwar beispielsweise kindliche Angstsymptome mit vermehrter elterlicher Belastung (Rodriguez, 2011), ein Zusammenhang zwischen kindlichen Angststörungen und elterlicher Belastung ist jedoch nicht nachgewiesen (Telman et al., 2017).

Aktuelle Forschungsansätze beziehen sich vor allem auf longitudinale Forschungsarbeiten um die Richtung der Interaktionen von elterlichem Stress und kindlichen Symptomen besser zu verstehen; die Studienlage ist hierzu aber oft noch uneindeutig und zum Teil widersprüchlich (z.B. Kochanova, Pittmann, McNeela, 2021; Wiener et al., 2016; Liu et al., 2018; Stone et al., 2016).

1.3.2 Elterliche Belastung bei Kindern mit Ausscheidungsstörungen

Insgesamt ist die Studienlage zu elterlicher Belastung bei Ausscheidungsstörungen übersichtlich. Noch am besten untersucht ist der Zusammenhang von Enuresis und elterlicher Belastung: hier zeigte sich in den bisher vorliegenden Arbeiten eine deutlich erhöhte elterliche Belastung bei Eltern von Kindern mit Enuresis im Vergleich zu gesunden Kontrollen (Chang, Ng & Wong, 2002; De Bruyne et al., 2009; Cederblad et al., 2013; Roccella et al. 2019). Dabei gibt es zudem einen positiven Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des nächtlichen Einnässens und der elterlichen Belastung (Roccella et al., 2019). Im Gegensatz dazu erhöht das gleichzeitige Vorliegen einer Inkontinenz bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen nicht die elterliche Belastung, was möglicherweise auf einen Deckeneffekt zurückzuführen ist (Niemczyk et al., 2019).

Für elterliche Belastung und Stuhlinkontinenz liegt eine Arbeit von Cushing et al. vor; hier zeigte sich eine erhöhte elterliche Belastung in der Patientengruppe. Stark limitierend ist in dieser Arbeit jedoch die fehlende Unterscheidung zwischen funktioneller Stuhlinkontinenz und Stuhlinkontinenz organischer Genese (Cushing et al. 2016). Eine weitere Arbeit von Judd-Glossy et al., in der neben organischen Erkrankungen, die die Darmfunktion beeinträchtigen (anorektale Malformationen, Morbus Hirschsprung und spinalen Fehlbildungen), auch Patienten mit idiopatischer Obstipation eingeschlossen waren, konnte zeigen, dass die Eltern von Patienten mit idiopatischer Obstipation belasteter waren als die Eltern der Patienten mit organischen Erkrankungen (Judd-Glossy et al., 2021).

2. Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der elterlichen Belastung bei Ausscheidungsstörungen. Es erfolgten Vergleiche zwischen Patienten- und Kontrollgruppe ebenso wie zwischen Patientensubgruppen. Folgende Hypothesen werden in der vorliegenden Arbeit untersucht:

1. Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen ist höher als bei Eltern von gesunden Kontrollen
2. Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ist höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags
3. Es gibt Zusammenhänge zwischen Skalen der Elternbelastung und psychischer Symptome des Kindes
4. Die Belastung von Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen und zusätzlichen psychischen Störungen ist höher als bei Eltern von unauffälligen Kindern mit Ausscheidungsstörungen und höher als bei Kontrollen
5. Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen und einer zusätzlichen psychischen Störung, ist höher als bei Eltern

von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ohne eine zusätzliche psychische Störung und ist höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags

3. Materialien und Methoden

3.1 Studienkollektiv

In die vorliegende Studie wurden eine Studiengruppe mit 39 Kindern mit einer Ausscheidungsstörung und jeweils einem Elternteil sowie eine nach Alter und Geschlecht angepasste Kontrollgruppe von 44 Kindern mit jeweils einem Elternteil eingeschlossen.

Die Patienten wurden beim ersten Termin in der Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen, an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg/Saar, für die Studie rekrutiert. Die Patientenrekrutierung erfolgte dabei über knapp zwei Jahre (Januar 2015 – Dezember 2016). Eingeschlossen wurden dabei alle Patienten unter sieben Jahren, die an einer Ausscheidungsstörung litten. Bei keinem der Kinder lag eine organische Ursache für die Ausscheidungsstörung oder eine schwere organische Erkrankung vor.

Patienten mit allen Diagnosen aus dem Bereich der Ausscheidungsstörung, d.h. mit Enuresis, Enkopresis, funktioneller Harninkontinenz, Toilettenverweigerungssyndrom oder einer alleinigen Obstipation, wurden in die Studie aufgenommen. Als Ausschlusskriterien wurde ein Alter ab sieben Jahren oder eine geistige Behinderung (= ein Intelligenzquotient unter 70) definiert.

Die Kontrollpersonen wurden unter anderem über ein Inserat in der Saarbrücker Zeitung und über Werbung für die Studienteilnahme an der „Langen Nacht der Wissenschaften“ über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren rekrutiert (Anfang 2015 – Mitte 2017).

3.2 Untersuchungsmethoden

In der vorliegenden Arbeit wurden neben einer ausführlichen Anamnese die im Folgenden vorgestellten validierten Fragebögen, ein standardisiertes diagnostisches Interview und somatische Untersuchungen durchgeführt und ausgewertet. Die Anamnese und die somatischen Untersuchungen der Patientengruppe erfolgte durch die Therapeutinnen und Ärztinnen der Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ebenso wurde die Child Behavior Checklist (CBCL) und der Elternfragebogen zu Ausscheidungsstörungen bereits routinemäßig durch die Therapeutinnen durchgeführt und ausgewertet.

Das Eltern-Belastungs-Inventar (EBI), der IQ-Test und das diagnostische Elterninterview wurden in beiden Gruppen durch zuvor geschulte Medizinstudierende durchgeführt und ausgewertet.

Ebenso erfolgten die somatischen Untersuchungen der Kontrollgruppe und die Auswertung der CBCL und des Elternfragebogens zu Ausscheidungsstörungen bei den Kontrollen durch geschulte Medizinstudierende.

3.2.1 Fragebögen

3.2.1.1 Child Behavior Checklist 1 ½ - 5 Jahre: CBCL 1 ½ - 5

Die CBCL 1 ½ - 5 Jahre ist ein Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern im Klein- und Vorschulalter (Thomas M. Achenbach & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2000) und die deutschsprachige Version der Child Behavior Checklist for Ages 1 ½ -5 von Achenbach und Rescorla (2000).

Die deutschsprachige Variante enthält insgesamt 99 Problem-Items. Mit diesen kurzen Items beurteilen die Eltern emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, soziale Kompetenzen und körperliche Probleme ihrer Kinder. Die Eltern beurteilen, ob das jeweils beschriebene Verhalten für ihre Kinder innerhalb der letzten zwei Monate nicht zutrifft (0) oder etwas bzw. manchmal zutrifft (1) oder genau bzw. häufig zutrifft (2). Aus den Problem-Items werden dann drei Hauptskalen, davon ein Gesamtwert (Gesamtauffälligkeit) sowie Externalisierende Auffälligkeiten und Internalisierende Auffälligkeiten gebildet. Diese ergeben sich aus insgesamt sieben untergeordneten Problemskalen (Emotionale Reaktivität; Ängstlich/Depressiv; Körperliche Beschwerden; Sozialer Rückzug; Schlafprobleme; Aufmerksamkeitsprobleme und Aggressives Verhalten).

Die CBCL 1 ½ - 5 gilt als äußerst zuverlässiges und reliables Messinstrument. Die Werte der Problemskalen sind nach Geschlecht und Alter (als T-Werte und Prozentränge) normiert. Die Normierung der amerikanischen Version basiert auf einer Stichprobe von 700 Kindern. Zusätzlich können DSM-orientierte Skalen gebildet werden.

Die Durchführung des Verfahrens ist durch die standardisierte Instruktion im Nutzungsmanual objektiv, ebenso kann die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse durch die standardisierte Normierung als objektiv angesehen werden.

Bezüglich der Testgültigkeit zeigten die bisher vorliegenden verwandten psychologischen Instrumente der CBCL 1 ½ - 5 in Kulturvergleichen keine Unterschiede in den Skalenmittelwerten zwischen den Niederlanden, den USA, Kanada und Deutschland, weshalb davon auszugehen ist, dass die amerikanische Normierung auch für den deutschen Sprachraum anwendbar und valide ist (Thomas M. Achenbach & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2000).

Die Reliabilität zeigte sich in mehreren Stichproben (klinische Stichprobe von (N = 352) und einer Feldstichprobe (N = 945)); die interne Konsistenz der übergeordneten Skalen war hoch mit Cronbachs Alpha > .86 (Thomas M. Achenbach & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 2000).

3.2.1.2 Child Behavior Checklist 6 - 18 Jahre: CBCL 6 – 18R

Die CBCL 6 -18R ist ein Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern im Schulalter und Jugendlichen (Döpfner, Plück & Kinnen, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2014) und die deutschsprachige Version der Child Behavior Checklist for Ages 6 - 18 von Achenbach (2001).

Die CBCL 6 -18R ist insgesamt etwas ausführlicher und enthält mehr Items als die CBCL 1 ½ - 5. Sie dient ebenso zur Beurteilung emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten, sozialer Kompetenzen und körperliche Probleme von Kindern durch ihre Eltern. Auch hier sollen die Eltern beurteilen ob das jeweils beschriebene Verhalten (Item) für ihre Kinder nicht zutrifft (0) oder etwas bzw. manchmal zutrifft (1) oder genau bzw. häufig zutrifft (2). Der Beurteilungszeitraum umfasst hier die letzten sechs Monate. Insgesamt gibt es hier acht Subskalen (Ängstlich/depressiv; Rückzöglich/depressiv; Körperliche Beschwerden; Soziale Probleme; Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme; Aufmerksamkeitsprobleme; Regelverletzendes Verhalten und Aggressives Verhalten) aus denen sich drei Hauptskalen ergeben: ein Gesamtwert (Gesamtauffälligkeit) sowie Externalisierende Auffälligkeiten und Internalisierende Auffälligkeiten (Döpfner, Plück & Kinnen, 2014). Auch die CBCL 6 – 18R ist geschlechts- und altersspezifisch (Sechs- bis Elfjährige sowie Zwölf- bis 18-Jährige) normiert, es liegen Normenwerte (als T-Werte und Prozentränge) für alle Skalen, den Gesamtwert sowie die DSM-orientierten Skalen vor. Die aktuelle Normierung wurde dabei anhand einer bundesweiten Stichprobe von 2471 Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und 18 Jahren neu berechnet (Esser, Hänsch-Oelgart & Schmitz, 2017).

Ebenso wie die CBCL 1 ½ - 5 Jahre wird auch die Durchführung, Auswertung und Interpretation der CBCL 6 – 18R durch eine standardisierte Instruktion im Nutzungsmanual sowie die standardisierte Normierung der Ergebnisse objektiviert.

Die übergeordneten Skalen für internalisierendes und externalisierendes Verhalten zeigen sich gut reliabel mit Cronbachs Alpha $\geq .82$ für internalisierende Symptome und $\alpha \geq .88$ für externalisierende Probleme. Die interne Konsistenz des Gesamtwertes war exzellent mit Cronbachs Alpha $\geq .93$. Die Reliabilität für einzelne Unterskalen ist jedoch unzureichend mit internen Konsistenzwerten meist $\leq .70$ (Döpfner, Plück & Kinnen, 2014; Esser, Hänsch-Oelgart & Schmitz, 2017).

Die Belege für die Testgültigkeit der CBCL 6 – 18R beziehen sich auf statistische Vergleiche der amerikanischen Version der der Child Behavior Checklist for Ages 6 - 18 von Achenbach von 2001. Auf eine Validitätsanalyse der einzelnen Kompetenzskalen wurde verzichtet, da sich für die einzelnen Skalen nur eine geringe Reliabilität gezeigt hatte. Faktorenanalysen von internationalen Studien an repräsentativen Feldstichproben konnten kulturübergreifend eine Validität für die 2001 erfolgte Skalierung der CBCL for Ages 6 - 18 von Achenbach nachweisen (Döpfner, Plück & Kinnen, 2014; Esser, Hänsch-Oelgart & Schmitz, 2017).

Aufgrund der unterschiedlichen Subskalen der beiden Versionen sowie der geringeren internen Konsistenzen der Subskalen werden in dieser Arbeit nur die übergeordneten Skalen (Int., Ext., Gesamt) ausgewertet.

3.2.1.2 Eltern-Belastungs-Inventar: EBI

Das Eltern-Belastungs-Inventar (Tröster, 2010) ist ein Fragebogen zur Erfassung und Objektivierung der elterlichen Belastung und die deutsche Version des Parenting Stress Index. Es entstand auf Grundlage des Parenting Stress Models von Abidin (1983) (siehe Kapitel 1.2.2). Das EBI wird oftmals als Screening-Verfahren eingesetzt, um Belastungen der Eltern-Kind-Interaktion aufgrund hoher elterlicher Belastung frühzeitig zu erkennen.

Es werden zwei Hauptquellen der elterlichen Belastung unterschieden, nämlich zum einen kindliche Charakteristika und Verhaltensweisen, aus welchen sich Anforderungen an die Eltern ergeben und zum anderen elterliche Charakteristika, Funktionsbereiche und Kontextfaktoren, welche die elterlichen Ressourcen beeinträchtigen, die zur Bewältigung der Anforderungen an das Elternsein notwendig sind. Entsprechend teilt sich das Eltern-Belastungs-Inventar auch in einen Kindbereich und einen Elternbereich.

Der Kindbereich enthält fünf Subskalen, welche vom Kind ausgehende Belastungsquellen erfassen: Ablenkbarkeit / Hyperaktivität des Kindes, Anforderung, Anpassungsfähigkeit, Stimmung, Akzeptierbarkeit und positive Verstärkung der Eltern. Dabei kommt den letzten beiden Subskalen eine Sonderposition zu, da sie sich nicht alleinig aus den kindlichen Charakteristika ergeben, sondern vielmehr aus einer Wechselwirkung zwischen elterlichen Charakteristika und Einstellungen und den kindlichen Persönlichkeitseigenschaften ergeben.

Dem elterlichen Bereich werden sieben Subskalen zugeordnet: elterliche Bindung, Zweifel an der elterlichen Kompetenz, Depression, Gesundheit, Persönliche Einschränkung, Partnerbeziehung und soziale Isolation. Dabei sind die ersten drei das Ergebnis spezifischer Verhaltensdispositionen der Eltern, während die übrigen Subskalen sich mehr auf die elterlichen Ressourcen beziehen (Tröster, 2010).

Das EBI enthält einen vorgeschalteten Fragenteil, in dem für die Auswertung wichtige Informationen wie beispielsweise Partnerschaft und allgemeine Informationen zu Kind und Eltern erfragt werden. Es schließen sich 48 Items an, aus welchen sich im Anschluss die verschiedenen Subskalen berechnen lassen. Die Items sollen immer in Bezug auf das Kind ausgefüllt werden, das die größten Anforderungen an die Eltern stellt, meist ist dies das jüngste Kind in der Familie. Der jeweilige Elternteil, der das EBI ausfüllt, soll anhand einer fünf-stufigen Antwortskala bei einzelnen Items auswählen ob diese genau zutreffen (5), eher nicht zutreffen (4), nicht sicher zutreffen (3), eher nicht zutreffen (2) oder gar nicht zutreffen (1). Es gibt keinen festgelegten Beobachtungszeitraum.

Aus den Ergebnissen der einzelnen Subskalen (Stanine-Normen und Prozentränge) ergeben sich normierte Gesamtwerte für den Kindbereich und den Elternbereich und eine Gesamtskala (jeweils T-Normen und Prozentränge). Die Normierung des EBI erfolgte anhand zweier Stichproben von insgesamt 538 Müttern von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter. Es erfolgte keine altersspezifische Normierung, da sich die mütterliche Belastung in den Stichproben zur Normierung nicht signifikant in Abhängigkeit des kindlichen Alters unterschied. Es erfolgte eine gesonderte Normierung für Mütter, welche nicht in einer festen Partnerschaft leben und deshalb die Items der Subskala „Partnerbeziehung“ nicht ausfüllen konnten. Normwerte für Väter liegen nicht vor (Tröster, 2010).

Die Durchführung, Auswertung und Interpretation des EBI erfolgt standardisiert und wird durch eine standardisierte Instruktion im Nutzungsmanual sowie die standardisierte Normierung der Ergebnisse objektiviert

Die Reliabilität des EBI wurde an Daten der Normierungsstichproben gezeigt. Für die Gesamtskala zeigte sich eine hohe interne Konsistenz mit Cronbachs Alpha $\alpha = .95$, ebenso reliabel zeigten sich die beiden Teilskalen mit Cronbachs Alpha $\alpha = .91$ für die Teilskala des Kindbereichs und $\alpha = .93$ für die Teilskala des Elternbereichs. Für die einzelnen Subskalen zeigten sich gute bis befriedigende interne Konsistenzen. Lediglich die Subskalen „Anforderung“, „Bindung“ und „Soziale Isolation“ zeigten ein Cronbachs Alpha $\alpha < .70$ (Tröster, 2010).

Um die Testgültigkeit des EBI zu überprüfen, erfolgten hauptsächlich Untersuchungen an Müttern von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten. Die Stichproben der verschiedenen Arbeiten zu Validitätsaspekten des EBI stammen hauptsächlich aus klinischen Populationen oder sozialen und sonderpädagogischen Einrichtungen wie Frühförderstellen und repräsentieren gut die meisten klinischen Zielpopulationen für den Einsatz des EBI (Tröster, 2010).

Verschiedene Faktoren sprechen für die Validität des EBI: so zeigten sich Zusammenhänge des EBI mit anderen Belastungsindikatoren wie der selbstberichteten Belastung und körperlichen Stresssymptomen, gleichzeitig gibt es positive Zusammenhänge zwischen kindbezogenen und familiären Stressoren, welche mit einer erhöhten Anforderung und Beanspruchung der elterlichen Ressourcen einhergehen. Zuletzt spricht für die Konstruktvalidität des EBI, dass sich substantielle Zusammenhänge des EBI mit verwandten psychologischen Konstrukten wie zum Beispiel mit der familienbezogenen Lebensqualität, sozialen Unterstützung oder mütterlichen Bewältigungskompetenzen fanden (Tröster, 2010).

In der vorliegenden Arbeit wird der Gesamtwert des EBI sowie die Skalen des Elternbereichs zur Überprüfung der Hypothesen verwendet. Die genauere Analyse der Skalen des Kindbereichs sind Teil einer anderen Dissertation.

3.2.1.3 Elternfragebogen zu Ausscheidungsstörungen

Zur Erfassung der vorliegenden Ausscheidungsstörungen und -symptomatik wurde der Elternfragebogen zu Ausscheidungsstörungen genutzt, welcher in der Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie routinemäßig eingesetzt wird. Er ist eine Zusammensetzung aus der Elternversion des International Consultation on Incontinence Questionnaire for Pediatric Lower Urinary Tract Symptoms, dem sogenannten ICIQ-CLUTS (De Gennaro et al., 2010) sowie dem Anamnesefragebogen zu Enuresis und funktioneller Harninkontinenz von von Gontard (von Gontard, 2012a) und dem Enkopresis-Screening-Fragebogen von von Gontard (von Gontard, 2012b).

Der ICIQ-CLUTS besteht aus 12 Items und wurde entwickelt, um Symptome des unteren Harntrakts zu erfassen. Er liegt in Englisch, Italienisch und Deutsch vor. Es handelt sich um ein etabliertes und reliables Werkzeug zum Screening nach Symptomen des unteren Harntrakts in pädiatrischen Settings, welches sich vor allem durch eine gute Sensitivität und Spezifität auszeichnet (De Gennaro et al., 2010). In einer psychometrischen Untersuchung des ICIQ-CLUTS von Silay et al. zeigten sich durchweg annehmbare innere Konsistenz mit Cronbachs Alpha $> .70$ für alle Altersgruppen in der Elternversion, lediglich für die Altersgruppe der 10 bis 13-Jährigen zeigte sich ein Cronbachs Alpha knapp unter $.70$ ($\alpha = 0.659$) (Silay et al., 2013).

Der Elternfragebogen: Enuresis/funktionelle Harninkontinenz (PQ-EnU) ist ein in der klinischen Praxis weitverbreitetes Instrument zur Erfassung von Enuresis und funktioneller Harninkontinenz. Er erfasst auch Screening-Fragen zur Enkopresis. Er besteht aus insgesamt 18 Items zum Einnässen nachts/tags, 24 Items zu den Toilettengewohnheiten bzw. zu Toilettengang und 14 Items zu Verhaltensproblemen. Niemczyk et al. untersuchten 2018 die psychometrischen Eigenschaften des Elternfragebogens. Hier zeigten sich gute interne Konsistenzen für die Unterbereiche Toilettverhalten und Verhaltensprobleme mit Cronbachs Alpha jeweils $> .70$, weshalb von einer guten Reliabilität zur Erfassung von Symptomen der Blase und des Darms sowie für kindliche Verhaltensprobleme auszugehen ist. Es konnte eine gute Validität des Elternfragebogens nachgewiesen werden, u.a. korrelierten anhand des Fragebogens erstellte Inkontinenz-Diagnosen (Enuresis, Funktionelle Harninkontinenz oder Stuhlinkontinenz) gut mit den entsprechend klinisch vergebenen Diagnosen. Aufgrund der Kürze des Elternfragebogens zeigt er sich als effektives Instrument im klinischen Alltag und eignet sich auch zur Erfassung von Verhaltensproblemen (Niemczyk et al., 2018).

3.2.2 Diagnostische Interviews

Zur Erfassung psychiatrischer Komorbiditäten wurden strukturierte diagnostische Interviews sowohl in der Patienten- als auch in der Kontrollgruppe genutzt. Strukturierte diagnostische Interviews erfragen relevanten Diagnosebereiche systematisch mittels vorformulierter Fragen und ermöglichen es gleichzeitig auf Verständnisprobleme und Unsicherheiten einzugehen. Sie gelten deshalb als besonders zuverlässig zur Erfassung von psychiatrischen Diagnosen, sind jedoch auch entsprechend zeitaufwändiger (Hoyer & Knappe, 2012).

3.2.2.1 Strukturiertes Interview für das Vorschulalter 0- 5: SIVA 0 – 5 – Pilotversion

Für die Kinder bis einschließlich 5 Jahre (und damit dem größten Teil der teilnehmenden Probanden und Kontrollpersonen) wurde zur Erfassung von psychiatrischen Komorbiditäten das strukturierte Interview für das Vorschulalter (SIVA) von Bolten, Equit, In-Albon und von Gontard genutzt. Zur Zeit der Datenerhebung befand sich das SIVA noch in der Pilotphase und die in der Studie erhobenen Interviews flossen in die Entwicklung und Validierung des SIVA ein. Mittlerweile liegen erste Daten zur Validität, Reliabilität und Akzeptanz vor (In-Albon et al., 2020).

Zunächst werden im SIVA anhand eines allgemeinen Teils Daten zur Familienanamnese, psychosozialen Risikofaktoren und Entwicklungsmeilensteinen des Kindes erhoben. Es folgen mehrere Module, welche auf das Alter des Kindes angepasst sind. Es werden nur die Module abgefragt, welche das Kindesalter umfassen. Im jeweiligen Modul sind nur Störungen enthalten, welche auch in der entsprechenden Altersgruppe diagnostiziert werden können. Jeder Störungsabschnitt eines Moduls beginnt mit drei bis fünf Eingangsfragen, wobei die Hauptsymptome des jeweiligen psychiatrischen Krankheitsbildes abgefragt werden. Werden alle Eingangsfragen mit „Nein“ beantwortet wird nicht weiter zu diesem Störungsbild gefragt, sondern es wird direkt zum nächsten Störungsbild übergegangen. Durch diese zeitökonomische Vorgehensweise soll die Akzeptanz der Eltern für dieses ausführliche Interview erhöht werden.

Das SIVA wird streng anhand eines strukturierten Interviewleitfadens geführt, um möglichst objektivierbare Ergebnisse zu erzielen; zudem liegt eine DVD bei, um die Durchführung des Interviews zu trainieren. Explizites Nachfragen im Interview und – falls nötig – Umformulieren der Fragen ist jedoch erlaubt. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt streng in Bezug auf den Leitfaden. Es ist eine Kodierung sowohl für die ICD-10 als auch für die DSM-5-Diagnosen vorgesehen. Auch eine Kodierung von Diagnosen nach DC: 0 - 5 ist möglich, wurde in der vorliegenden Arbeit jedoch aufgrund der höheren Altersspanne der Patienten- und Kontrollkinder nicht genutzt.

Die Objektivität der Diagnoseerhebung wird hier noch einmal dadurch erhöht, dass im Rahmen des Evaluationsprozesses der Pilotversion des SIVA alle Interviews auf Tonband aufgezeichnet und durch eine zweite geschulte Medizinstudierende gegenkodiert wurden.

Mittlerweile ist der Evaluations- und Entwicklungsprozess des SIVA abgeschlossen und es liegen erste Daten für die Reliabilität, Validität und Akzeptanz der endgültigen Version (Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter (SIVA: 0 – 6)) vor. Diese beziehen sich auf eine Stichprobe von 117 Kindern mit einem Durchschnittsalter von 4,32 Jahren. Für den Nachweis der Reliabilität wurde die Interrater-Reliabilität in Bezug auf die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 bestimmt bei allen Interviews, in denen mindestens eine Diagnose kodiert wurde. Die Interrater-Reliabilitäten zeigten sich für beide Klassifikationssysteme als gut. Es zeigten sich für die externalisierenden Störungen nach ICD-10 ein Cohens Kappa Wert von $\kappa = .82$ mit einer prozentualen Übereinstimmung von 91,9 %. Für die internalisierenden Störungen ergab sich ein Kappa Wert von $\kappa = .72$ und einer prozentualen Übereinstimmung von 93,5%. Für die Diagnosen nach DSM-5 ergaben sich ebenso gute Werte (für externalisierende Störungen $\kappa = .88$ mit einer prozentualen Übereinstimmung von 96,4%; für internalisierende Störungen $\kappa = .77$ mit einer prozentualen Übereinstimmung von 96,4%). Für die Interviews in denen keine Diagnose kodiert wurde, wurde lediglich die prozentuale Übereinstimmung berechnet um Verzerrungen zu vermeiden. Auch hier zeigte sich eine gute Reliabilität für den Ausschluss einer Diagnose mit einer prozentualen Übereinstimmung von 97.1 % nach ICD-10 und 99 % nach DSM-5 (In-Albon et al., 2020).

Die Validität wurde mit Hilfe von etablierten Fragebögen evaluiert. Es ergaben sich erste Hinweise auf eine gute Validität des SIVA: unter anderem zeigten sich bei Kindern, welche im SIVA mindestens eine ICD-10 Diagnose erhalten hatten signifikant höhere Werte in der CBCL 1 ½ -5, ähnliche Effekte zeigten sich für die DSM-5-Klassifikation des SIVA (In-Albon et al., 2020).

3.2.2.2 Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)

Für den kleineren Teil der teilnehmenden Kinder, welche das sechste Lebensjahr schon erreicht hatten, wurde anstelle des SIVA das Kinder-DIPS in der Elternversion verwendet.

Beim Kinder-DIPS handelt es sich um ein etabliertes diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Es wurde die 2., aktualisierte und erweiterte Auflage von Schneider, Suppiger, Adornetto und Unnewehr (2008) genutzt.

Um die Objektivität des Verfahrens zu gewährleisten, wird das Kinder-DIPS streng anhand eines Leitfadens durchgeführt. Die Fragen sollen im Wortlaut gestellt und möglichst nicht abgeändert werden. Zusätzliche Fragen und Wiederholen der Fragen ist erlaubt. Die Durchführenden werden zuvor mithilfe des Handbuchs geschult (Adornetto, In Albon & Schneider, 2008).

Die Reliabilität des Kinder-DIPS in der 2. Auflage wurde an einer Stichprobe von insgesamt 110 Kinder- und Elterninterviews untersucht. In der Elternversion zeigten sich sehr gute Interrater-Reliabilitäten für Lebenszeitdiagnosen, wenn man die DSM-IV-Oberklassen psychischer Störungen (z.B. expansive Verhaltensstörungen oder affektive Störungen) betrachtet. Die prozentuale

Übereinstimmung in den Oberklassen lag immer bei mindestens 93%, Cohens Kappa lag zwischen .85 (Angststörungen) und .94 (expansive Verhaltensstörungen), die Werte für Yules Y bei mindestens .99 (Schneider et al., 2009).

Zur Überprüfung der Validität erfolgten Vergleiche der Übereinstimmung mit zuvor festgelegten störungsspezifischen Fragebögen. Hierbei zeigte sich eine gute Validität über alle Diagnosebereich, außer für generalisierte Angststörungen und Schlafstörungen (In-Albon et al., 2008; Margraf et al., 2017).

3.2.3 Progressive Matrizen tests zur IQ-Diagnostik: CPM und SPM

Zur Intelligenzdiagnostik wurden die progressiven Matrizen tests von J.C. Raven genutzt. Dabei wurden bei Kindern, welche noch nicht die Schule besuchen der Coloured Progressive Matrices (CPM) von Raven in der Version als Testheft durchgeführt. Bei Kindern, welche bereits die Schule besuchten (in der Regel die teilnehmenden Sechsjährigen) wurde der Standard Progressive Matrices (SPM) von Raven benutzt.

Beide Tests erfassen sprachfrei das allgemeinen Intelligenz potentials, wobei vor allem das Erfassen abstrakter Muster und das schlussfolgernde Denken überprüft wird, somit wird am ehesten der sog. „g-Faktor“ nach Spearman erfasst.

Der CPM besteht aus drei Sets mit jeweils 12 Items, der SPM aus fünf Sets mit ebenfalls jeweils 12 Items. In den einzelnen Items sind unvollständige Muster vorgegeben, welche mit vorliegenden Antwortmöglichkeiten vervollständigt werden sollen und in der Schwierigkeit innerhalb der Sets stets weiter zunehmen. Die Bearbeitungsdauer beträgt circa 20 bis 30 Minuten, es gibt jedoch kein Zeitlimit.

Der CPM ist anhand einer Stichprobe von 1218 Kindern im Alter von 4 bis 11 Jahren für Prozentränge normiert worden. Prozentrangnormen liegen für 15 Altersgruppen vor. Die Herausgabe der deutschen Bearbeitung und Normierung erfolgte durch Bulheller und Häcker (2001). Für die Testhalbierungsreliabilität konnten durchgehend gute Werte gezeigt werden mit $r = .85$ bis $.90$. Die Testhalbierungsreliabilität zeigte sich lediglich etwas geringer bei jüngeren Kindern. Die Testwiederholungsreliabilität war ebenso zufriedenstellend mit Werten von $r = .86$ bis $r = .90$ (Raven, Raven & Court, 2001).

Der SPM wurde anhand einer Stichprobe von 1796 Schülerinnen und Schülern erstmals 1998/99 für den deutschsprachigen Raum normiert. Die deutsche Bearbeitung und Normierung der 2. Auflage wurde von Horn herausgegeben (2009). Auch liegen Prozentrangnormen vor. Für die Testhalbierungsreliabilität wurden hervorragende Werte von $r > .90$ gezeigt. Auch die Testwiederholungsreliabilität zeigte sich als sehr zuverlässig mit r um $.90$ bei kurzen Intervallen von ca. einer Woche und r um $.80$ bei langen Intervallen von ca. einem Jahr (Raven, 2009).

Validitätsaspekte wurden für beide Tests vielfach untersucht mit zufriedenstellenden Ergebnissen (u.a. Das & Jarman, 1991; Carlson & Jensen, 1981). Die Übereinstimmungsvalidität scheint für mathematische oder naturwissenschaftliche Fähigkeiten höher zu liegen (Raven, 2009).

3.2.4 Somatische Untersuchungen

Zum Ausschluss organischer Krankheiten erfolgte bei allen Kindern eine komplette internistisch-pädiatrische und neurologische körperliche Untersuchung. Zudem wurde bei allen Kindern ein Ultraschall der Blase und des Rektums durchgeführt, um Fehlbildungen der Blase auszuschließen und eventuell vorliegende sonographische Hinweise auf eine Obstipation zu erfassen. Dabei wurden in jedem Fall die Blasenwanddicke und der Enddarmdurchmesser erfasst und dokumentiert. Die Untersuchungen erfolgten in der Patientengruppe durch die behandelnden Ärztinnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Kontrollgruppe durch fortgeschrittene Medizinstudierende, die sich im klinischen Abschnitt des Studiums befanden und durch Ärztinnen angeleitet und supervidiert wurden.

3.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mithilfe des IBM SPSS Statistikprogramms, Version 25. Neben der Berechnung von Häufigkeiten und deskriptiven Werten (Mittelwert, Standardabweichung, Minimum, Maximum) erfolgten zur Hypothesenüberprüfung unter anderem Pearson-Korrelationen, einfaktorielle und multivariante Varianzanalysen (ANOVA, MANOVA). Der t-Test wurde für Mittelwertvergleiche zwischen zwei Gruppen genutzt.

Als signifikant galten p-Werte ≤ 0.05 , als hoch signifikant p-Werte ≤ 0.01 und als höchst signifikant p-Werte ≤ 0.001 .

4. Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

An der Studie nahmen insgesamt 83 Kinder und ihre Eltern teil, davon 39 Kinder in der Patientengruppe und 44 Kinder in der Kontrollgruppe. Das Alter der Patienten ($M = 5,48$ Jahre; $SD = 0,80$) und der Kontrollen ($M = 5,37$ Jahre; $SD = 0,98$) unterschied sich nicht signifikant ($t(81) = 0,547$; $p = 0,586$). Auch die Geschlechtsverteilung war mit 56,41% Jungen in der Patientengruppe und 56,81% Jungen in der Kontrollgruppe ausgeglichen und es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Studiengruppen festgestellt werden ($\chi^2 = 0,001$; $df = 1$; $p = 0,97$). Der

Intelligenzquotient in den Studiengruppen, der mittels CPM oder SPM erhoben wurde, unterschied sich im Mittel nicht ($p = 0,570$) zwischen Patienten ($M = 111,79$; $SD = 14,98$) und Kontrollen ($M = 111,77$; $SD = 14,74$).

Die genaue Verteilung der Ausscheidungsstörungen in der Patientengruppe geht aus Abbildung 1 hervor. Zusätzlich erfolgte eine Aufteilung anhand der Art der Ausscheidungsstörung in zwei Gruppen; auch dies ist in Abbildung 1 dargestellt.

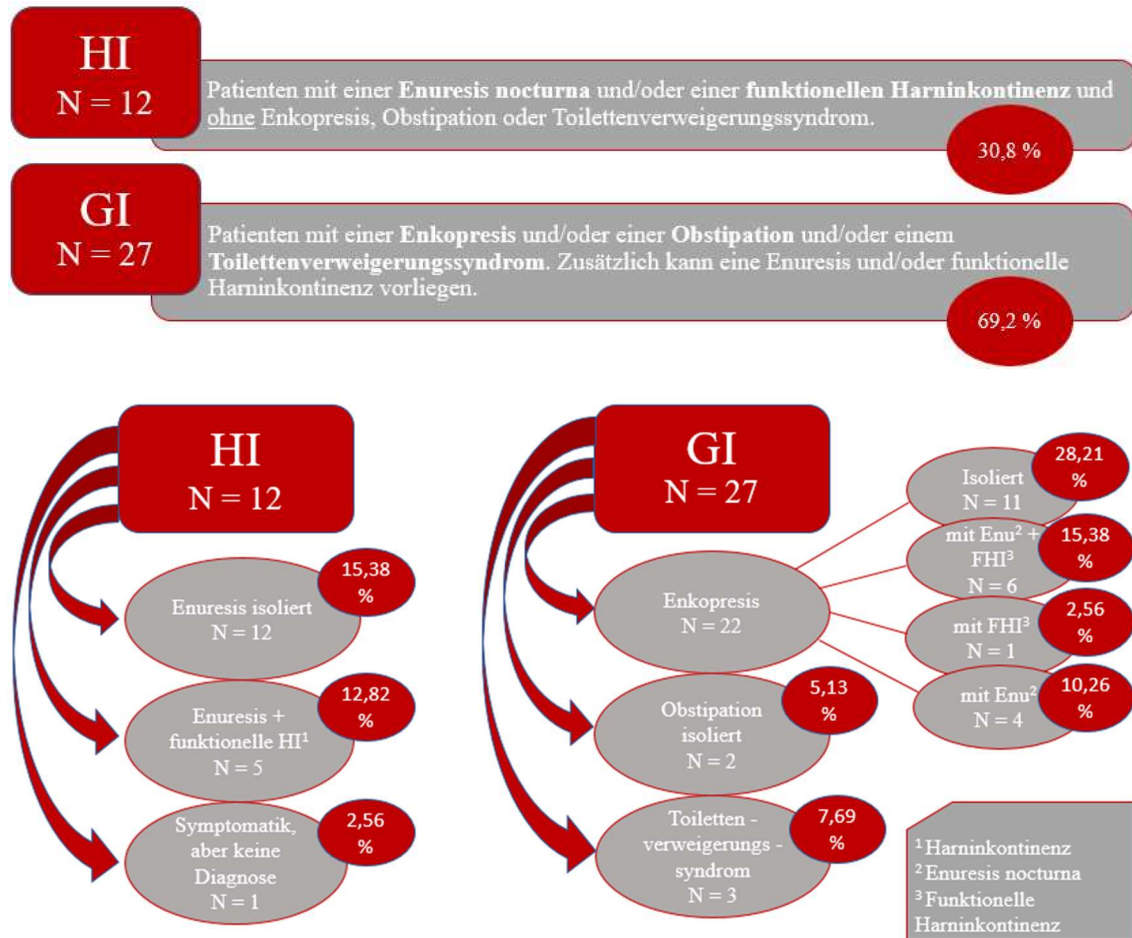


Abbildung 1: Verteilung der Ausscheidungsstörungen in der Patientengruppe

Insgesamt hatten 53,8 % der Patienten eine Enuresis nocturna, 30,8 % eine funktionelle Harninkontinenz und 56,4 % eine Enkopresis.

Die psychischen Komorbiditäten wurden mithilfe des SIVA-Interviews und des Kinder-DIPS erhoben. Tabelle 1 zeigt die Verteilung der psychischen Komorbiditäten in der Patienten- und Kontrollgruppe.

Die Studiengruppen unterschieden sich nicht in der Häufigkeit einer komorbiden Diagnose ($\chi^2 = 0,735$; $df = 1$; $p = 0,391$).

Tabelle 1: Psychische Komorbiditäten im SIVA Interview, Prozentzahlen auf eine Nachkommastelle gerundet

SIVA-Diagnose	Patienten		Kontrollen	
	<i>N</i>	<i>Prozent der Fälle</i>	<i>N</i>	<i>Prozent der Fälle</i>
<i>Hyperkinetische Störung/ADHS</i>	5	12,8 %	3	6,8 %
<i>Oppositionelles Trotzverhalten</i>	4	10,3 %	5	11,4 %
<i>Störung des Sozialverhaltens</i>	4	10,3 %	3	6,8 %
<i>Nicht-organische Insomnie</i>	2	5,1 %	4	9,1 %
<i>Phobische Störung des Kindesalters</i>	2	5,1 %	3	6,8 %
<i>Reaktive Bindungsstörung</i>	2	5,1 %	2	4,5 %
<i>Elektiver Mutismus</i>	1	2,6 %	1	2,3 %
<i>Emotionale Störung mit Trennungsangst</i>	1	2,6 %	1	2,3 %
<i>Vorübergehende Ticstörung</i>	1	2,6 %	0	0 %
<i>Pavor nocturnus</i>	0	0 %	1	2,3 %
Keine komorbide Diagnose	24	61,5 %	31	70,5 %

Bezüglich der Bildung der Eltern gab es einige Unterschiede: In der Kontrollgruppe überwogen die Eltern mit Hochschulabschluss, wohingegen in der Patientengruppe die Eltern mit Berufsausbildung in der Mehrzahl waren (Vgl. Tab. 2).

Zudem gab es bei der Anzahl an Kindern Unterschiede zwischen den Familien der Studiengruppen. In beiden Gruppen überwogen Familien mit zwei Kindern (76,92% in der Patientengruppe und 52,27% in der Kontrollgruppe). Jedoch fanden sich an zweiter Stelle bei der Patientengruppe Familien mit einem Kind (20,51%), während bei der Kontrollgruppe Drei-Kind-Familien mit 22,72% die zweitstärkste Gruppe darstellten (Vgl. Tab. 2).

Beim Beziehungsstatus der Eltern gab es nur geringe Unterschiede in den Studiengruppen (Vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Elterliche Faktoren: Bildungsstand, Beziehungsstatus und Anzahl der Kinder pro Familie; Prozentzahlen auf zwei Nachkommastellen gerundet

Elterliche Faktoren aus dem EBI				
Bildungsstand	Patienten		Kontrollen	
	Mütter	Väter	Mütter	Väter
Kein Abschluss	5,26 %	2,78 %	4,55 %	4,88 %
Berufsausbildung	65,79 %	55,56 %	29,55 %	26,83 %
Hochschulabschluss	26,32 %	38,89 %	61,36 %	68,29 %
Sonstiges	2,63 %	2,78 %	4,55 %	0 %

Beziehungsstatus	Patienten		Kontrollen	
	Mütter	Väter	Mütter	Väter
Feste Partnerschaft	96,77 %	100 %	93,18 %	-
Alleinerziehend	9,38 %	0 %	4,55 %	-

Anzahl der Kinder	Patienten	Kontrollen
	Ein-Kind-Familien	20,51 %
Zwei-Kind-Familien	76,92 %	52,27 %
Drei-Kind-Familien	2,56 %	22,73 %
Vier-Kind-Familien	0 %	6,82 %
Fünf-Kind-Familien	0 %	2,27 %

4.2 Elterliche Belastung in den Studiengruppen

4.2.1 Elterliche Belastung in der Patienten- und Kontrollgruppe

Zunächst soll die erste Hypothese dieser Arbeit behandelt werden: „Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen ist höher als bei Eltern von gesunden Kontrollen“.

Um diese Hypothese zu untersuchen, wurde die elterliche Belastung in Patienten- und Kontrollgruppe mit Hilfe des Eltern-Belastungs-Inventars (EBI) erfasst. Dabei werden an dieser Stelle der Gesamtwert des EBI sowie der Gesamtwert und die Unterskalen des Elternbereichs der Patienten- und Kontrollgruppe verglichen. Der Kindbereich des EBI wird an dieser Stelle nicht behandelt, da er Teil einer anderen Arbeit ist.

Mittelwerte und Standardabweichung der einzelnen Skalen des EBI sind in Tabelle 3 dargestellt, ebenso die Signifikanz des Unterschieds zwischen Patienten- und Kontrollgruppe.

Tabelle 3: Skalen des Eltern-Belastungs-Inventars mit Mittelwerten und Standardabweichungen (gerundet auf zwei Nachkommastellen)

Skalen des EBI	Patienten		Kontrollen		Signifikanz
	n = 39		n = 44		
	M	SD	M	SD	p
Gesamtskala T-Wert	54,23	9,78	51,55	12,57	0,285
Elternbereich T-Wert	52,79	9,12	51,25	11,60	0,506
Elterliche Bindung Stanine	4,92	1,81	4,39	1,38	0,131
Soziale Isolation Stanine	5,44	1,50	4,77	1,95	0,850
Elterliche Kompetenz Stanine	5,36	1,99	5,14	2,09	0,622
Elterliche Depression Stanine	6,85	1,91	6,73	2,08	0,788
Elterliche Gesundheit Stanine	5,21	1,54	4,82	2,05	0,331
Persönliche Einschränkung Stanine	5,03	1,66	4,66	1,70	0,324
Partnerbeziehung Stanine	5,50	1,66	5,36	1,61	0,696

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich ist, gibt es in keiner Skala des EBI einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten- und Kontrollgruppe. Daraus lässt sich ableiten, dass die Hypothese „Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen ist höher als bei Eltern von gesunden Kontrollen“ abzulehnen ist. Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen ist somit nicht höher als bei Eltern von gesunden Kontrollen.

4.2.2 Elterliche Belastung in Patientensubgruppen

In diesem Unterpunkt soll die zweite Hypothese dieser Arbeit betrachtet werden: „Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ist höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags“.

Zusätzlich zur elterlichen Belastung in Patienten- und Kontrollgruppe wurde hier die Belastung zwischen den zwei Gruppen „Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen“ (GI) und „Eltern von Kindern mit Einnässen tags und/oder nachts“ (HI) verglichen. Die genaue Aufteilung in die beiden Subgruppen wurde bereits in Abbildung 1 dargestellt.

Verglichen wurden auch hier der Gesamtskala-T-Wert des EBI, der T-Wert des Elternbereichs sowie die Stanine der einzelnen Unterskalen des Elternbereichs. Die Mittelwerte und Standardabweichungen derselben sind aus Tabelle 4 zu entnehmen, ebenso die Signifikanz des Unterschieds zwischen den beiden Studiengruppen

Tabelle 4: Skalen des Eltern-Belastungs-Inventars mit Mittelwerten und Standardabweichungen, gerundet auf zwei Nachkommastellen

Skalen des EBI	HI		GI		Signifikanz
	n = 12		n = 27		
	M	SD	M	SD	p
Gesamtskala T-Wert	51,50	9,40	55,44	9,07	0,250
Elternbereich T-Wert	50,75	9,20	53,70	9,11	0,357
Elterliche Bindung Stanine	4,58	1,88	5,07	1,80	0,442
Soziale Isolation Stanine	5,25	1,48	5,52	1,53	0,613
Elterliche Kompetenz Stanine	5,17	1,75	5,44	2,12	0,694
Elterliche Depression Stanine	6,42	1,93	7,04	1,91	0,357
Elterliche Gesundheit Stanine	5,00	1,60	5,30	1,54	0,587
Persönliche Einschränkung Stanine	5,00	1,54	5,04	1,74	0,950
Partnerbeziehung Stanine	5,45	1,92	5,52	1,58	0,916

Die Subgruppen unterschieden sich hinsichtlich des Gesamt-T-Werts ($t(37) = -1,168$; $p = 0,250$) und des Elternbereich-T-Werts ($t(37) = -0,932$; $p = 0,357$) nicht signifikant.

Auch in den Unterskalen des Elternbereichs waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erkennbar.

Die Hypothese „Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ist höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags“ ist also abzulehnen. Es gibt keinen Unterschied in der elterlichen Belastung zwischen den beiden Patientensubgruppen.

4.3 Elterliche Belastung und psychische Symptome des Kindes

Die dritte Hypothese dieser Arbeit beschäftigt sich mit den psychischen Symptomen und der elterlichen Belastung und lautet: „Es gibt Zusammenhänge zwischen Skalen der Elternbelastung und psychischer Symptome des Kindes“.

Die psychischen Symptome der Kinder in den Studiengruppen wurden mit Hilfe der Child Behavior Checklist (CBCL) erhoben. Zur Berechnung wurden der Gesamtwert der CBCL sowie die internalisierenden und externalisierenden Gesamt-T-Werte einbezogen. Bei diesen zeigten sich hoch bis höchst signifikante Unterschiede zwischen den Studiengruppen, wie auch aus Tabelle 5 zu entnehmen ist. Dabei waren 18,2 % der Patienten und 2,4 % der Kontrollen über dem klinischen Cut-Off des CBCL-Gesamtwerts.

Tabelle 5: CBCL-Werte in den Studiengruppen, auf zwei Nachkommastellen gerundet und Signifikanz des Unterschieds zwischen den Gruppen

T-Werte	Patienten n = 33			Kontrollen n = 42			Signifikanz p ¹
	M	SD	Prozent der Fälle > T = 63	M	SD	Prozent der Fälle > T = 63	
CBCL Internalisierend	52,52	9,60	12,1 %	44,02	9,88	2,4 %	< 0,001
CBCL Externalisierend	52,64	13,08	24,2 %	43,36	11,07	0 %	0,001
CBCL Gesamt	53,03	11,93	18,2 %	42,17	10,26	2,4 %	< 0,001

¹ t-Test bezieht sich auf die Mittelwertsunterschiede in den CBCL-Skalen

Um die elterliche Belastung in Bezug mit den psychischen Symptomen des Kindes zu bringen, wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen den Skalen des Eltern-Belastungs-Inventars und den T-Werten der CBCL gibt. Dies wurde mit Hilfe einer Pearson-Korrelation berechnet. Betrachtete man beide Studiengruppen zusammen, so zeigten sich durchgehend signifikante bis höchst signifikante positive Korrelationen zwischen den Skalen des EBI und den T-Werten der CBCL (Vgl. Tabelle 13 im Anhang).

Unterschied man zwischen Patienten- und Kontrollgruppe, so ergaben sich deutlich unterschiedliche Bilder (Vgl. Tab. 6 – 8):

Tabelle 6: EBI-Gesamt-T-Wert, Elternbereich-Gesamt-T-Wert sowie Rohwerte der Unterskalen des Elternbereichs und CBCL-Gesamtwert, Korrelationen nach Pearson

CBCL-Gesamtwert				
Skalen des EBI	Patienten		Kontrollen	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz p	Korrelation nach Pearson	Signifikanz p
EBI Gesamt-T-Wert	0,427	0,013	0,700	< 0,001
Elternbereich Gesamt	0,122	0,497	0,611	< 0,001
Elterliche Bindung	0,230	0,197	0,514	< 0,001
Soziale Isolation	0,134	0,457	0,419	0,006
Elterliche Kompetenz	0,189	0,293	0,476	0,001
Elterliche Depression	0,272	0,125	0,613	< 0,001
Elterliche Gesundheit	0,149	0,407	0,467	0,002
Persönliche Einschränkung	0,186	0,299	0,369	0,016
Partnerbeziehung	- 0,194	0,286	0,264	0,100

Tabelle 7: EBI-Gesamt-T-Wert, Elternbereich-Gesamt-T-Wert sowie Rohwerte der Unterskalen des Elternbereichs und externalisierender CBCL-Wert, Korrelationen nach Pearson

CBCL externalisierend				
Skalen des EBI	Patienten		Kontrollen	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz p	Korrelation nach Pearson	Signifikanz p
EBI Gesamt-T-Wert	0,431	0,012	0,688	< 0,001
Elternbereich Gesamt	0,104	0,563	0,590	< 0,001
Elterliche Bindung	0,347	0,048	0,552	< 0,001
Soziale Isolation	0,092	0,061	0,365	0,018
Elterliche Kompetenz	0,134	0,458	0,523	< 0,001
Elterliche Depression	0,266	0,135	0,648	< 0,001
Elterliche Gesundheit	0,014	0,940	0,458	0,002
Persönliche Einschränkung	0,140	0,436	0,355	0,021
Partnerbeziehung	- 0,239	0,187	0,290	0,070

Tabelle 8: EBI-Gesamt-T-Wert, Elternbereich-Gesamt-T-Wert sowie Rohwerte der Unterskalen des Elternbereichs und externalisierender CBCL-Wert, Korrelationen nach Pearson

CBCL internalisierend				
Skalen des EBI	Patienten		Kontrollen	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz p	Korrelation nach Pearson	Signifikanz p
EBI Gesamt-T-Wert	0,303	0,086	0,617	< 0,001
Elternbereich Gesamt	0,131	0,467	0,570	< 0,001
Elterliche Bindung	0,078	0,666	0,533	< 0,001
Soziale Isolation	0,191	0,286	0,434	0,004
Elterliche Kompetenz	0,167	0,352	0,433	0,004
Elterliche Depression	0,199	0,266	0,438	0,004
Elterliche Gesundheit	0,178	0,322	0,418	0,006
Persönliche Einschränkung	0,228	0,201	0,372	0,015
Partnerbeziehung	- 0,027	0,885	0,230	0,153

Wie in Tabelle 6 bis 8 zu erkennen ist, ergaben sich in der Patientengruppe nur wenige signifikante positive Korrelationen mit dem CBCL-Gesamtwert und dem externalisierenden CBCL-Wert, während es in der Kontrollgruppe signifikante positive Korrelationen in allen Bereichen der CBCL und allen untersuchten Bereichen des EBI gab – mit Ausnahme der Unterskala „Partnerbeziehung“.

Die Hypothese „Es gibt Zusammenhänge zwischen Skalen der Elternbelastung und psychischer Symptome des Kindes“ ist für die Patientengruppe somit abzulehnen.

Zwar korrelieren der Gesamt-T-Wert der CBCL und der externalisierende CBCL-Wert positiv mit dem Gesamtwert des EBI, jedoch nicht mit dem Gesamtwert des Elternbereichs des EBI und – bis auf eine Ausnahme bei „Elterlicher Bindung“ – nicht mit den einzelnen Unterskalen. Es lässt sich also ableiten, dass Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen und zusätzlichen psychischen Symptomen nicht – bzw. nur in einzelnen Punkten – belasteter sind als Eltern von unauffälligen Kindern mit Ausscheidungsstörungen.

Dagegen lässt sich erkennen, dass Eltern von Kontrollen mit zusätzlichen psychischen Symptomen deutlich belasteter sind als Eltern von Kontrollen ohne zusätzlich psychische Symptome und belasteter als Patienten mit zusätzlichen psychischen Symptomen. Eine Ausnahme bildet die Partnerbeziehung – hier gibt es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den psychischen Symptomen und der elterlichen Belastung.

Die Hypothese „Es gibt Zusammenhänge zwischen Skalen der Elternbelastung und psychischer Symptome des Kindes“ ist für die Kontrollgruppe also anzunehmen; hier findet sich ein deutlicher Zusammenhang.

4.4 Elterliche Belastung und Komorbidität

4.4.1 Elterliche Belastung und Komorbidität in Patienten- und Kontrollgruppe

Analog zur elterlichen Belastung bei psychischen Symptomen des Kindes, wurde untersucht, ob es Zusammenhänge zwischen kindlichen psychischen Komorbiditäten und der Belastung der Eltern gibt. Die zu untersuchende Hypothese lautete „Die Belastung von Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen und zusätzlichen psychischen Störungen ist höher als bei Eltern von unauffälligen Kindern mit Ausscheidungsstörungen und höher als bei Kontrollen“.

Die Studiengruppen wurden bezüglich der Mittelwerte der einzelnen Unterskalen des Elternbereichs sowie des Gesamtskala-T-Werts verglichen. Die Mittelwerte für den Gesamtskalawert und den Gesamtwert des Elternbereichs sind aus Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9: Gesamtskala-T-Werte und T-Werte des Elternbereichs (auf zwei Nachkommastellen gerundet)

	Gesamtskala EBI		Elternbereich EBI	
	M	SD	M	SD
Patienten mit Komorbidität (n = 15)	56,47	8,58	52,93	8,22
Patienten ohne Komorbidität (n = 24)	52,83	10,39	52,71	9,81
Kontrollen mit Komorbidität (n = 13)	64,31	13,03	61,85	12,77
Kontrollen ohne Komorbidität (n = 31)	46,19	7,63	46,81	7,66

Zur Berechnung wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) für den Gesamtwert des EBI und für den Gesamtwert des Elternbereichs des EBI genutzt. Die einzelnen Unterskalen des Elternbereichs wurden mittels einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse (MANOVA) analysiert, jeweils mit den Faktoren „Gruppe“ (Kontrolle oder Patient) und „psychische Komorbidität“.

Tabelle 10: Haupteffekte der Varianzanalysen

Skala des EBI	Signifikanz	Signifikanz	Signifikanz
	Gruppe	Komorbidität	Interaktionseffekt
Gesamt-T-Wert	0,789	< 0,001	0,002
Elternbereich Gesamt	0,491	0,001	0,001
Elterliche Bindung	0,312	0,007	0,448
Soziale Isolation	0,343	0,024	0,073
Elterliche Kompetenz	0,813	0,046	0,027
Elterliche Depression	0,675	0,015	0,199
Elterliche Gesundheit	0,816	0,003	< 0,001
Persönliche Einschränkung	0,886	0,045	0,006
Partnerbeziehung	0,455	0,355	0,003

Tabelle 10 stellt die Haupteffekte der ANOVAs bzw. der MANOVA dar: Es zeigte sich ein signifikanter Einfluss des Faktors „Komorbidität“ auf die Elterliche Belastung – mit Ausnahme der Subskala „Partnerbeziehung“. Zudem zeigten sich über fast alle Skalen des EBI signifikante Interaktionseffekte zwischen Gruppe und Komorbidität – mit Ausnahme des Bereichs „Elterliche Bindung“. Diese Interaktionseffekte wurden nachfolgend graphisch dargestellt:

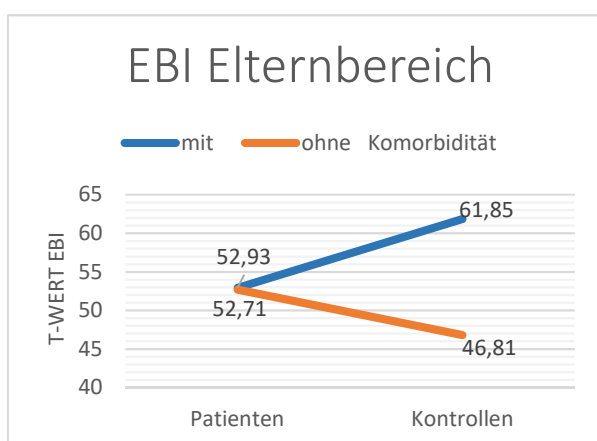


Abbildung 2: Mittelwerte des Gesamtwerts des Elternbereichs und Interaktionseffekte

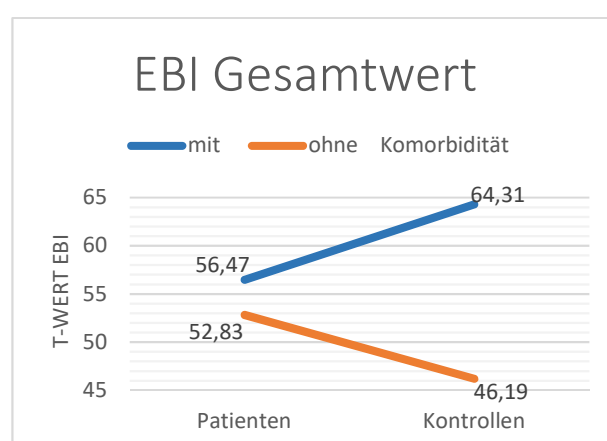


Abbildung 3: Mittelwerte des EBI-Gesamtwerts und Interaktionseffekte

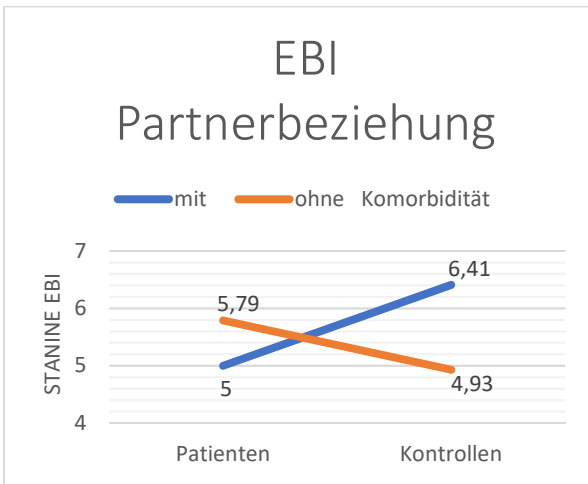


Abbildung 4: Mittelwerte der EBI-Unterskala „Paar-Beziehung“ und Interaktionseffekte

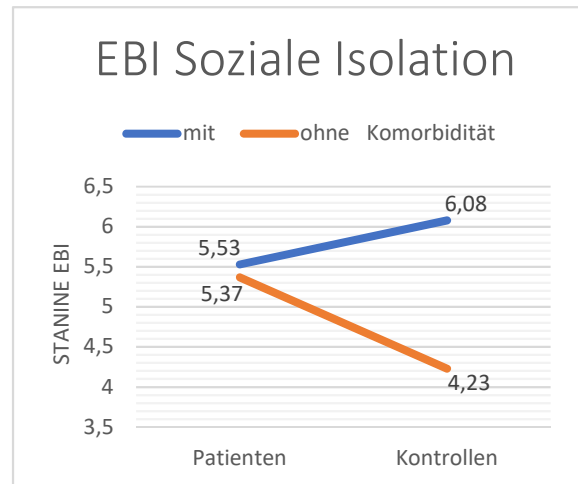


Abbildung 5: Mittelwerte der EBI-Unterskala „Soziale Isolation“ und Interaktionseffekte

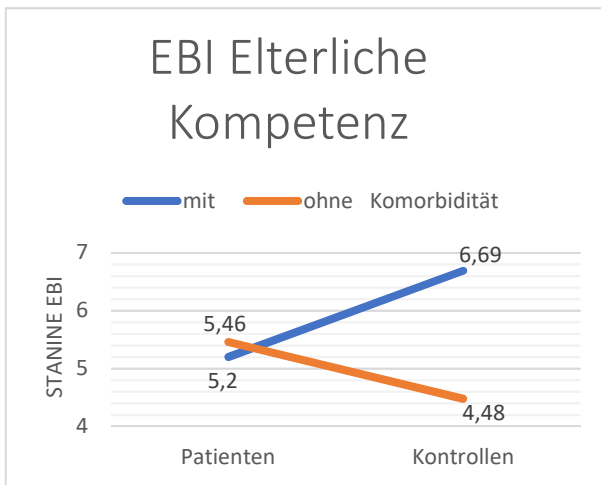


Abbildung 6: Mittelwerte der EBI-Unterskala „Elterliche Kompetenz“ und Interaktionseffekte

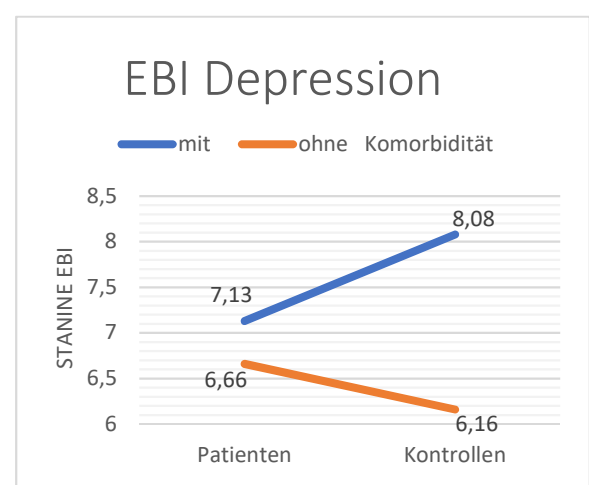


Abbildung 7: Mittelwerte der EBI-Unterskala „Elterliche Depression“ und Interaktionseffekte

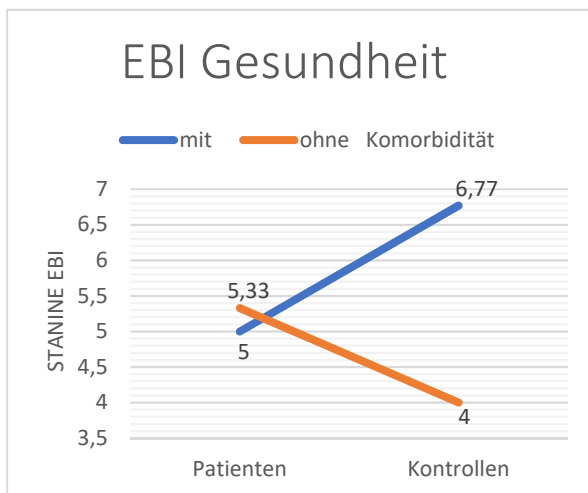


Abbildung 8: Mittelwerte der EBI-Unterskala „Elterliche Gesundheit“ und Interaktionseffekte

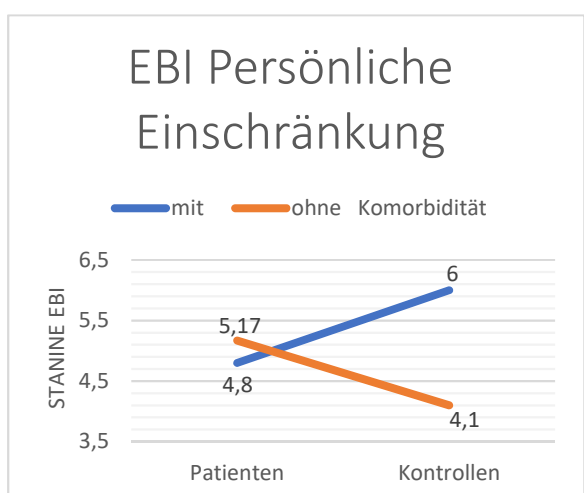


Abbildung 9: Mittelwerte der EBI-Unterskala „Persönliche Einschränkung“ und Interaktionseffekte

Aus den Grafiken wird deutlich, dass die Eltern der Kontrollpersonen mit Komorbidität deutlich höher belastet waren als die Eltern der Patienten mit Komorbidität. Dagegen waren die Eltern von

Kontrollen ohne Komorbidität weniger belastet als die Eltern von Patienten ohne Komorbidität. Auffallend war zudem der große Unterschied in der Belastung zwischen den Eltern von Kontrollen mit und ohne Komorbidität und – im Gegensatz dazu – der geringe Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen.

Die Hypothese „Die Belastung von Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen und zusätzlichen psychischen Störungen ist höher als bei Eltern von unauffälligen Kindern mit Ausscheidungsstörungen und höher als bei Kontrollen“ ist somit abzulehnen.

Zwar zeigte sich ein signifikanter Einfluss des Faktors „Komorbidität“ auf die Elterliche Belastung über fast alle Subskalen, betrachtete man jedoch die Patientengruppe isoliert, so zeigten sich nur sehr geringe Unterschiede in der Belastung; insbesondere der Gesamtwert des Elternbereichs unterschied sich kaum zwischen Patienten mit und ohne Komorbidität. In den einzelnen Subskalen erreichten die Patienten ohne Komorbidität sogar zum Teil etwas höhere Werte der Elternbelastung als die Patienten mit Komorbidität. Lediglich im Gesamtwert des EBI zeigten sich die Eltern von Patienten mit Komorbidität belasteter als die Eltern von Patienten ohne Komorbidität, aber auch dieser Unterschied war gering.

Zudem waren die Eltern von Patienten mit zusätzlicher psychischer Störung nicht stärker, sondern sogar deutlich geringer belastet als die Eltern von Kontrollen mit Komorbidität. Lediglich die Patienten ohne zusätzliche Komorbidität waren belasteter als die Eltern von Kontrollen ohne psychische Störung.

4.4.2 Elterliche Belastung und Komorbidität in Patientensubgruppen

Zusätzlich zu den Zusammenhängen zwischen kindlichen psychischen Komorbiditäten und der Belastung der Eltern in Patienten- und Kontrollgruppe, soll in diesem Punkt untersucht werden, ob es auch Zusammenhänge zwischen kindlichen psychischen Komorbiditäten und der elterlichen Belastung zwischen Eltern von Patienten mit Ausscheidungsstörungen des Gastrointestinaltrakts (GI) und Eltern von Patienten mit Enuresis oder funktioneller Harninkontinenz (HI) gibt. Die genaue Aufteilung in diese Patientensubgruppen wurde zu Beginn des Ergebnisteils in Abbildung 2 erläutert.

Die zu untersuchende Hypothese hierzu lautet: „Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen und einer zusätzlichen psychischen Störung, ist höher als bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ohne eine zusätzliche psychische Störung und ist höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags.“

Dazu wurden im Folgenden der Gesamtskala-T-Wert des EBI sowie der Gesamt-T-Wert des Elternbereichs herangezogen. Die Mittelwerte für den Gesamtskalawert und den Gesamtwert des

Elternbereichs sind aus Tabelle 11 zu entnehmen. Zur Berechnung wurde jeweils eine einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA) genutzt. Die Haupteffekte derselben finden sich in Tabelle 12.

Gesamtskala-T-Werte und T-Werte des Elternbereichs (auf zwei Nachkommastellen gerundet)

	Gesamtskala EBI		Elternbereich EBI	
	M	SD	M	SD
GI und Komorbidität (n = 11)	58,27	8,67	54,36	8,90
GI ohne Komorbidität (n = 16)	53,50	10,44	53,25	9,51
HI und Komorbidität (n = 4)	51,50	6,95	49,00	4,76
HI ohne Komorbidität (n = 8)	51,50	10,86	51,63	10,98

Tabelle 12: Haupteffekte der einfaktorischen Varianzanalysen

Skala des EBI	Signifikanz Gruppe	Signifikanz Komorbidität	Signifikanz Interaktionseffekt
Gesamt-T-Wert	0,226	0,507	0,507
Elternbereich Gesamt	0,311	0,825	0,586

Es zeigte sich kein signifikanter Einfluss der Faktoren „Gruppe“ oder „Komorbidität“ auf die elterliche Belastung. Auch zeigten sich keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen „Gruppe“ und „Komorbidität“.

Nachfolgend wurden die Mittelwerte für den Gesamtskalawert des EBI und den Gesamtwert des Elternbereichs in den einzelnen Subgruppen graphisch dargestellt:

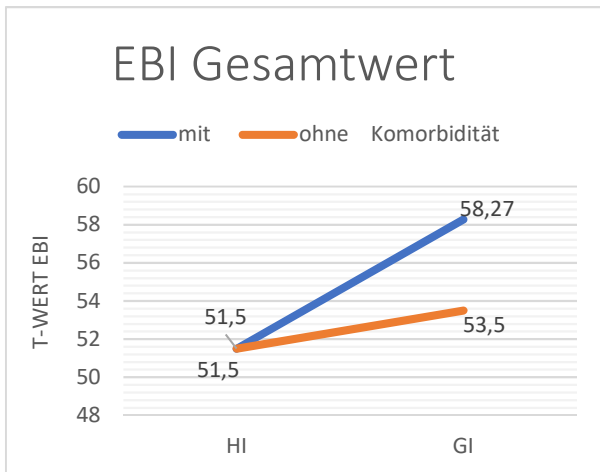


Abbildung 11: Mittelwerte des Gesamtwerts des Elternbereichs in den Patientensubgruppen

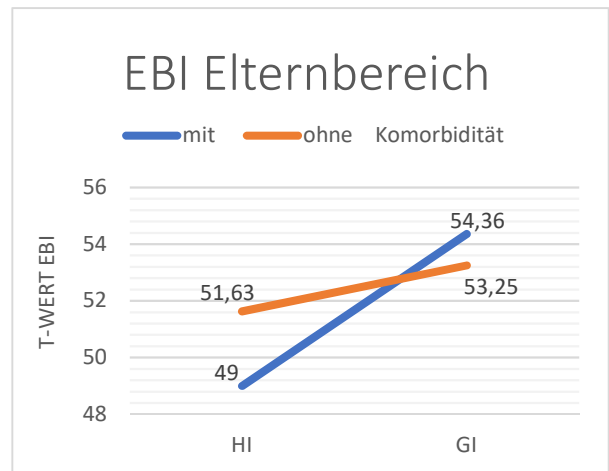


Abbildung 10: Mittelwerte des EBI-Gesamtwerts in den Patientensubgruppen

Graphisch erscheinen die Eltern von Patienten mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, bezogen auf den Gesamtwert des EBI belasteter als die Eltern von Patienten mit Einnässen tags/nachts. Auch zeigen sich höhere Werte bei Patienten mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen und bei denen eine zusätzliche psychische Komorbidität vorliegt. Diese Unterschiede sind jedoch gering und ohne Signifikanz (Vgl. Tab. 12).

Betrachtet man den Elternbereich des EBI, so erreichen auch hier die Eltern von Patienten mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, höhere Mittelwerte als die Eltern von einnässenden Patienten. Zusätzlich zeigen sich Unterschiede in beiden Subgruppen zwischen Patienten mit und ohne zusätzliche psychische Störung. Aber auch hier sind die Unterschiede sehr gering und erreichen keine Signifikanz (Vgl. Tab. 12).

Entsprechend ist die Hypothese „Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen und einer zusätzlichen psychischen Störung, ist höher als bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ohne eine zusätzliche psychische Störung und ist höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags.“ abzulehnen.

5. Diskussion

5.1 Elterliche Belastung in den Studiengruppen

5.1.1 Elterliche Belastung in der Patienten- und Kontrollgruppe

Hypothese 1: Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen ist höher als bei Eltern von gesunden Kontrollen

Es gibt einige Studien, die sich mit der Lebensqualität von Eltern von Kindern mit funktionellen Ausscheidungsstörungen beschäftigen. Besonders gut untersucht ist eine Verringerung der (gesundheitsbezogenen) elterlichen Lebensqualität durch eine kindliche Enuresis (Meydan et al., 2012; Naitoh et al., 2012; Kilicoglu et al., 2014), aber auch Enkopresis und funktionelle Obstipation scheinen die elterliche Lebensqualität zu beeinträchtigen (Kaugars et al., 2010; Choi et al., 2019). Im Gegensatz dazu fanden Equit et al. in einer gemischten Gruppe von Kindern mit Enuresis, funktioneller Harninkontinenz und Enkopresis keine verringerte elterliche Lebensqualität; der diesbezügliche Fragebogen wurde jedoch nur von wenigen Eltern ausgefüllt (Equit et al., 2014).

Die Definitionen von Lebensqualität und gesundheitsbezogener Lebensqualität sind ebenso wie die Definition der elterlichen Belastung multifaktoriell und abhängig von verschiedenen Variablen (z.B. Karimi & Brazier, 2016). Betrachtet man Lebensqualität als ein dem Konzept der elterlichen Belastung ähnliches Konstrukt, so würde man erwarten, dass – analog der verringerten elterlichen Lebensqualität bei Kindern mit Ausscheidungsstörungen – eine erhöhte elterliche Belastung bei diesen Kindern vorliegen könnte.

Bisher gibt es jedoch nur wenige Arbeiten, die sich mit der elterlichen Belastung von Eltern mit Kindern mit funktionellen Ausscheidungsstörungen beschäftigen:

Die aktuellste Arbeit stammt von Roccella et al. und zeigte eine etwa doppelt so hohe elterliche Belastung bei Kindern mit primärer monosymptomatischer Enuresis nocturna im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe. Zur Erfassung der elterlichen Belastung wurde der Parental Stress Index – Short Form (PSI-SF) genutzt, die englischsprachige Kurzversion des Eltern-Belastungs-Inventars (EBI) (Roccella et al., 2019).

Cushing et al. konnten in einer 2016 veröffentlichten Studie zeigen, dass Eltern von Kindern mit Enkopresis und Stuhlinkontinenz (funktioneller wie organischer Genese) deutlich belasteter waren als Eltern in der gesunden Kontrollgruppe. Es wurde der Parental Stress Index (PSI) als Messinstrument benutzt. Jedoch überwogen in dieser Studie Kinder mit Stuhlinkontinenz organischer Genese deutlich die Gruppe der Kinder mit einer funktionellen Enkopresis (30%) (Cushing et al., 2016).

Chang, Ng und Wong veröffentlichten 2002 eine Studie zu elterlicher Belastung von Eltern von Kindern mit primärer Enuresis nocturna. Auch in dieser Studie wurde der PSI zur Erfassung der elterlichen Belastung eingesetzt und auch hier zeigten sich die Eltern in der Patientengruppe deutlich belasteter (Chang, Ng & Wong, 2002).

De Bruyne et al. untersuchten in einer 2009 veröffentlichten Studie die elterliche Belastung von Eltern von Kindern mit Enuresis nocturna. Auch sie fanden deutlich höhere Werte in allen Skalen des PSI und damit eine deutlich höhere Belastung der Eltern in der Patientengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (De Bruyne et al., 2009).

Auch in einer weiteren Studie von Cederblad et al., veröffentlicht 2013, in der anstatt des PSI ein teil-strukturiertes Interview genutzt wurde, zeigten sich die Eltern von Kindern mit Enuresis nocturna deutlich belastet.

Diesen Ergebnissen steht die vorliegende Studie gegenüber: Hier konnte gezeigt werden, dass die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen nicht höher war als bei Eltern von gesunden Kontrollen. So zeigten sich weder im Gesamtwert des Eltern-Belastungs-Inventars, noch im Gesamtwert des Elternbereichs signifikante Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollen. Auch in den einzelnen Unterskalen des Elternbereichs gab es keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Studiengruppen. So musste die Hypothese „Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen ist höher als bei Eltern von gesunden Kontrollen“ abgelehnt werden.

Auch wenn die vorliegende Arbeit einige Ähnlichkeiten mit den oben genannten Studien aufweist, so gibt es doch deutliche Unterschiede, die dieses abweichende Ergebnis bedingen könnten: So wurden die Patienten in den genannten Studien größtenteils aus pädiatrischen Kliniken oder interdisziplinären Zentren rekrutiert (De Bruyne et al., 2009; Chang, Ng & Wong, 2002; Cushing et al., 2016), während für die vorliegende Arbeit Patienten aus einer Spezialambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht wurden. Nur in der Arbeit von Roccella et al. erfolgte die Rekrutierung der Patienten ebenfalls aus kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken (Roccella et al., 2019).

Auch die Altersspanne der eingeschlossenen Kinder variiert deutlich: während in dieser Arbeit nur Kinder im Alter von drei bis einschließlich sechs Jahren eingeschlossen wurden, variierte die Altersspanne in den oben aufgeführten Studien zwischen 5,5 und 11,6 Jahren (Roccella et al. 2019), drei und 12 Jahren (Cushing et al., 2016), vier und 15 Jahren (Chang, Ng & Wong, 2002) und zwischen fünf und 13 Jahren (De Bruyne et al., 2009). Zusätzlich ist das Studienkollektiv aus Hong Kong von Chang, Ng und Wong nur bedingt mit dem Studienkollektiv dieser Arbeit vergleichbar.

Die vorliegende Studie ist zudem die einzige, in der alle Arten von Ausscheidungsstörungen – einschließlich Obstipation und Toilettenverweigerungssyndrom – eingeschlossen wurden, während in den bisherigen Studien meist nur einzelne Ausscheidungsstörungen (insbesondere Enuresis nocturna) untersucht wurden (De Bruyne et al., 2009; Chang, Ng & Wong, 2002; Roccella et al., 2019). Im Gegensatz zur Studie von Cushing et al., in welcher Kinder mit Stuhlinkontinenz jedweder Genese untersucht wurden (Cushing et al., 2016), wurden in der vorliegenden Arbeit Kinder mit einer organischen Ursache für die Ausscheidungsstörung ausgeschlossen.

Ein sehr großer und wichtiger Unterschied ist, dass für die vorliegende Studie die psychiatrischen Komorbiditäten in der Patienten- und Kontrollgruppe systematisch mithilfe eines diagnostischen Interviews (SIVA) erfasst wurden, während in den oben genannten Studien lediglich die psychischen Auffälligkeiten mithilfe von Fragebögen, wie beispielsweise der CBCL, erfasst wurden (Chang, Ng & Wong, 2002; De Bruyne et al. 2009; Roccella et al., 2019).

Die wichtigsten Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der vorliegenden Arbeit und den oben genannten Studien wurden übersichtlich in Abbildung 13 dargestellt.

Diese Unterschiede könnten auch das Ergebnis dieser Arbeit begründen, welches sich deutlich von allen bisherigen Studienergebnissen zu diesem Thema unterscheidet.

So könnte das höhere Alter der Patienten in den genannten Studien zu der erhöhten elterlichen Belastung beigetragen haben. Es erscheint logisch – obwohl es dazu bisher kaum Untersuchungen gab –, dass die elterliche Belastung bei älteren Kindern und Jugendlichen mit Ausscheidungsstörungen höher ist als bei jüngeren Kindern. So konnten Cederblad et. al. in ihrer Studie zeigen, dass Eltern von Kindern mit Enuresis sich oftmals für ihre Kinder schämen und die Erkrankung als stigmatisierend empfinden. Zudem sehen sie es häufig als ihre Pflicht an, das Einnässen zu verheimlichen, um ihr Kind vor Hänseleien und Gerede zu schützen (Cederblad et. al., 2013), was mit zunehmendem Alter natürlich schwieriger wird. Je älter die Kinder, desto weniger Verständnis wird zudem für die Enuresis und deren Therapie aufgebracht (Butler, Brewin & Forsythe, 1986). Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität der einnässenden Kinder sinkt mit zunehmendem Alter (Jönson et al., 2017). In einer Studie zur Stuhlinkontinenz bei Kindern mit anorektaler Malformation konnte gezeigt werden, dass das Level der elterlichen Belastung mit zunehmendem Alter der inkontinenten Kinder ansteigt (Hassink et al., 1998). Bei Kindern mit funktioneller Obstipation nehmen Verhaltensprobleme mit höherem Alter der Kinder zu (El-Sonbaty et al., 2019). All das könnte für eine höhere elterliche Belastung bei Eltern von älteren Kindern mit Ausscheidungsstörungen sprechen und die Unterschiede zwischen den Ergebnissen der bisherigen Studien, in denen auch ältere Kinder eingeschlossen wurden, und der vorliegenden Arbeit mit bedingen.

Während in den meisten hier vorgestellten Arbeiten und auch in dieser Studie körperliche Erkrankungen ausgeschlossen waren, wurden in der Arbeit von Cushing et al. auch Kinder mit organischer Stuhlinkontinenz eingeschlossen. Hier könnte das gleichzeitige Vorliegen einer körperlichen Erkrankung zur erhöhten elterlichen Belastung in der Patientengruppe beigetragen haben. So ist für viele körperliche Erkrankungen ein Zusammenhang mit erhöhter elterlicher Belastung nachgewiesen, zum Beispiel für Diabetes mellitus Typ 1 (z.B. Bassi et al., 2020), Sehbehinderungen (z.B. Sakkalou et al., 2018) oder Epilepsie (z.B. Operto et al., 2019). Auch Eltern von Kindern mit Spina bifida, welche in der Regel mit organischer Stuhl- und Harninkontinenz vergesellschaftet ist, zeigen eine deutlich erhöhte elterliche Belastung (Vermaes et al., 2008; Bannink, Idro & van Hove, 2016). Auch ein Morbus Hirschsprung scheint mit moderat erhöhtem elterlichem Stress einherzugehen (Judd-Glossy et al., 2021). Andererseits konnte in einer Arbeit von Judd-Glossy et al. gezeigt werden, dass die Eltern von Kindern mit funktioneller Obstipation belasteter waren als die Eltern von Kindern mit anorektalen Malformationen, Morbus Hirschsprung oder spinalen Fehlbildungen (Judd-Glossy et al., 2021). In der Studie von Cushing et al. stellten Kinder mit anorektaler Malformation noch vor der funktionellen Obstipation die größte Subgruppe von Patienten mit Stuhlinkontinenz, andere Krankheiten lagen wesentlich seltener vor (Cushing et al., 2016). Gerade das alleinige Vorliegen einer anorektalen Malformation scheint jedoch nicht mit erhöhtem elterlichem Stress einherzugehen (Hassink et al., 1998; Wigander et al., 2018), was wiederum gegen die These spricht, dass die erhöhte elterliche Belastung in diesem Fall durch das Vorliegen kindlicher körperlicher Erkrankungen zustande kommen könnte.

Ein weiterer – und wahrscheinlich der wichtigste - Grund für dieses Ergebnis könnte die Zusammensetzung von Patienten- und Kontrollgruppe sein. Während in der Allgemeinbevölkerung von einer Prävalenz kinderpsychiatrischer Störungen von 16 bis 22% auszugehen ist (Steinhausen, 2010), ist die Häufigkeit einer komorbiden Störung bei Kindern mit Enuresis (20 – 40 %) oder Enkopresis (30 – 50%) deutlich erhöht (von Gontard 2011a; von Gontard 2011b). Dies spiegeln die Studiengruppen in der vorliegenden Arbeit aber nicht wider: hier ist die Rate an komorbiden Störungen mit 38,5% in der Patientengruppe und 29,5% in der Kontrollgruppe nicht signifikant unterschiedlich.

Kinderpsychiatrische Störungen können jedoch einen wesentlichen Faktor für die elterliche Belastung darstellen, insbesondere externalisierende Störungen wie ADHS (Theule et al., 2010; Wiener et al., 2016; Szép et al., 2021), oppositionelles Trotzverhalten (Liu et al., 2018) oder eine Störung des Sozialverhaltens (Rockhill et al., 2013) gehen mit erhöhter elterlicher Belastung einher. Auch Schlafstörungen (Wake et al., 2006; Millikovsky-Ayalon, Atzaba-Poria & Meiri, 2015) scheinen die elterliche Belastung zu erhöhen. Besonders gut untersucht ist der Zusammenhang von Entwicklungsstörungen wie Autismus-Spektrum-Erkrankungen und der damit einhergehenden erhöhten elterlichen Belastung (z.B. Baker-Ericzén, Brookman-Fraze & Stahmer, 2005; Du-

arte et al., 2005; Valicenti-McDermott et al., 2015; Giovagnoli et al., 2015). Bouma und Schweizer kamen in einer 1990 veröffentlichten Studie sogar zu dem Ergebnis, dass Eltern von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen belasteter waren als Eltern von Kindern mit Mukoviszidose. Für andere (internalisierende) psychische Erkrankungen wie beispielsweise Schlafstörungen ist bisher kein eindeutiger Zusammenhang mit einer erhöhten elterlichen Belastung nachgewiesen (Telman et al., 2017), auch wenn ein Zusammenhang von internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und erhöhter elterlicher Belastung nachgewiesen ist (Rodriguez 2011; Hart & Kelly 2006; Stone et al., 2016).

Da in den oben genannten Studien leider keine Erfassung der psychiatrischen Komorbidität erfolgte, ist ein direkter Vergleich der Komorbiditätsraten leider nicht möglich. Geht man davon aus, dass in den bisherigen Studien die Häufigkeit der kinderpsychiatrischen Störungen in der Kontrollgruppe denen in der Allgemeinbevölkerung entsprach, während die Rate an psychiatrischen Komorbiditäten in der Patientengruppe erhöht war, so wäre dies eine mögliche Erklärung für die geringere elterliche Belastung in der Kontrollgruppe. Dafür spricht auch, dass sich in der Arbeit von Roccella et al. die größten Unterschiede der elterlichen Belastung in den kindlichen Subskalen zeigten, während die geringsten Unterschiede im Elternbereich zu finden waren (Roccella et al., 2019). Die elterliche Belastung schien also weniger aus der generellen Elternrolle zu stammen als daher, ein „schwieriges“ Kind zu versorgen und zu erziehen (Roccella et al., 2019). Zwar wurden in dieser Arbeit ausschließlich Kinder mit primärer monosymptomatischer Enuresis erfasst, neuere Arbeiten zeigen aber auch bei der PMEN eine erhöhte Rate von psychiatrischen Komorbiditäten und Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (von Gontard et al., 2015a).

	Vorliegende Studie	De Bruyne et al., 2009	Cushing et al., 2016	Chang et al., 2002	Roccella et al., 2019
Alter der Probanden	3 bis 6 Jahre M = 5,48 Jahre	5 bis 13 Jahre M = 8,42 Jahre	3 bis 12 Jahre M = 6,27 Jahre	5 bis 13 Jahre M = 8,42 Jahre	5,5 bis 11,6 Jahre
Art der ASS ¹	Alle Arten von ASS ¹	Enuresis nocturna	Stuhlinkontinenz; auch organische	Enuresis nocturna	PMEN
Rekrutierung der Patienten	Spezialambulanz der KJP	Pädiatrische Klinik	Darmzentrum interdisziplinär	Pädiatrische Klinik	KJP Kliniken
Erfassung von Komorbidität	Ja SIVA-Interview	Nein	Nein	Nein	Nein
Erfassung elterliche Belastung	EBI = deutsche Version des PSI	PSI = Parental stress index	PSI-SF = PSI, short form	PSI = Parental stress index	PSI-SF = PSI, short form

Abbildung 12: Unterschiede und Gemeinsamkeiten dieser Arbeit und der bisher vorliegenden Studien zu elterlicher Belastung und Ausscheidungsstörungen; ¹)ASS = Ausscheidungsstörungen

5.1.2 Elterliche Belastung in Patientensubgruppen

Hypothese 2: Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ist höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags

Bisher gab es keine Arbeit, die die Belastung von Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen des Gastrointestinaltraktes und von Eltern von Kindern mit Einnässen vergleicht (Stand April 2022).

Es wäre zu erwarten gewesen, dass sich in der vorliegenden Studie die Eltern von Kindern mit einer Ausscheidungsstörung des Gastrointestinaltrakts belasteter zeigen als die Eltern von einnässenden Kindern. So ist die Häufigkeit komorbider psychischer Störungen bei Kindern mit Enkopresis mit 30 – 50 % erhöht im Vergleich zu 20 – 40% bei Kindern mit Einnässen (von Gontard, 2010), insbesondere oppositionelles Verhalten und Probleme in Aufmerksamkeit und Aktivität sind häufig (Joinson et al., 2006). Gerade externalisierende Verhaltensweisen und Störungen wie oppositionelles Trotzverhalten oder ADHS sind mit hoher elterlicher Belastung assoziiert (Schellinger et al., 2020; Liu et al., 2018; Sép et al., 2021). Liegt gleichzeitig zur Enkopresis noch ein Einnässen vor, eine sogenannte „bladder and bowel dysfunction“, so sind die Komorbiditätsraten noch einmal deutlich höher (von Gontard, 2010; von Gontard et al., 2015a). Eine BDD liegt bei ca. einem Drittel der einkotenden Kinder vor (von Gontard, 2010), in dieser Arbeit sogar bei 50% der Kinder mit Enkopresis. Auch andere Ausscheidungsstörungen des Gastrointestinaltrakts wie das Toilettverweigerungssyndrom gehen mit deutlich erhöhtem Auftreten von psychiatrischen Komorbiditäten und Verhaltensauffälligkeiten einher (Niemyczyk et al., 2014). Zusätzlich zeigten einige Studien eine Assoziation von funktioneller Stuhlinkontinenz mit Übergewicht, Fettleibigkeit und Essensproblemen (Wagner et al., 2015; Warner et al., 2019). Dies ist insofern für diese Arbeit interessant, da epidemiologische Studien auf einen Zusammenhang zwischen hoher elterlicher Belastung und einem erhöhten BMI des Kindes hinweisen (Tate et al., 2015; Shankardass et al., 2014). Eine Enkopresis, bei der die Kinder zumeist tagsüber einkoten (von Gontard, 2010), lässt sich zudem oftmals schwieriger vor dem Umfeld verheimlichen als beispielsweise die nächtliche Enuresis. So ist es auch nicht verwunderlich, dass Kinder mit Enkopresis deutlich häufiger sowohl Opfer als auch Täter von Mobbing waren (Joinson et al., 2006), schlechtere Schulleistungen zeigten und häufigere Fehltage in der Schule aufwiesen (Olaru et al., 2016). Ihr Selbstbewusstsein war verringert (Owens-Stively, 1987; Joinson et al., 2006). Auch die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität von Kindern mit funktionellen Störungen des Gastrointestinaltrakts ist deutlich reduziert (Vriesman et al., 2019; Brownrigg et al., 2017). Dies alles sind mögliche Faktoren, die einen Einfluss auf die elterliche Belastung haben könnten.

Wie bereits im Ergebnisteil dargestellt, wurden die Patienten für die Berechnung in zwei Gruppen eingeteilt: Zur Gruppe von Patienten mit Ausscheidungsstörungen des Gastrointestinaltrakts wurden alle Kinder gezählt, die eine Enkopresis und/oder eine Obstipation und/oder ein Toilettenverweigerungssyndrom aufwiesen. Zusätzlich konnte eine Enuresis und/oder funktionelle Harninkontinenz vorliegen. Zur zweiten Gruppe wurden alle Patienten mit Enuresis und/oder funktioneller Harninkontinenz, aber ohne Enkopresis, Obstipation oder Toilettenverweigerungssyndrom gezählt.

Entgegen der Erwartung ließ sich jedoch kein Unterschied in der elterlichen Belastung zwischen den beiden Gruppen ausmachen. Zwar zeigten sich durchgehend höhere Mittelwerte in den Skalen des EBI bei den Kindern mit Ausscheidungsstörungen des Gastrointestinaltrakts als bei den einnässenden Kindern; die Unterschiede waren jedoch ohne Signifikanz. Entsprechend ist die Hypothese „Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ist höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags“ abzulehnen. Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ist nicht höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags

Möglicherweise ist dieses überraschende Ergebnis durch die geringe Anzahl von Patienten mit gastrointestinalen Ausscheidungsstörungen in dieser Arbeit bedingt. Zwar machen die Patienten mit Enkopresis, TVS, funktioneller Obstipation und BBD insgesamt 69,2% der gesamten Patientengruppe aus, die Gesamtzahl ist mit 27 Patienten aber nicht hoch. Zudem unterteilen diese sich noch in die einzelnen Subgruppen der gastrointestinalen Ausscheidungsstörungen. Möglicherweise würden die in der aktuellen Arbeit nur geringen Unterschiede bei höheren Fallzahlen und/oder homogeneren Patientengruppen eine Signifikanz erreicht. Denkbar ist auch ein Deckeneffekt, wie er zum Beispiel auch für die elterliche Belastung bei Autismus-Spektrum-Störungen und Ausscheidungsstörungen diskutiert wird (Niemczyk et al., 2019).

5.2 Elterliche Belastung und psychische Symptome des Kindes

Hypothese 3: Es gibt Zusammenhänge zwischen Skalen der Elternbelastung und psychischer Symptome des Kindes

Der Zusammenhang zwischen einer erhöhten Rate an Verhaltensproblemen und psychischen Symptomen bei Kindern und dem Vorliegen einer Ausscheidungsstörung ist relativ gut untersucht. Bereits 1994 konnten Benninga et al. zeigen, dass Kinder mit Enkopresis deutlich häufiger im klinischen Bereich der CBCL lagen (38,5 – 44,2 % gegenüber 10 % in der Kontrollgruppe).

Auch Kindern mit Enuresis und funktioneller Harninkontinenz waren mit 28,2 % deutlich häufiger im klinischen Bereich der CBCL als gesunde Kontrollen (von Gontard et al., 1999). Chang, Ng und Wong konnten in einer 2002 veröffentlichten Studie zeigen, dass Kinder mit Enuresis signifikante höhere Werte im externalisierenden Bereich und im Gesamtwert der CBCL hatten. Kinder mit funktioneller Obstipation zeigen sowohl internalisierende als auch externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, die mit steigendem Alter der Kinder zunehmen (El-Sonbaty et al., 2019). Roccella et al. zeigten in ihrer Arbeit von 2019, dass Kinder mit primärer monosymptomatischer Enuresis nocturna signifikant erhöhte Werte auf allen Skalen und Subskalen der CBCL im Vergleich zu gesunden Kontrollen boten. Es gab aber auch gegenteilige Ergebnisse: In einer 2009 veröffentlichten Studie von de Bruyne et al. zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Skalen der CBCL zwischen Kinder mit Enuresis und einer gesunden Kontrollgruppe.

Auch der vorliegenden Studie wurden die psychischen Symptome der Kinder mithilfe der CBCL erfasst. Auch hier zeigten die Kinder mit Ausscheidungsstörungen signifikant höhere Werte in der CBCL-Gesamtskala sowie in den internalisierenden und externalisierenden Werten als die Kinder in der Kontrollgruppe. Zudem lagen auch hier deutlich mehr Patienten über dem klinischen Cut-off der CBCL als in der Kontrollgruppe. Besonders deutlich wurde dies bei dem externalisierenden Wert der CBCL: hier war keine der Kontrollpersonen, aber 24,2% der Patienten im klinischen Bereich. Dies deckt sich gut mit der aktuellen Studienlage.

Daneben gibt es viele Untersuchungen, die auf einen Zusammenhang zwischen kindlichen Verhaltensproblemen und elterlicher Belastung schließen lassen: bereits in einer 1996 veröffentlichten Studie konnten Creasy und Reese zeigen, dass psychische Symptome des Kindes (gemessen mithilfe der CBCL) die elterliche Belastung erhöhen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Anthony et al: sie konnten zeigen, dass durch Lehrkräfte beschriebene internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme im Zusammenhang mit erhöhter elterlicher Belastung stehen (Anthony et al., 2005). Auch aktuellere Forschungsarbeiten zeigen insbesondere einen starken Zusammenhang zwischen externalisierenden Verhaltensweisen und erhöhter elterlicher Belastung (Mackler et al., 2015; Buodo et al., 2013; Schellinger et al., 2020); aber auch der Zusammenhang zwischen internalisierenden Verhaltensweisen und erhöhter elterlicher Belastung ist nachgewiesen (Rodriguez 2011; Hart & Kelley 2006; Stone et al., 2016).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit decken sich zum Teil mit den bisherigen Studienergebnissen, zeigen aber auch neue Aspekte auf:

Betrachtet man Patienten und Kontrollen zusammen, so zeigten sich durchgehend signifikante bis höchst signifikante positive Korrelationen zwischen den Skalen des EBI und den T-Werten der

CBCL. Erhöhte Werte in der CBCL – und entsprechend psychische Symptome des Kindes – gehen also mit erhöhter elterlicher Belastung einher.

Ebenso zeigen sich in der Kontrollgruppe durchgehend signifikante positive Korrelationen zwischen den Skalen des EBI und den T-Werten der CBCL – mit Ausnahme der Unterskala „Partnerbeziehung“. Die Hypothese „Es gibt Zusammenhänge zwischen Skalen der Elternbelastung und psychischer Symptome des Kindes“ trifft für die Kontrollgruppe also zu. Eltern von Kindern mit psychischen Symptomen sind hier deutlich belasteter als Eltern von Kindern ohne psychische Symptome. Dies entspricht den bisherigen Studienergebnissen zu elterlicher Belastung und psychischen Symptomen bzw. Verhaltensauffälligkeiten des Kindes.

Spannend ist hier, dass sich dieser Zusammenhang nicht in der Subskala „Partnerbeziehung“ fand. Weder der Gesamtwert der CBCL, noch die internalisierenden oder externalisierenden Werte der CBCL korrelierten mit der Partnerbeziehung. Dies lässt darauf schließen, dass die Eltern von Kindern mit psychischen Symptomen in der Kontrollgruppe zwar in verschiedensten Bereichen deutlich belasteter sind, nicht jedoch in der Beziehung zu ihrem Partner. Möglicherweise ist dies damit zu begründen, dass ein Kind mit psychischen Symptomen eine größere Zusammenarbeit der Eltern in der Erziehung fordert, was sich positiv auf die Partnerbeziehung auswirken könnte. Vielleicht ist die Subskala der Partnerbeziehung auch schlicht stabiler gegenüber kindlichen Einflussfaktoren als andere Subskalen wie beispielsweise „Elterliche Kompetenz“ oder „Persönliche Einschränkung“.

Entgegen aller Erwartungen zeigte sich in der Patientengruppe ein völlig anderes Ergebnis: Hier korrelierten lediglich der Gesamt-T-Wert des EBI mit dem CBCL-Gesamtwert ($r(31) = 0,427$) sowie mit dem externalisierenden Wert der CBCL ($r(31) = 0,431$). Die Unterskala „Elterliche Bindung“ korrelierte knapp signifikant mit dem externalisierenden Wert der CBCL ($r(31) = 0,347$; $p = 0,048$). Ansonsten fanden sich keine signifikanten Korrelationen zwischen Skalen der CBCL und der elterlichen Belastung. Insbesondere der Gesamtwert des Elternbereichs zeigte keine Korrelationen mit den Werten der CBCL.

So lässt sich lediglich mit Blick auf die Subskalen des Elternbereichs ableiten, dass externalisierende psychische Symptome des Kindes die elterliche Bindung belasten.

Bedenkt man, dass es zwar im Gesamtwert des EBI Korrelationen mit der CBCL gab, nicht jedoch im Gesamtwert des Elternbereichs, so ist die Ursache dessen wahrscheinlich im Kindbereich des EBI zu suchen, der in dieser Arbeit nicht behandelt wird. Die Korrelationen liegen entsprechend eher im kindlichen Temperament bzw. in den kindlichen Verhaltensweisen begründet.

Die Hypothese „Es gibt Zusammenhänge zwischen Skalen der Elternbelastung und psychischer Symptome des Kindes“ ist für die Patientengruppe für alle Skalen – mit Ausnahme der Subskala „Elterliche Bindung“ – also abzulehnen.

Betrachtet man die Zusammensetzung von Patienten- und Kontrollgruppe, so gibt es nicht viel, was das unterschiedliche Ergebnis in diesen beiden Gruppen begründen könnte. So unterscheiden sich Patienten- und Kontrollgruppe nicht signifikant in Alter, Geschlechtsverteilung, der Rate an psychischen Komorbiditäten oder Intelligenz. Auch der Beziehungsstatus der Eltern unterscheidet sich nicht.

Kleinere Unterschiede gibt es im Bildungsstand und in der Anzahl der Kinder pro Familie. In der Kontrollgruppe hatte der größte Teil der Eltern einen Hochschulabschluss, in der Patientengruppe überwogen die Eltern mit Berufsausbildung. Sowohl in der Patienten- als auch in der Kontrollgruppe stellten Zwei-Kind-Familien die größte Gruppe dar. An zweiter Stelle fanden sich aber bei der Patientengruppe Familien mit einem Kind (20,51%) und bei der Kontrollgruppe Drei-Kind-Familien (22,72%). Dies sind zwei Faktoren, die sich möglicherweise auf die elterliche Belastung in den Gruppen auswirken könnten. Abbildung 13 stellt die Unterschiede in den Studiengruppen noch einmal übersichtlich dar.

Ein Teil der unterschiedlichen Ergebnisse zwischen Patienten- und Kontrollgruppe könnte durch den elterlichen Bildungsgrad bedingt sein. Nach aktuellem Forschungsstand scheinen sowohl Eltern mit niedrigem Bildungsstand als auch Eltern mit einem hohen Bildungsstand eine erhöhte elterliche Belastung im Vergleich mit Eltern mittleren Bildungsstandes aufzuweisen (Parkes, Sweeting & Wight, 2015). In der vorliegenden Patientengruppe überwiegen die Eltern mit mittlerem Bildungsstand (Berufsausbildung), während in der Kontrollgruppe Eltern mit hohem Bildungsstand (Hochschulabschluss) überwiegen.

Die U-förmige Beziehung zwischen erhöhtem elterlichem Stress und Bildungsstand scheint auf Seiten der gut ausgebildeten Eltern durch die höhere berufliche Belastung und die schlechtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf bedingt zu sein (Parkes, Sweeting & Wight, 2015; Schieman, Glavin & Milkie, 2009; Nomaguchi & Brown, 2011) und wird unter anderem durch die Abhängigkeit von externer Kinderbetreuung moderiert (Parkes, Sweeting & Wight, 2015). Zusätzlich erscheint es möglich, dass sich Eltern mit einem höheren Bildungsstand mehr um die psychischen Verhaltensauffälligkeiten bzw. Symptomen ihrer Kinder sorgen und dadurch stärker belastet sind, dies ist jedoch wissenschaftlich nicht untersucht. Andererseits geht ein höherer Bildungsstand der Eltern oftmals mit einem höheren Familieneinkommen und vermehrten psychischen Ressourcen einher und erleichtert dadurch möglicherweise den Umgang mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen des Kindes. So konnten beispielsweise BeLue et al. in einer 2015 veröffentlichten Studie zeigen, dass der Bildungsgrad von Eltern von Kindern mit oppositionellen Verhaltensproblemen direkt negativ mit der elterlichen Belastung korreliert. Hier muss jedoch angemerkt werden, dass in der für diese Arbeit vorliegenden Studiengruppe nur eine geringe Anzahl von Kindern mit oppositionellem Trotzverhalten eingeschlossen war. Betrachtet man zudem, dass der allgemeine Unterschied in der elterlichen Belastung zwischen Eltern mit mittlerem und

hohem Bildungsniveau eher durch externe Einflüsse wie die berufliche Rolle zustande zu kommen scheint (Parkes, Sweeting & Wight, 2015) und eher nicht durch kindliche Charakteristika, ist es entsprechend unwahrscheinlich, dass der Bildungsstand der Eltern in dieser Arbeit der Hauptpunkt für die Unterschiede in Patienten- und Kontrollgruppe war.

Auch die unterschiedliche Kinderanzahl in den teilnehmenden Familien spielt möglicherweise eine Rolle. Eine höhere Anzahl an Kindern pro Familie scheint mit einer höheren elterlichen Belastung einherzugehen (Oyarzún-Farías, Cova & Bustos Navarette, 2021; Pérez, Lorence & Menéndez, 2010). Allerdings muss man auch hier bedenken, dass sich die beiden Studiengruppen nicht sehr stark in diesem Punkt unterschieden. So waren in beiden Gruppen Familien mit zwei Kindern am häufigsten. Dies könnte sich zwar auf das Ergebnis ausgewirkt haben, aber es ist unwahrscheinlich, dass es der relevanteste Punkt war.

Der größte – und wahrscheinlich ausschlaggebende – Unterschied zwischen den Studiengruppen ist wohl die kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung der Patienten in der Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen. Während die Kontrollpersonen (mit wenigen Ausnahmen) bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung keine kinder- und jugendpsychiatrische Konsultation erhalten hatten, wurden die Patientendaten für diese Arbeit meist im Anschluss an den zweiten Termin in der kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz erhoben. Alle Patienten hatten also bereits mindestens einen Termin mit einer Kinder- und Jugendpsychiaterin oder -psychotherapeutin wahrgenommen, bevor sie in die Studie eingeschlossen wurden.

Sá et al. konnten in einer 2021 im Journal of Urology veröffentlichten Studie zeigen, dass psychologische Interventionen mit den Eltern von Kindern mit Enuresis die Toleranz gegenüber ihren Kindern erhöhten, die Rate an Bestrafungen verminderten und den Therapieerfolg verbesserten, ohne dass es Veränderungen in den Werten der CBCL gab. Insgesamt schienen die Eltern besser mit dem kindlichen Problem umgehen zu können (Sá et al., 2021). Ein ähnlicher Effekt ist auch hier durch die kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung denkbar.

Die Vorstellungen in der Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen sind – insbesondere im Vergleich mit Kliniken anderer Fachrichtungen – sehr zeitintensiv und umfassen neben der spezifischen Krankheitsanamnese und -diagnostik auch eine ausführliche Familien- und Sozialanamnese und insbesondere auch eine kinder- und jugendpsychiatrische Anamnese. Unter diesen Gesichtspunkten erscheint es möglich und sogar wahrscheinlich, dass die elterliche Belastung, insbesondere bei den Eltern von Kindern mit psychischen Symptomen, durch die kinder- und jugendpsychiatrischen Konsultationen gemildert wurde.

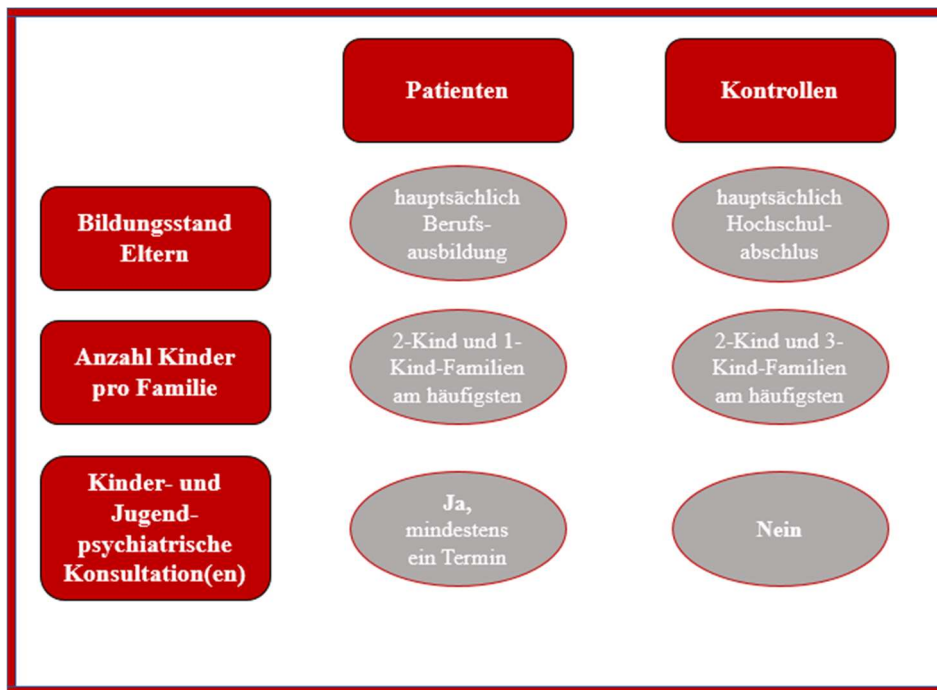


Abbildung 13: Unterschiede in der Patienten- und Kontrollgruppe

5.3 Elterliche Belastung und Komorbidität

5.3.1 Elterliche Belastung und Komorbidität in Patienten- und Kontrollgruppe

Hypothese 4: Die Belastung von Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen und zusätzlichen psychischen Störungen ist höher als bei Eltern von unauffälligen Kindern mit Ausscheidungsstörungen und höher als bei Kontrollen

Es gibt einige Studien, die zeigen konnten, dass Kinder mit Ausscheidungsstörungen deutlich häufiger an einer komorbiden psychischen Störung leiden als eine vergleichbare Kontrollgruppe. Bei der Enuresis ist die Rate an klinisch relevanten Verhaltensproblemen mit 20 – 30 % erhöht (von Gontard et al., 2011b). Von Gontard et al. konnten in einer 1999 veröffentlichten Studie zeigen, dass Kinder, die einnässen, sogar in über 40% der Fälle an mindestens einer komorbiden psychischen Störung litten. Bei mehr als 11% der Kinder lagen zusätzlich zum Einnässen noch zwei weitere Störungen vor, bei nur etwas mehr als 1 % der Kinder lagen drei komorbide Störungen vor (von Gontard et al., 1999). Bei tags einnässenden Kindern fanden sich dabei besonders häufig externalisierende Störungen wie ADHS (24,8%), eine Störung des Sozialverhaltens (11,8 %) und oppositionelles Trotzverhalten (10,9 %) (Joinson, Heron & von Gontard, 2006). Auch Kinder mit isolierter Enuresis zeigen vermehrt Symptome eines oppositionellen Trotzverhaltens (von Gontard et al., 2015b). Der Zusammenhang zwischen ADHS und Ausscheidungsstörungen

ist gut untersucht; besonders häufig kommt eine ADHS bei Kindern mit funktioneller Harninkontinenz vor. ADHS ist aber auch die häufigste Komorbidität bei der Enuresis nocturna und kommt – als eine von vielen Komorbiditäten – auch gehäuft bei Stuhlinkontinenz vor (von Gontard & Equit, 2015; von Gontard 2011a).

Bei Kindern mit Enkopresis finden sich insgesamt bei 30 bis 50 % der Kinder weitere komorbide psychische Störungen (von Gontard, 2010). Die bei der Enkopresis komorbid vorkommenden Störungen sind heterogen; insbesondere externalisierende Störungen kommen aber gehäuft vor (von Gontard et al., 2015a; Niemczyk et al., 2015). Joinson et al. veröffentlichten 2006 eine umfangreiche Studie zu psychischen Komorbiditäten bei einkotenden Kindern. Dabei zeigten sich - in absteigender Häufigkeit - folgende psychische Störungen bei Kindern, die mindestens einmal wöchentlich einkoteten: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten bzw. oppositionelles Trotzverhalten (11,9 %), ADHS (9,2 %), emotionale Störung mit Trennungsangst (4,3 %), spezifische Phobien (4,3 %), depressive Störungen (2,6 %) und soziale Phobie (1,7 %) (Joinson et al., 2006).

In der vorliegenden Studie lag bei 38,5 % der Patienten zusätzlich zur Ausscheidungsstörung mindestens eine weitere komorbide psychische Störung vor. In der Kontrollgruppe litten 29,5 % der Kinder unter mindestens einer psychischen Störung. Somit unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant in der Häufigkeit einer komorbiden psychischen Störung. Die Kontrollgruppe in dieser Studie unterscheidet sich dagegen deutlich in der Häufigkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder von der Allgemeinbevölkerung, wo etwa 16 bis 22% der Kinder eine psychische Erkrankung aufweisen (Steinhausen, 2010).

Die Heterogenität der verschiedenen psychischen Störungen stellt sich in der vorliegenden Studie ähnlich dar wie in der oben genannten Arbeit von Joinson et al.. Folgende komorbide psychische Störungen fanden sich – in absteigender Häufigkeit – in der Patientengruppe: ADHS (12,8 %), oppositionelles Trotzverhalten (10,3 %), Störung des Sozialverhaltens (10,3 %), nicht organische Insomnie (5,1 %), Phobische Störung des Kindesalters (5,1 %), reaktive Bindungsstörung (5,1 %), elektiver Mutismus (2,6 %), emotionale Störung mit Trennungsangst (2,6 %) und vorübergehende Ticstörung (2,6 %). Die Verteilung der psychischen Störungen stellte sich in der Kontrollgruppe ähnlich dar.

Zwar gibt es eine Vielzahl an Studien, die sich mit kindlichen Verhaltensproblemen und elterlicher Belastung beschäftigen, aber es gibt daneben nur wenige Studien, die sich mit dem Zusammenhang von kindlichen psychischen Störungen und elterlicher Belastung befassen. Sehr gut untersucht ist der Zusammenhang zwischen Autismus-Spektrum-Störungen und erhöhter elterlicher Belastung (z.B. Baker-Ericzén, Brookman-Frazee & Stahmer, 2005; Duarte et al., 2005; Giovagnoli et al., 2015). Sieht man davon jedoch ab und bezieht sich nur auf die für diese Arbeit rele-

vanten psychischen Komorbiditäten, so ist hier noch der Zusammenhang zwischen elterlicher Belastung und ADHS bzw. hyperkinetischen Störungen am besten untersucht. Bereits 1988 konnten Breen und Barkley zeigen, dass Eltern von Kindern mit ADHS deutlich belasteter waren als Eltern in einer vergleichbaren Kontrollgruppe. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Du Paul et al. in einer 2001 veröffentlichten Studie. War die ADHS noch mit einer weiteren komorbiden psychischen Störung wie einer Störung des Sozialverhaltens oder einer Angststörung assoziiert, erhöhte dies die elterliche Belastung weiter (Rockhill et al., 2013). Bei der ADHS scheint jedoch auch der Subtyp relevant zu sein: Eltern von Kindern mit ADHS vom überwiegend unaufmerksamen Subtyp, zeigten in einer 2017 von Telman et al. veröffentlichten Studie keine erhöhte Belastung im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Auch oppositionelles Trotzverhalten geht mit erhöhter elterlicher Belastung einher (Liu et al., 2018). Angststörungen scheinen dagegen keinen Einfluss auf die elterliche Belastung zu haben (Telman et al., 2017). Dagegen konnten einige Studien durchaus Zusammenhänge zwischen kindlichen Schlafstörungen und einer erhöhten elterlichen Belastung darstellen (z.B. Wake et al., 2006; Millikovsky-Ayalon, Atzaba-Poria & Meiri, 2015). Schuh, Hippler und Schubert konnten 2011 in einer Studie zeigen, dass die Eltern von Kindern mit psychischen Störungen sogar deutlich belasteter waren als sie Eltern von Kindern mit juveniler idiopathischer Arthritis. Sie waren jedoch nicht belasteter als die Eltern von Kindern mit Mukoviszidose (Schuh, Hippler & Schubert, 2011).

Die vorliegende Arbeit ist die erste Studie die Ausscheidungsstörungen und psychische Komorbiditäten in Zusammenhang mit der elterlichen Belastung setzt und erbrachte überraschende Ergebnisse:

Es zeigte sich in der multifaktoriellen Varianzanalyse ein signifikanter Einfluss des Faktors „Komorbidität“ auf die Elterliche Belastung (mit Ausnahme der Subskala „Partnerbeziehung“) und signifikante Interaktionseffekte zwischen Gruppe und Komorbidität (mit Ausnahme des Bereichs „Elterliche Bindung“).

Betrachtete man die Interaktionseffekte graphisch, so zeigten sich die Eltern der Kontrollen mit einer psychischen Störung durchgehend belasteter als die Eltern der Patienten mit einer psychischen Störung. Ebenso waren die Eltern der Kontrollen mit einer psychischen Störung vielfach belasteter als die Eltern der Kontrollen ohne psychische Störung, wohingegen die Eltern der Patienten mit psychischer Komorbidität nicht oder nur wenig mehr belastet waren als die Eltern der Patienten ohne Komorbidität.

Lag keine zusätzliche psychische Störung vor, so waren die Eltern der Patienten belasteter als die Eltern in der Kontrollgruppe. Besonders deutlich wird dies, wenn man den Gesamtwert des Elternbereichs und den EBI Gesamtwert betrachtet (Vgl. 4.4.1, Abb. 2 und 3), aber auch in den einzelnen Subskalen des Elternbereichs ist dies erkennbar.

Eine Sonderstellung nimmt hier erneut die Subskala „Partnerbeziehung“ ein. Hier gab es keinen signifikanten Einfluss des Faktors „Komorbidität“, aber einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Komorbidität. Auch hier erscheinen in der graphischen Darstellung die Eltern der Kontrollpersonen mit einer psychischen Störung belasteter als die Eltern von Kontrollen ohne psychische Störung. Spannend ist hier, dass die Eltern der Patienten ohne psychische Komorbidität belasteter scheinen als die Eltern von Patienten mit psychischer Komorbidität. Allerdings ist der Unterschied zwischen den Patientengruppen sehr gering (Vgl. 4.4.1, Abb. 4).

Die Hypothese „Die Belastung von Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen und zusätzlichen psychischen Störungen ist höher als bei Eltern von unauffälligen Kindern mit Ausscheidungsstörungen und höher als bei Kontrollen“ ist somit abzulehnen.

Während sich die erhöhte elterliche Belastung bei Patienten ohne psychische Komorbidität gegenüber Kontrollen ohne psychische Erkrankung relativ einfach durch die Ausscheidungsstörung erklären lässt, sind die übrigen Ergebnisse nicht so offensichtlich begründbar. Bedenkt man, dass die häufigsten erfassten psychischen Komorbiditäten in dieser Arbeit nachweislich positiv mit der elterlichen Belastung korrelieren, wie beispielsweise ADHS (Breen & Barkley, 1988; Du Paul et al., 2001), Störung des Sozialverhaltens (Rockhill et al., 2013), oppositionelles Trotzverhalten (Liu et al., 2018) und nicht-organische Insomnie (Wake et al., 2006; Millikovsky-Ayalon, Atzabaporia & Meiri, 2015), so verwundert es, dass es kaum einen Unterschied zwischen den Eltern von Patienten mit und ohne psychische Komorbidität gibt, während der Unterschied in der Belastung von Eltern von Kontrollen mit und ohne psychische Störung so deutlich ausgeprägt ist.

Der Grund dafür liegt vermutlich in den Unterschieden zwischen Patienten- und Kontrollgruppe begründet. Wie bereits im vorangegangenen Kapitel „Elterliche Belastung und psychische Symptome des Kindes“ ausführlich erläutert, unterscheiden sich die beiden Gruppen – abgesehen von der Ausscheidungsstörung – nur in drei Punkten: Elterlicher Bildungsstand, Anzahl der Kinder und vorangegangene kinder- und jugendpsychiatrische Konsultation.

Wie bereits unter dem Gliederungspunkt 5.2 ausführlich diskutiert, ist der Zusammenhang von elterlicher Belastung und elterlichem Bildungsgrad U-förmig. Die geringste elterliche Belastung haben Eltern mit mittlerem Bildungsabschluss, während sowohl die Eltern mit geringer Bildung als auch die sehr gut ausgebildeten Eltern stärker belastet sind (Parkes, Sweeting & Wight, 2015). Dabei liegt die vermehrte Belastung bei Eltern mit geringem Bildungsabschluss in der schlechteren finanziellen Lage begründet, während bei Eltern - und insbesondere Müttern – mit hohem Bildungsgrad die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie die Hauptursache der höheren Belastung zu sein scheint (Parkes, Sweeting & Wight, 2015). In der hier vorliegenden Arbeit

waren in der Patientengruppe hauptsächlich Eltern mit mittlerem Bildungsstand vertreten, während in der Kontrollgruppe hohe Bildungsabschlüsse überwogen. Dies kann zwar einen Einfluss auf das Ergebnis gehabt haben, stellt aber wahrscheinlich nicht den ausschlaggebenden Punkt dar.

Eine höhere Kinderanzahl geht mit vermehrter elterlicher Belastung einher (Oyarzún-Farías, Cova & Bustos Navarete, 2021; Pérez, Lorence & Menéndez, 2010). Möglicherweise haben Eltern mit weniger Kindern mehr Zeit und Energie, um sich einem Kind mit einer psychischen Störung ausführlicher zu widmen. Insofern könnte die geringere Kinderanzahl in der Patientengruppe also eine Rolle spielen. Allerdings ist der Unterschied zwischen den Gruppen sehr gering, weshalb auch hier – wenn überhaupt – nur ein geringer Effekt auf das Ergebnis anzunehmen ist.

Während die ersten beiden Punkte sich durchaus auf die elterliche Belastung auswirken können, so ist der wahrscheinlichere Grund für die vorliegenden Ergebnisse die kinder- und jugendpsychiatrische Konsultation in der Patientengruppe. Die Patienten hatten bereits mindestens einen Termin in der kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen wahrgenommen, während die Mehrzahl der Kontrollpersonen – auch mit psychischer Störung – noch nie kinder- und jugendpsychiatrisch vorstellig war.

Die hohe Rate an psychischen Störungen in der Kontrollgruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist hier noch einmal herauszustellen und könnte sich auch mit auf das Ergebnis ausgewirkt haben. Eine mögliche Erklärung der hohen Rate an Komorbiditäten in der Kontrollgruppe ist, dass besonders gegen Ende der Datenerhebung vermehrt Kontrollpersonen aus sozial schwachen Vierteln von Saarbrücken rekrutiert wurden, wodurch vermehrt Eltern mit geringem Bildungsstand eingeschlossen wurden und die Komorbiditätsraten der Kinder gleichzeitig anstiegen, was letztendlich zu dem ausgeglichenen Bild zwischen Patienten- und Kontrollgruppe geführt hat. Es ist anzunehmen, dass dadurch in der Kontrollgruppe häufiger zwei Faktoren gleichzeitig vorlagen, die die elterliche Belastung erhöhen – nämlich geringer elterlicher Bildungsstand und psychische Komorbiditäten der Kinder. Neben der fehlenden kinder- und jugendpsychiatrischen Anbindung, trotz psychiatrischer Komorbidität, könnte das geringe familiäre Einkommen bzw. der geringe Bildungsstand diese Eltern besonders anfällig für eine deutlich erhöhte elterliche Belastung machen.

Für verschiedene Erkrankungen sind Reduktionen der elterlichen Belastung durch länger andauernde Interventions- oder Behandlungsprogramme nachgewiesen: So konnten beispielsweise Wood et al. zeigen, dass ein zwei bis dreimonatiges Interventionsprogramm in der medizinischen Grundversorgung von Vorschulkindern sowohl die Rate an Verhaltensproblemen der Kinder als auch die elterliche Belastung reduziert (Wood et al., 2021). Bei Kindern mit oppositionellem Trotzverhalten reduziert eine Kind-zentrierte kognitive Verhaltenstherapie sowohl die

Trotzsymptomatik als auch die elterliche Belastung (Katzmann, Döpfner & Görtz-Dorten, 2018). Auch Eltern-Verhaltenstrainings bei Eltern von Kindern mit ADHS senken die elterliche Belastung (Ciesielski, Loren & Tamm, 2020). Die Eltern von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen profitieren von professionellen Interventionsprogrammen (Rollins et al., 2019), wobei auch bereits kurze individualisierte Elternprogramme die elterliche Belastung senken (Tellegen & Sanders, 2014).

Auch wenn sich die oben genannten Behandlungsprogramme in ihrer Dauer und Intensität nicht mit einer einzelnen kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung vergleichen lassen, so sind die Termine in der Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen sehr umfangreich und zeitintensiv und es werden dabei sehr wahrscheinlich auch die vorhandenen psychischen Probleme bzw. Komorbiditäten erfasst und mögliche Behandlungsansätze oder familiäre Hilfen angesprochen. Die Vorstellung und Anbindung an die kinder- und jugendpsychiatrische Spezialambulanz kann somit als soziale Unterstützung gewertet werden (Dorsch & Wirtz, 2021). In verschiedenen Arbeiten konnte gezeigt werden, dass soziale Unterstützung die elterliche Belastung reduziert oder zumindest eine vermittelnde Rolle übernimmt (Koeske & Koeske, 1990; Ostberg & Hagekull, 2000; Lu et al., 2018). Es ist also durchaus denkbar, dass bereits dieses erste Gespräch ausreicht, um den Eltern einen großen Teil der elterlichen Belastung abzunehmen. Dies würde jedenfalls den geringen Unterschied zwischen der elterlichen Belastung bei Patienten mit und ohne Komorbidität und die dagegen hohe elterliche Belastung bei Kontrollen mit einer psychischen Störung erklären.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich somit zwei Gründe für die Behandlung von Kindern mit Ausscheidungsstörungen in der Spezialambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie ableiten: zum einen zeigen sich die Eltern der Patienten ohne psychische Komorbidität belasteter als die Eltern der Kontrollen ohne psychische Störung, was vermutlich in der Ausscheidungsstörung begründet liegt. Es ist wahrscheinlich, dass diese Belastung mit dem Behandlungserfolg nachlässt. Zum anderen zeigt die vorliegende Arbeit, dass die Eltern von Kindern mit einer Ausscheidungsstörung und einer psychischen Komorbidität bereits von ein bis zwei Terminen enorm profitieren können und sich die elterliche Belastung - im Vergleich zur Kontrollgruppe mit psychischen Störungen - deutlich reduzieren ließ.

5.3.2 Elterliche Belastung und Komorbidität in Patientensubgruppen

Hypothese 5: Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen und einer zusätzlichen psychischen Störung, ist höher als bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ohne eine zusätzlichen psychischen Störung und ist höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags

Dies ist die erste Studie, die untersucht, ob es Unterschiede in der elterlichen Belastung zwischen Patienten mit Ausscheidungsstörungen des Gastrointestinaltrakts (GI) mit und ohne psychische Komorbidität und Patienten mit Einnässen (HI) mit und ohne psychische Komorbidität gibt.

Zur Gruppe von Patienten mit Ausscheidungsstörungen des Gastrointestinaltrakts (GI) wurden alle Kinder mit einer Enkopresis und/oder einer Obstipation und/oder einem Toilettverweigerungssyndrom gerechnet. Zusätzlich konnte eine Enuresis und/oder funktionelle Harninkontinenz vorliegen. In der zweiten Gruppe (HI) wurden alle Patienten mit Enuresis und/oder funktioneller Harninkontinenz, aber ohne Enkopresis, Obstipation oder Toilettverweigerungssyndrom zusammengefasst. Zudem wurde mithilfe eines diagnostischen Interviews erfasst, ob zusätzlich zur Ausscheidungsstörung eine psychische Komorbidität vorlag.

Zur Berechnung wurde jeweils eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) des Gesamtskala-T-Werts des EBI sowie des Gesamt-T-Werts des Elternbereichs genutzt. Dabei zeigte sich weder ein signifikanter Einfluss der Faktoren „Gruppe“ noch des Faktors „Komorbidität“ auf die elterliche Belastung, noch zeigten sich signifikante Interaktionseffekte zwischen „Gruppe“ und „Komorbidität“.

Betrachtete man die Werte graphisch, so schien es zwar, dass die Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen und einer zusätzlichen psychischen Störung stets belasteter waren als die Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ohne eine zusätzlichen psychischen Störung und belasteter waren als die Eltern von einnässenden Kindern, aber die Unterschiede waren nur sehr gering und erreichten keine Signifikanz, sodass letztlich die Hypothese „Die Belastung bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen und einer zusätzlichen psychischen Störung, ist höher als bei Eltern von Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen, ohne eine zusätzlichen psychischen Störung und ist höher als bei Eltern von Kindern mit Einnässen nachts/tags“ abgelehnt werden muss. Es gibt keinen Unterschied in der elterlichen Belastung zwischen den Patientensubgruppen.

Bedacht werden sollte jedoch, dass die Fallzahlen in den einzelnen Gruppen sehr klein waren: 16 Kinder gehörten zur Gruppe der Patienten mit Ausscheidungsstörungen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen und hatten keine zusätzliche psychische Störung; 11 Kinder hatten eine Ausscheidungsstörung, die den Gastrointestinaltrakt betraf und eine zusätzliche psychische Störung. Lediglich acht Kinder zählten zur Gruppe der Patienten mit Einnässen und hatten keine weitere psychische Störung und nur vier Patienten litten unter Einnässen und einer zusätzlichen psychischen Komorbidität. Möglicherweise wären die Interaktionseffekte bei größeren Fallzahlen in den einzelnen Subgruppen signifikant geworden. Um dies beantworten zu können, wären jedoch weitere Untersuchungen mit größeren Fallzahlen nötig.

5.4 Stärken und Schwächen der Studie

Die vorliegende Arbeit ist die erste Studie zu elterlicher Belastung, die alle Arten von Ausscheidungsstörungen erfasst und auch Subgruppen von Ausscheidungsstörungen miteinander vergleicht. So ist es auch die erste Studie, die die elterliche Belastung von Kindern mit Ausscheidungsstörungen des Gastrointestinaltraktes mit einnässenden Kindern vergleicht. Obgleich dies unbestreitbar eine der größten Stärken der Arbeit ist, liegt darin auch eine der Schwächen begründet: durch die vielen verschiedenen aufgenommenen Störungen gerieten die einzelnen Subgruppen oftmals sehr klein, was valide Vergleiche erschwerte.

Insgesamt erscheint die Anzahl der untersuchten Probanden mit 83 Kindern und ihren Eltern, davon 39 Kindern in der Patientengruppe und 44 Kindern in der Kontrollgruppe, durchaus ausreichend, insbesondere wenn man den Umfang der erhobenen Daten bedenkt.

Diese umfangreiche Datenerhebung zählt definitiv zu den Stärken dieser Arbeit. So wurden im Rahmen der Ausscheidungsstörung organische Ursachen und Erkrankungen durch eine ausführliche internistisch-neurologische Untersuchung der Kinder und eine Ultraschalluntersuchung von Rektum und Blase mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Ebenso konnte eine vorhandene Ausscheidungsstörung oder -symptomatik in Patienten- oder Kontrollgruppe mithilfe eines detaillierten Fragebogens genau erfasst oder ausgeschlossen werden. Die Erfassung von psychischen Störungen bzw. Komorbiditäten mithilfe des SIVA-Interviews – zusätzlich zur CBCL – war zwar zeitaufwändiger, erlaubte aber eine wesentlich sicherere Erfassung als es mithilfe eines Fragebogens möglich gewesen wäre. Zudem ist das SIVA-Interview speziell für Kinder im Vorschulalter entwickelt worden und hebt sich dadurch positiv von anderen häufig verwendeten diagnostischen Interviews ab. Die detaillierte Erfassung der psychischen Komorbidität hebt diese Arbeit besonders von den bisherigen Studien zu elterlicher Belastung und Ausscheidungsstörungen ab, wo lediglich psychische Auffälligkeiten mittels Fragebögen wie der CBCL erfasst wurden, und kann daher auch zu den Stärken dieser Arbeit gezählt werden.

Hervorzuheben ist hier ebenfalls noch die Ausgewogenheit von Patienten- und Kontrollgruppe. Es gab keinerlei Unterschiede in der Alters- oder Geschlechtsverteilung oder in der durchschnittlichen Intelligenz zwischen den beiden Gruppen. Insbesondere das ausgewogene Verhältnis der Häufigkeiten von psychischen Komorbiditäten in Patienten- und Kontrollgruppe kann als eine große Stärke der Arbeit angesehen werden. Jedoch ist gerade die hohe Rate an Komorbiditäten in der Kontrollgruppe im Vergleich zur Normalbevölkerung als Nachteil anzusehen, da hierdurch entstehende Selektionseffekte die Ergebnisse verzerrt haben könnten.

Eine weitere Stärke ist, dass in dieser Arbeit vorrangig Kinder im Vorschulalter eingeschlossen wurden, bei denen man erwarten würde, dass sich die Ausscheidungsstörung noch nicht stark auf die elterliche Belastung auswirkt. Es konnte durch diese Studie jedoch gezeigt werden, dass ins-

besondere bei Vorliegen von Komorbiditäten, auch diese Familien bereits stark belastet sein können. Dies hebt noch einmal die Wichtigkeit von früher Diagnostik und Intervention bei Kindern mit Ausscheidungsstörungen hervor.

Doch auch die Schwächen dieser Arbeit sollen an dieser Stelle nicht vernachlässigt werden. Diese liegen insbesondere in der fehlenden Erfassung von Faktoren, die sich auf die elterliche Belastung auswirken könnten. So muss bedacht werden, dass das Eltern-Belastungs-Inventar immer für das Kind ausgefüllt werden soll, welches die Eltern als das anstrengendste Kind wahrnehmen. Dies muss nicht zwangsläufig das Kind mit der Ausscheidungsstörung oder das teilnehmende Kontrollkind sein. Ebenso ist es möglich, dass ein Geschwisterkind mit einer anderen psychischen Störung oder auch einer körperlichen Erkrankung viel mehr Einfluss auf die Belastung der Eltern nimmt. Beides sind Faktoren, die in der vorliegenden Studie nicht erfasst wurden und in künftigen Arbeiten bedacht werden sollten.

Ebenso verhält es sich mit psychischen oder körperlichen Erkrankungen der Eltern. Auch diese wurden nicht erfasst, obwohl sich beides negativ auf die elterliche Belastung auswirken kann (z.B. BeLue et al., 2015). Letztendlich ist wohl eine der größten Schwächen, dass lediglich der Bildungsstand der Eltern, aber nicht die finanzielle Situation der Familie erfasst wurde, obwohl ein niedriger sozioökonomischer Status bzw. ein geringes Familieneinkommen nachweislich sehr belastend sein können (z.B. Ponnet, 2014; Gallo et al., 2013). Fraglich ist allerdings, ob dies von den teilnehmenden Probanden überhaupt zuverlässig zu erheben gewesen wäre oder ob die Eltern falsche oder keine Angaben zu ihrer finanziellen Situation gemacht hätten, da dies oft von Seiten der Eltern als sensibles und privates Thema empfunden wird. Nichtsdestotrotz sollte dies in künftigen Studien erhoben und berücksichtigt werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Studie trotz einiger Schwächen, viele Stärken und Alleinstellungsmerkmale aufweist und neue Aspekte in einem bisher nur wenig untersuchten Gebiet aufzeigen konnte.

5.5 Ausblick

Die Ergebnisse dieser Arbeit liefern neue Ansatzpunkte und Ideen für weitere Forschung zum Thema „Elterliche Belastung“.

So hat diese Arbeit Anzeichen dafür gegeben, dass bereits ein bis zwei Termine in der Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie die elterliche Belastung – insbesondere bei Patienten mit Komorbidität – verringern. Diese Ergebnisse sollten unbedingt mit weiteren Studien belegt werden. Möglich wäre es beispielsweise, die elterliche Belastung mithilfe des EBI bereits vor dem ersten Termin in der Spezialambulanz, danach und im weiteren Behandlungsverlauf zu erheben. Da es in diesem Fall besonders um die Belastung der

Eltern von Kindern mit psychischer Komorbidität geht, würde es sich auch anbieten, die elterliche Belastung von Eltern von Patienten in der Allgemeinambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor und nach den Terminen, im Verlauf und nach abgeschlossener Therapie zu erheben. So würde sich genau zeigen, inwiefern bereits wenige kinder- und jugendpsychiatrische Konsultationen sich auf die elterliche Belastung von Eltern von Kindern mit psychischen Störungen auswirken.

Spannend wäre auch ein erneuter Vergleich der elterlichen Belastung von Eltern von Patienten mit Ausscheidungsstörungen des Gastrointestinaltrakts und Eltern von Patienten mit Enuresis oder funktioneller Harninkontinenz mit und ohne psychische Komorbiditäten, mit einer größeren Fallzahl als in dieser Arbeit. Möglicherweise würden sich dann signifikante Korrelationen oder Interaktionseffekte ergeben.

Abschließend lässt sich sagen, dass diese Arbeit mit „Elterlicher Belastung und Ausscheidungsstörungen“ ein oftmals sehr vernachlässigtes Thema aufgegriffen hat und viele neue Ergebnisse und Aspekte zum aktuellen Stand der Forschung hinzufügen konnte.

Elterliche Belastung wird oftmals nicht wahrgenommen oder unterschätzt. Nicht nur in der Forschung, sondern auch im klinischen Alltag ist dieses Thema nur wenig präsent. Für die Eltern ist es jedoch wichtig ernst genommen und gehört zu werden, denn für sie ist es ein wichtiger und alltagsbestimmender Inhalt ihres Lebens. Viele Eltern erklärten sich sofort bereit in dieser Studie teilzunehmen, nachdem sie das Thema erfuhren, da es ihnen ein wichtiges Anliegen war, dass die elterliche Belastung mehr Gehör findet. Es ist wichtig, dass wir, als (zukünftige) Ärztinnen und Ärzte, Eltern und ihre individuellen Belastungen und Sorgen anerkennen und uns bewusstmachen, welche Anstrengungen es mit sich bringt Kinder großzuziehen. Dem Thema „Elterliche Belastung“ sollte sowohl im klinischen Alltag, als auch in der Forschung mehr Aufmerksamkeit zu Teil werden.

Sicherlich werden zukünftig noch weitere Studien und Arbeiten zu diesem spannenden Thema hinzukommen und es bleibt abzuwarten, welche Ergebnisse diese bringen werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Abidin, R. R., & Burke, W. T. (1978): The development of the Parenting Stress Index. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto.
2. Abidin, Richard R. (1983): Parenting Stress Index manual. Charlottesville VA: Pediatric Psychology Press.
3. Abidin, Richard R. (1990): Introduction to the Special issue. The Stresses of Parenting. In: *Journal of Clinical Child Psychology* 19 (4), S. 298–301. DOI: 10.1207/s15374424jccp1904_1.
4. Abidin, Richard R. (1992): The Determinants of Parenting Behavior. In: *Journal of Clinical Child Psychology* 21 (4), S. 407–412. DOI: 10.1207/s15374424jccp2104_12.
5. Abidin, Richard R. (2012): Parenting stress index (4th ed.). Lutz, FL: PAR.
6. Achenbach Thomas M., Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2000): Child Behavior Checklist 1 ½–5 Deutsche Fassung. Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder. Online verfügbar unter <https://www.testzentrale.de/shop/child-behavior-checklist-1-5-deutsche-fassung.html>, zuletzt aktualisiert am [07.12.2020].
7. Adornetto, Carmen; In-Albon, Tina; Schneider, Silvia (2008): Diagnostik im Kindes- und Jugendalter anhand strukturierter Interviews: Anwendung und Durchführung des Kinder-DIPS. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG: Göttingen (Klinische Diagnostik und Evaluation). Online verfügbar unter https://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/kkjp/team/public/Schneider%20Journals/2008/Adornetto,%20In-Albon,%20Schneider_%20Diagnostik%20im%20Kindes-%20und%20Jugendalter%20anhand%20strukturierter%20Interviews_Kinder%20DIPS_2008.pdf, zuletzt aktualisiert am [09.12.2020], zuletzt geprüft am 09.12.2020.
8. Al-Zaben, Faten Nabeel; Sehlo, Mohammad Gamal (2015): Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life. In: *Child abuse & neglect* 43, S. 22–29. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.11.007.

9. American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publ.

10. Anthony, Laura Gutermuth; Anthony, Bruno J.; Glanville, Denise N.; Naiman, Daniel Q.; Waanders, Christine; Shaffer, Stephanie (2005): The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. In: *Inf. Child Develop.* 14 (2), S. 133–154. DOI: 10.1002/icd.385.

11. Austin, Paul F.; Bauer, Stuart B.; Bower, Wendy; Chase, Janet; Franco, Israel; Hoebeke, Piet et al. (2016): The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. In: *Neurourology and urodynamics* 35 (4), S. 471–481. DOI: 10.1002/nau.22751.

12. Azhari, A.; Leck, W. Q.; Gabrieli, G.; Bizzego, A.; Rigo, P.; Setoh, P. et al. (2019): Parenting Stress Undermines Mother-Child Brain-to-Brain Synchrony: A Hyperscanning Study. In: *Scientific reports* 9 (1), S. 11407. DOI: 10.1038/s41598-019-47810-4.

13. Baker-Ericzén, Mary J.; Brookman-Frazee, Lauren; Stahmer, Aubyn (2005): Stress Levels and Adaptability in Parents of Toddlers With and Without Autism Spectrum Disorders. In: *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities* 30 (4), S. 194–204.

14. Bannink, Femke; Idro, Richard; van Hove, Geert (2016): Parental stress and support of parents of children with spina bifida in Uganda. In: *African journal of disability* 5 (1), S. 225. DOI: 10.4102/ajod.v5i1.225.

15. Bassi, Giulia; Mancinelli, Elisa; Di Riso, Daniela; Salcuni, Silvia (2020): Parental Stress, Anxiety and Depression Symptoms Associated with Self-Efficacy in Paediatric Type 1 Diabetes: A Literature Review. In: *International journal of environmental research and public health* 18 (1). DOI: 10.3390/ijerph18010152.

16. Bellman, M. (1966): Studies on encopresis. In: *Acta paediatrica Scandinavica*, Suppl 170:1+.

17. Belsky, Jay (1984): The Determinants of Parenting. A Process Model. In: *Child Development* 55 (1), S. 83. DOI: 10.2307/1129836.

18. Belsky, J., Hertzog, C., & Rovine, M. (1986): Causal analyses of multiple determinants of parenting: Empirical and methodological advances. In: *Advances in developmental psychology*, S. 153–202.
19. Belsky, J., Lerner, R. M., & Spanier, G. B. (1988): *The child in the family*. Reading, MA: Addison-Wesley.
20. BeLue, Rhonda; Halgunseth, Linda C.; Abiero, Beatrice; Bediako, Phylcia (2015): Maternal Health Status and Parenting Stress in Low-Income, Ethnic-Minority Mothers of Children with Conduct Disorder Problems. The Role of Daily Parenting Hassles. In: *Journal of racial and ethnic health disparities* 2 (4), S. 501–509. DOI: 10.1007/s40615-015-0098-7.
21. Benninga, M. A.; Buller, H. A.; Heymans, H. S.; Tytgat, G. N.; Taminiu, J. A. (1994): Is encopresis always the result of constipation? In: *Archives of Disease in Childhood* 71 (3), S. 186–193. DOI: 10.1136/adc.71.3.186.
22. Benninga, M. A.; Voskuil, W. P.; Akkerhuis, G. W.; Taminiu, J. A.; Büller, H. A. (2004): Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders. In: *Archives of Disease in Childhood* 89 (1), S. 13–16.
23. Benninga, Marc A.; Nurko, Samuel; Faure, Christophe; Hyman, Paul E.; St. James Roberts, Ian; Schechter, Neil L. (2016): Childhood Functional Gastrointestinal Disorders. Neonate/Toddler. In: *Gastroenterology* 150 (6), 1443-1455.e2. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.016.
24. Blum, Nathan J.; Taubman, Bruce; Nemeth, Nicole (2003): Relationship between age at initiation of toilet training and duration of training: a prospective study. In: *Pediatrics* 111 (4 Pt 1), S. 810–814. DOI: 10.1542/peds.111.4.810.
25. Blum, Nathan J.; Taubman, Bruce; Nemeth, Nicole (2004a): During toilet training, constipation occurs before stool toileting refusal. In: *Pediatrics* 113 (6), e520-2. DOI: 10.1542/peds.113.6.e520.

26. Blum, Nathan J.; Taubman, Bruce; Nemeth, Nicole (2004b): Why is toilet training occurring at older ages? A study of factors associated with later training. In: *The Journal of pediatrics* 145 (1), S. 107–111. DOI: 10.1016/j.jpeds.2004.02.022.
27. Bongers, Marloes E. J.; Tabbers, Merit M.; Benninga, Marc A. (2007): Functional non-retentive fecal incontinence in children. In: *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 44 (1), S. 5–13. DOI: 10.1097/01.mpg.0000252187.12793.0a.
28. Bongers, Marloes E. J.; van Dijk, Marieke; Benninga, Marc A.; Grootenhuis, Martha A. (2009): Health related quality of life in children with constipation-associated fecal incontinence. In: *The Journal of pediatrics* 154 (5), S. 749–753. DOI: 10.1016/j.jpeds.2008.11.029.
29. Bouma, Ruth; Schweitzer, Robert (1990): The impact of chronic childhood illness on family stress. A comparison between autism and cystic fibrosis. In: *J. Clin. Psychol.* 46 (6), S. 722–730. DOI: 10.1002/1097-4679(199011)46:6<722::AID-JCLP2270460605>3.0.CO;2-6.
30. Breen, M. J.; Barkley, R. A. (1988): Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. In: *Journal of pediatric psychology* 13 (2), S. 265–280.
31. Brown, Samantha M.; Doom, Jenalee R.; Lechuga-Peña, Stephanie; Watamura, Sarah Enos; Koppels, Tiffany (2020): Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. In: *Child abuse & neglect* 110 (Pt 2), S. 104699. DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104699.
32. Brownrigg, N.; Braga, L. H.; Rickard, M.; Farrokhyar, F.; Easterbrook, B.; Dekirmendjian, A. et al. (2017): The impact of a bladder training video versus standard urotherapy on quality of life of children with bladder and bowel dysfunction: A randomized controlled trial. In: *Journal of pediatric urology* 13 (4), 374.e1-374.e8. DOI: 10.1016/j.jpuro.2017.06.005.
33. Bruyne, Elke de; van Hoecke, Eline; van Gompel, Katrien; Verbeken, Sandra; Baeyens, Dieter; Hoebeke, Piet; Vande Walle, Johan (2009): Problem behavior, parental stress and enuresis. In: *The Journal of Urology* 182 (4 Suppl), S. 2015–2020. DOI: 10.1016/j.juro.2009.05.102.

34. Buodo, Giulia; Moscardino, Ughetta; Scrimin, Sara; Altoè, Gianmarco; Palomba, Daniela (2013): Parenting stress and externalizing behavior symptoms in children: the impact of emotional reactivity. In: *Child psychiatry and human development* 44 (6), S. 786–797. DOI: 10.1007/s10578-013-0371-0.
35. Burgers, Rosa; Benninga, Marc A. (2009): Functional nonretentive fecal incontinence in children: a frustrating and long-lasting clinical entity. In: *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 48 Suppl 2, S98-S100. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3181a15ec6.
36. Butler, R. J.; Brewin, C. R.; Forsythe, W. I. (1986): Maternal attributions and tolerance for nocturnal enuresis. In: *Behaviour Research and Therapy* 24 (3), S. 307–312. DOI: 10.1016/0005-7967(86)90190-7.
37. Byars, Kelly C.; Yeomans-Maldonado, Gloria; Noll, Jennie G. (2011): Parental functioning and pediatric sleep disturbance: an examination of factors associated with parenting stress in children clinically referred for evaluation of insomnia. In: *Sleep medicine* 12 (9), S. 898–905. DOI: 10.1016/j.sleep.2011.05.002.
38. Carlson, Jerry S.; Jensen, C. Mark (1981): Reliability of the Raven Colored Progressive Matrices Test: Age and ethnic group comparisons. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49 (3), S. 320–322. DOI: 10.1037/0022-006X.49.3.320.
39. Cederblad, M.; Nevéus, T.; Åhman, A.; Österlund Efraimsson, E.; Sarkadi, A. (2014): "Nobody asked us if we needed help". Swedish parents experiences of enuresis. In: *Journal of pediatric urology* 10 (1), S. 74–79. DOI: 10.1016/j.jpuro.2013.06.006.
40. Chang, S. S. Y.; Ng, C. F. N.; Wong, S. N. (2002): Behavioural problems in children and parenting stress associated with primary nocturnal enuresis in Hong Kong. In: *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)* 91 (4), S. 475–479.
41. Ching, Christina B.; Lee, Haerin; Mason, Matthew D.; Clayton, Douglass B.; Thomas, John C.; Pope, John C. et al. (2015): Bullying and lower urinary tract symptoms: why the pediatric urologist should care about school bullying. In: *The Journal of Urology* 193 (2), S. 650–654. DOI: 10.1016/j.juro.2014.08.103.

42. Choi, Eun Kyoung; Lee, Yong Ju; Lee, Hooyun; Jung, Eunyoung (2019): Bladder and Bowel Dysfunction in Korean Children with Down Syndrome and Parental Quality of Life. In: *Journal of pediatric nursing* 49, e74-e80. DOI: 10.1016/j.pedn.2019.09.016.

43. Christophersen, Edward R.; Edwards, Kevin J. (1992): Treatment of elimination disorders. State of the art 1991. In: *Applied and Preventive Psychology* 1 (1), S. 15–22. DOI: 10.1016/S0962-1849(05)80131-3.

44. Chung, Gerard; Lanier, Paul; Wong, Peace Yuh Ju (2020): Mediating Effects of Parental Stress on Harsh Parenting and Parent-Child Relationship during Coronavirus (COVID-19) Pandemic in Singapore. In: *Journal of family violence*, S. 1–12. DOI: 10.1007/s10896-020-00200-1.

45. Ciesielski, Heather A.; Loren, Richard E. A.; Tamm, Leanne (2020): Behavioral Parent Training for ADHD Reduces Situational Severity of Child Noncompliance and Related Parental Stress. In: *Journal of attention disorders* 24 (5), S. 758–767. DOI: 10.1177/1087054719843181.

46. Claßen, Martin (2007): Darmentleerung, Sauberkeitsentwicklung bei Kindern und ihre Störungen (Obstipation und Enkopresis). In: *Kindheit und Entwicklung* 16 (1), S. 50–61. DOI: 10.1026/0942-5403.16.1.50.

47. Conger, R. D.; McCarty, J. A.; Yang, R. K.; Lahey, B. B.; Kropp, J. P. (1984): Perception of child, child-rearing values, and emotional distress as mediating links between environmental stressors and observed maternal behavior. In: *Child Development* 55 (6), S. 2234–2247.

48. Conger, Rand D.; Conger, Katherine J.; Martin, Monica J. (2010): Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. In: *Journal of marriage and the family* 72 (3), S. 685–704. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2010.00725.x.

49. Creasy, Gary; Reese, Marla (1996): Mothers' and Fathers' Perceptions of Parenting Hassles: Associations With Psychological Symptoms, Nonparenting Hassles, and Child Behavior Problems. In: *Journal of applied developmental psychology* 17, S. 393–406.

50. Crittenden, Patricia M. (1990): Internal representational models of attachment relationships. In: *Infant Ment. Health J.* 11 (3), S. 259–277. DOI: 10.1002/1097-0355(199023)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J.
51. Crnic, K. A.; Greenberg, M. T.; Ragozin, A. S.; Robinson, N. M.; Basham, R. B. (1983): Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. In: *Child Development* 54 (1), S. 209–217.
52. Das, J. P.; Jarman R. (1991): Cognitive Integration. Alternative model for intelligence. In: Rowe, H.A.H. (Ed.), *Intelligence: Reconceptualization and Measurement* (ohne Heft).
53. Deater-Deckard, Kirby (1998): Parenting Stress and Child Adjustment. Some Old Hypotheses and New Questions. In: *Clinical Psychology: Science and Practice* 5 (3), S. 314–332. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x.
54. Döpfner Manfred, Plück Julia, Kinnen Claudia, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2014): Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R). 1. Aufl.: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
55. Dorsch, Friedrich; Wirtz, Markus Antonius (Hg.) (2021): Dorsch - Lexikon der Psychologie. Hogrefe Verlag. 20., überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe.
56. Duarte, Cristiane S.; Bordin, Isabel A.; Yazigi, Latife; Mooney, Julia (2005): Factors associated with stress in mothers of children with autism. In: *Autism: the international journal of research and practice* 9 (4), S. 416–427. DOI: 10.1177/1362361305056081.
57. DuPaul, G. J.; McGoey, K. E.; Eckert, T. L.; VanBrakle, J. (2001): Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Impairments in behavioral, social, and school functioning. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 (5), S. 508–515. DOI: 10.1097/00004583-200105000-00009.
58. Eiberg, H.; Berendt, I.; Mohr, J. (1995): Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis (ENUR1) to chromosome 13q. In: *Nature genetics* 10 (3), S. 354–356. DOI: 10.1038/ng0795-354.

59. El-Sonbaty, Marwa M.; Fathy, Ahmed; Aljohani, Amal; Fathy, Abeer (2019): Assessment of Behavioural Disorders in Children with Functional Constipation. In: *Open access Macedonian journal of medical sciences* 7 (23), S. 4019–4022. DOI: 10.3889/oam-jms.2019.677.
60. Equit, M.; Hill, J.; Hübner, A.; Gontard, A. von (2014): Health-related quality of life and treatment effects on children with functional incontinence, and their parents. In: *Journal of pediatric urology* 10 (5), S. 922–928. DOI: 10.1016/j.jpuro.2014.03.002.
61. Esser, Günter; Hänsch-Oelgart, Sylvana; Schmitz, Julian (2018): TBS-TK-Rezension: „CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach“. In: *Psychologische Rundschau* 69 (2), S. 144–146. DOI: 10.1026/0033-3042/a000394.
62. Ferrara, Pietro; Di Giuseppe, Maria; Fabrizio, Giovanna Carmela; Sbordone, Annamaria; Amato, Maria; Cutrona, Costanza; Verrotti, Alberto (2016): Enuresis and Punishment. The Adverse Effects on Child Development and on Treatment. In: *Urologia internationalis* 97 (4), S. 410–415. DOI: 10.1159/000447496.
63. Franco, Israel; Austin, Paul; Bauer, Stuart; Gontard, Alexander von; Homsy, Yves (2015): *Pediatric Incontinence*. 1. Aufl.: John Wiley & Sons.
64. Gallo, Linda C.; Shivpuri, Smriti; Gonzalez, Patricia; Fortmann, Addie L.; los Monteros, Karla Espinosa de; Roesch, Scott C. et al. (2013): Socioeconomic status and stress in Mexican-American women. A multi-method perspective. In: *Journal of behavioral medicine* 36 (4), S. 379–388. DOI: 10.1007/s10865-012-9432-2.
65. Gennaro, Mario de; Niero, Mauro; Capitanucci, Maria Luisa; Gontard, Alexander von; Woodward, Mark; Tubaro, Andrea; Abrams, Paul (2010): Validity of the international consultation on incontinence questionnaire-pediatric lower urinary tract symptoms. A screening questionnaire for children. In: *The Journal of Urology* 184 (4 Suppl), S. 1662–1667. DOI: 10.1016/j.juro.2010.03.075.

66. Giovagnoli, Giulia; Postorino, Valentina; Fatta, Laura M.; Sanges, Veronica; Peppo, Lavinia de; Vassena, Lia et al. (2015): Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. In: *Research in developmental disabilities* 45-46, S. 411–421. DOI: 10.1016/j.ridd.2015.08.006.
67. Gliklich, Lucille Barash (1951): Special Review: An historical account of enuresis. In: *Journal of the American Academy of Pediatrics* 8 (6), S. 859–876.
68. Gontard, A. von; Lettgen, B.; Olbing, H.; Heiken-Löwenau, C.; Gaebel, E.; Schmitz, I. (1998): Behavioural problems in children with urge incontinence and voiding postponement. A comparison of a paediatric and child psychiatric sample. In: *British journal of urology* 81 Suppl 3, S. 100–106. DOI: 10.1046/j.1464-410x.1998.00019.x.
69. Gontard, A. von; Mauer-Mucke, K.; Plück, J.; Berner, W.; Lehmkuhl, G. (1999): Clinical behavioral problems in day- and night-wetting children. In: *Pediatric nephrology (Berlin, Germany)* 13 (8), S. 662–667. DOI: 10.1007/s004670050677.
70. Gontard, A. von, Schaumburg H., Hollmann E., Eiberg H., Rittig S. (2001): The genetics of enuresis - a review. In: *Journal of Urology* (166), S. 2438–2443.
71. Gontard, Alexander von; Hollmann, Elke (2004): Comorbidity of functional urinary incontinence and encopresis: somatic and behavioral associations. In: *The Journal of Urology* 171 (6 Pt 2), S. 2644–2647. DOI: 10.1097/01.ju.0000113228.80583.83.
72. Gontard, Alexander von (2010): *Enkopresis*. 1. Aufl.: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
73. Gontard, A. von; Moritz, A. M.; Thome-Granz, S.; Freitag, C. (2011a): Association of attention deficit and elimination disorders at school entry: a population based study. In: *The Journal of Urology* 186 (5), S. 2027–2032. DOI: 10.1016/j.juro.2011.07.030.
74. Gontard, Alexander von; Baeyens, Dieter; van Hoecke, Eline; Warzak, William J.; Bachmann, Christian (2011b): Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. In: *The Journal of Urology* 185 (4), S. 1432–1436. DOI: 10.1016/j.juro.2010.11.051.

75. Gontard, A. von (2012a): Enuresis. In: Rey JM (ed) IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health. International Association for Child and Adolescent. Geneva. Online verfügbar unter <https://iacapap.org/content/uploads/C.4-ENURESIS-072012.pdf>, zuletzt aktualisiert am [08.12.2020], zuletzt geprüft am 08.12.2020.
76. Gontard, A. von (2012b): Encopresis. In: Rey JM (ed) IACAPAP e-textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent. Geneva. Online verfügbar unter <https://iacapap.org/content/uploads/C.5-ENCOPRESIS-0072012.pdf>, zuletzt aktualisiert am [08.12.2020], zuletzt geprüft am 08.12.2020.
77. Gontard, Alexander von (2014): Klassifikation der Enuresis/ Enkopresis im DSM-5. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 42 (2), S. 109–113. DOI: 10.1024/1422-4917/a000277.
78. Gontard, Alexander von; Equit, Monika (2015): Comorbidity of ADHD and incontinence in children. In: *European child & adolescent psychiatry* 24 (2), S. 127–140. DOI: 10.1007/s00787-014-0577-0.
79. Gontard, Alexander von; Niemczyk, Justine; Weber, Michaela; Equit, Monika (2015a): Specific behavioral comorbidity in a large sample of children with functional incontinence: Report of 1,001 cases. In: *Neurourology and urodynamics* 34 (8), S. 763–768. DOI: 10.1002/nau.22651.
80. Gontard, Alexander von; Niemczyk, Justine; Thomé-Granz, Sigrid; Nowack, Judith; Moritz, Anne-Michaela; Equit, Monika (2015b): Incontinence and parent-reported oppositional defiant disorder symptoms in young children--a population-based study. In: *Pediatric nephrology (Berlin, Germany)* 30 (7), S. 1147–1155. DOI: 10.1007/s00467-014-3040-z.
81. Gontard, Alexander von (2018): Enuresis. 3. Aufl.: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
82. Gontard, Alexander von; Mattheus, Hannah; Anagnostakou, Aikaterini; Sambach, Heike; Breuer, Michaela; Kiefer, Kathrin et al. (2020): Behavioral comorbidity, overweight, and obesity in children with incontinence: An analysis of 1638 cases. In: *Neurourology and urodynamics* 39 (7), S. 1985–1993. DOI: 10.1002/nau.24451.

83. Hägglöf, B.; Andrén, O.; Bergstrom, E.; Marklund, L.; Wendelius, M. (1997): Self-esteem before and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. In: *Scandinavian journal of urology and nephrology. Supplementum* 183, S. 79–82.
84. Hart, Margaret S.; Kelley, Michelle L. (2006): Fathers' and Mothers' Work and Family Issues as Related to Internalizing and Externalizing Behavior of Children Attending Day Care. In: *Journal of Family Issues* 27 (2), S. 252–270. DOI: 10.1177/0192513X05280992.
85. Hassink, E. A.; Brugman-Boezeman, A. T.; Robbroeckx, L. M.; Rieu, P. N.; van Kuyk, E. M.; Wels, P. M.; Festen, C. (1998): Parenting children with anorectal malformations: implications and experiences. In: *Pediatric surgery international* 13 (5-6), S. 377–383. DOI: 10.1007/s003830050344.
86. He, Ting; Su, Jinni; Jiang, Yongqiang; Qin, Shaozheng; Chi, Peilian; Lin, Xiuyun (2020): Parenting Stress and Depressive Symptoms Among Chinese Parents of Children With and Without Oppositional Defiant Disorder: A Three-Wave Longitudinal Study. In: *Child psychiatry and human development* 51 (6), S. 855–867. DOI: 10.1007/s10578-020-00974-x.
87. Hoyer, Jürgen; Knappe, Susanne (2012): Psychotherapie braucht strukturierte Diagnostik! In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 13 (01), S. 2–5. DOI: 10.1055/s-0031-1298922.
88. Hussong, Justine; Rosenthal, Alisha; Wagner, Catharina; Mattheus, Hannah; Gontard, Alexander von (2020): Bladder and bowel control in a population-based sample: Associations to quality of life and behavioral problems of 4-6-year-old children participating in the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). In: *Journal of pediatric urology* 16 (2), 194.e1-194.e9. DOI: 10.1016/j.jpuro.2019.12.017.
89. Hyams, Jeffrey S.; Di Lorenzo, Carlo; Saps, Miguel; Shulman, Robert J.; Staiano, Annamaria; van Tilburg, Miranda (2016): Functional Disorders: Children and Adolescents. In: *Gastroenterology*. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.015.

90. In-Albon, Tina; Suppiger, Andrea; Schlup, Barbara; Wendler, Sascha; Margraf, Jürgen; Schneider, Silvia (2008): Validität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR). In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 37 (1), S. 33–42. DOI: 10.1026/1616-3443.37.1.33.
91. In-Albon, Tina; Equit, Monika; Gontard, Alexander von; Schwarz, Daniela; Müller, Jörg M.; Bolten, Margarete (2020): Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter (SIVA 0 -6). In: *Kindheit und Entwicklung* 29 (4), S. 209–220. DOI: 10.1026/0942-5403/a000319.
92. Iscan, Burcin; Ozkayın, Nese (2020): Evaluation of health-related quality of life and affecting factors in child with enuresis. In: *Journal of pediatric urology* 16 (2), 195.e1-195.e7. DOI: 10.1016/j.jpuro.2019.12.018.
93. Joensson, Iben Moeller; Siggaard, Charlotte; Rittig, Soren; Hagstroem, Soren; Djurhuus, Jens Christian (2008): Transabdominal ultrasound of rectum as a diagnostic tool in childhood constipation. In: *The Journal of Urology* 179 (5), S. 1997–2002. DOI: 10.1016/j.juro.2008.01.055.
94. Joinson, Carol; Heron, Jon; Butler, Ursula; Gontard, Alexander von (2006): Psychological differences between children with and without soiling problems. In: *Pediatrics* 117 (5), S. 1575–1584. DOI: 10.1542/peds.2005-1773.
95. Joinson, Carol; Heron, Jon; Gontard, Alexander von (2006): Psychological problems in children with daytime wetting. In: *Pediatrics* 118 (5), S. 1985–1993. DOI: 10.1542/peds.2006-0894.
96. Jönson Ring, Ingrid; Nevéus, Tryggve; Markström, Agneta; Arnrup, Kristina; Bazargani, Farhan (2017): Nocturnal enuresis impaired children's quality of life and friendships. In: *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)* 106 (5), S. 806–811. DOI: 10.1111/apa.13787.
97. Judd-Glossy, Laura; Ariefdjohan, Merlin; Ketzer, Jill; Curry, Stefanie; Schletker, Julie; Edmonds, Tiffany et al. (2021): Analysis of patients' and caregivers' psychosocial functioning in colorectal conditions: comparison of diagnosis, gender, and developmental functioning. In: *Pediatric surgery international* 37 (4), S. 437–444. DOI: 10.1007/s00383-020-04836-4.

98. Karimi, Milad; Brazier, John (2016): Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? In: *PharmacoEconomics* 34 (7), S. 645–649. DOI: 10.1007/s40273-016-0389-9.
99. Katzmann, Josepha; Döpfner, Manfred; Görtz-Dorten, Anja (2018): Child-based treatment of oppositional defiant disorder: mediating effects on parental depression, anxiety and stress. In: *European child & adolescent psychiatry* 27 (9), S. 1181–1192. DOI: 10.1007/s00787-018-1181-5.
100. Kaugars, Astrida Seja; Silverman, Alan; Kinservik, Margo; Heinze, Susan; Reinemann, Lisa; Sander, Megan et al. (2010): Families' perspectives on the effect of constipation and fecal incontinence on quality of life. In: *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 51 (6), S. 747–752. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3181de0651.
101. Kilicoglu, A. G.; Mutlu, C.; Bahali, M. K.; Adaletli, H.; Gunes, H.; Duman, H. Metin et al. (2014): Impact of enuresis nocturna on health-related quality of life in children and their mothers. In: *Journal of pediatric urology* 10 (6), S. 1261–1266. DOI: 10.1016/j.jpuro.2014.07.005.
102. Klijn, Aart J.; Asselman, Marino; Vijverberg, Marianne A. W.; Dik, Pieter; Jong, Tom P. V. M. de (2004): The diameter of the rectum on ultrasonography as a diagnostic tool for constipation in children with dysfunctional voiding. In: *The Journal of Urology* 172 (5 Pt 1), S. 1986–1988. DOI: 10.1097/01.ju.0000142686.09532.46.
103. Kochanova, Kristina; Pittman, Laura D.; McNeela, Lauren (2021): Parenting Stress and Child Externalizing and Internalizing Problems Among Low-Income Families: Exploring Transactional Associations. In: *Child psychiatry and human development*. DOI: 10.1007/s10578-020-01115-0.
104. Koeske, G. F.; Koeske, R. D. (1990): The buffering effect of social support on parental stress. In: *The American journal of orthopsychiatry* 60 (3), S. 440–451. DOI: 10.1037/h0079164.
105. Koppen, Ilan J. N.; Kuizenga-Wessel, Sophie; Saps, Miguel; Di Lorenzo, Carlo; Benninga, Marc A.; van Etten-Jamaludin, Faridi S.; Tabbers, Merit M. (2016): Functional Defecation Disorders and Excessive Body Weight: A Systematic Review. In: *Pediatrics* 138 (3). DOI: 10.1542/peds.2016-1417.

106. Koppen, Ilan J. N.; Vriesman, Mana H.; Saps, Miguel; Rajindrajith, Shaman; Shi, Xiaoxia; van Etten-Jamaludin, Faridi S. et al. (2018): Prevalence of Functional Defecation Disorders in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *The Journal of pediatrics* 198, 121-130.e6. DOI: 10.1016/j.jpeds.2018.02.029.
107. Kuhn, Sissy; Natale, Nicole; Siemer, Stefan; Stoeckle, Michael; Gontard, Alexander von (2009): Clinical differences in daytime wetting subtypes: urge incontinence and postponed voiding. In: *The Journal of Urology* 182 (4 Suppl), S. 1967–1972. DOI: 10.1016/j.juro.2009.03.023.
108. La Achenbach TM, Rescorla (2000): Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. An integrated System of Multi-informant Assessment. Burlington, VT.
109. Largo, R. H.; Gianciarusio, M.; Prader, A. (1978): Die Entwicklung der Darm- und Blasenkontrolle von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. In: *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 108 (5), S. 155–160.
110. Largo, R. H.; Molinari, L.; Siebenthal, K. von; Wolfensberger, U. (1996): Does a profound change in toilet-training affect development of bowel and bladder control? In: *Developmental medicine and child neurology* 38 (12), S. 1106–1116. DOI: 10.1111/j.1469-8749.1996.tb15074.x.
111. Liu, Li; Wang, Meifang (2015): Parenting stress and harsh discipline in China: The moderating roles of marital satisfaction and parent gender. In: *Child abuse & neglect* 43, S. 73–82. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.01.014.
112. Liu, Xu; Lin, Xiuyun; Heath, Melissa Allen; Zhou, Qing; Ding, Wan; Qin, Shaozheng (2018): Longitudinal linkages between parenting stress and oppositional defiant disorder (ODD) symptoms among Chinese children with ODD. In: *Journal of family psychology: JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 32 (8), S. 1078–1086. DOI: 10.1037/fam0000466.
113. Loening-Baucke, Vera (2004): Functional Fecal Retention With Encopresis in Childhood. In: *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 38 (1). Online verfügbar unter https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2004/01000/Functional_Fecal_Retention_With_EncopEncop_in.18.aspx.

114. Lu, Ming-Hui; Wang, Guang-Hai; Lei, Hao; Shi, Meng-Liang; Zhu, Rui; Jiang, Fan (2018): Social Support as Mediator and Moderator of the Relationship Between Parenting Stress and Life Satisfaction Among the Chinese Parents of Children with ASD. In: *Journal of autism and developmental disorders* 48 (4), S. 1181–1188. DOI: 10.1007/s10803-017-3448-y.
115. Mackler, Jennifer S.; Kelleher, Rachael T.; Shanahan, Lilly; Calkins, Susan D.; Keane, Susan P.; O'Brien, Marion (2015): Parenting Stress, Parental Reactions, and Externalizing Behavior From Ages 4 to 10. In: *Journal of marriage and the family* 77 (2), S. 388–406. DOI: 10.1111/jomf.12163.
116. Margraf, Jürgen; Cwik, Jan Christopher; Pflug, Verena; Schneider, Silvia (2017): Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne. Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Verfahren. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 46 (3), S. 176–186. DOI: 10.1026/1616-3443/a000430.
117. Martin, Christina A.; Papadopoulos, Nicole; Chellew, Tayla; Rinehart, Nicole J.; Sciberras, Emma (2019): Associations between parenting stress, parent mental health and child sleep problems for children with ADHD and ASD: Systematic review. In: *Research in developmental disabilities* 93, S. 103463. DOI: 10.1016/j.ridd.2019.103463.
118. Masarik, April S.; Conger, Rand D. (2017): Stress and child development: a review of the Family Stress Model. In: *Current opinion in psychology* 13, S. 85–90. DOI: 10.1016/j.copsy.2016.05.008.
119. Meydan, Evrim Aksanlı; Civilibal, Mahmut; Eevli, Murat; Duru, Nilgün Selçuk; Civilibal, Nazlican (2012): The quality of life of mothers of children with monosymptomatic enuresis nocturna. In: *International urology and nephrology* 44 (3), S. 655–659. DOI: 10.1007/s11255-011-0087-7.
120. Millikovsky-Ayalon, Maaian; Atzaba-Poria, Naama; Meiri, Gal (2015): The role of the father in child sleep disturbance. Child, parent, and parent-child relationship. In: *Infant mental health journal* 36 (1), S. 114–127. DOI: 10.1002/imhj.21491.

121. Miragoli, Sarah; Balzarotti, Stefania; Camisasca, Elena; Di Blasio, Paola (2018): Parents' perception of child behavior, parenting stress, and child abuse potential: Individual and partner influences. In: *Child abuse & neglect* 84, S. 146–156. DOI: 10.1016/j.chiabu.2018.07.034.
122. Modin, Line; Dalby, Kasper; Walsted, Anne-Mette; Jakobsen, Marianne (2015): Transabdominal ultrasound measurement of rectal diameter is dependent on time to defecation in constipated children. In: *Journal of paediatrics and child health* 51 (9), S. 875–880. DOI: 10.1111/jpc.12881.
123. Naitoh, Yasuyuki; Kawauchi, Akihiro; Soh, Jintetsu; Kamoi, Kazumi; Miki, Tsunenharu (2012): Health related quality of life for monosymptomatic enuretic children and their mothers. In: *The Journal of Urology* 188 (5), S. 1910–1914. DOI: 10.1016/j.juro.2012.07.012.
124. Nevéus, Tryggve; Gontard, Alexander von; Hoebeke, Piet; Hjälmås, Kelm; Bauer, Stuart; Bower, Wendy et al. (2006): The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents. Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. In: *The Journal of Urology* 176 (1), S. 314–324. DOI: 10.1016/S0022-5347(06)00305-3.
125. Nevéus, Tryggve (2017): Pathogenesis of enuresis: Towards a new understanding. In: *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association* 24 (3), S. 174–182. DOI: 10.1111/iju.13310.
126. Niemczyk, Justine; Equit, Monika; El Khatib, Diana; Gontard, Alexander von (2014): Toilet Refusal Syndrome in Preschool Children // Toilet refusal syndrome in preschool children: do different subtypes exist? In: *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 58 (3), S. 303–306. DOI: 10.1097/MPG.0000000000000204.
127. Niemczyk, Justine; Equit, Monika; Braun-Bither, Katrin; Klein, Anna-Maria; Gontard, Alexander von (2015): Prevalence of incontinence, attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children. In: *European child & adolescent psychiatry* 24 (7), S. 837–843. DOI: 10.1007/s00787-014-0628-6.

128. Niemczyk, Justine; Schäfer, Sarah; Becker, Nicolas; Equit, Monika; Gontard, Alexander von (2018): Psychometric properties of the "parental questionnaire. Enuresis/urinary incontinence" (PQ-EnU). In: *Neurourology and urodynamics* 37 (7), S. 2209–2219. DOI: 10.1002/nau.23564.
129. Niemczyk, Justine; Fischer, Roman; Wagner, Catharina; Burau, Alina; Link, Theresa; Gontard, Alexander von (2019): Detailed Assessment of Incontinence, Psychological Problems and Parental Stress in Children with Autism Spectrum Disorder. In: *Journal of autism and developmental disorders* 49 (5), S. 1966–1975. DOI: 10.1007/s10803-019-03885-6.
130. Nieuwhof-Leppink, Anka J.; Schroeder, Rogier P. J.; van de Putte, Elise M.; Jong, Tom P. V. M. de; Schappin, Renske (2019): Daytime urinary incontinence in children and adolescents. In: *The Lancet Child & Adolescent Health* 3 (7), S. 492–501. DOI: 10.1016/S2352-4642(19)30113-0.
131. Nomaguchi, Kei M.; Brown, Susan L. (2011): Parental Strains and Rewards among Mothers: The Role of Education. In: *Journal of marriage and the family* 73 (3), S. 621–636. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2011.00835.x.
132. Noriuchi, Madoka; Kikuchi, Yoshiaki; Mori, Kumiko; Kamio, Yoko (2019): The orbitofrontal cortex modulates parenting stress in the maternal brain. In: *Scientific reports* 9 (1), S. 1658. DOI: 10.1038/s41598-018-38402-9.
133. Olaru, Claudia; Diaconescu, Smaranda; Trandafir, Laura; Gimiga, Nicoleta; Olaru, Radian A.; Stefanescu, Gabriela et al. (2016): Chronic Functional Constipation and Encopresis in Children in Relationship with the Psychosocial Environment. In: *Gastroenterology research and practice* 2016, S. 7828576. DOI: 10.1155/2016/7828576.
134. Operto, Francesca Felicia; Mazza, Roberta; Pastorino, Grazia Maria Giovanna; Campanozzi, Stella; Verrotti, Alberto; Coppola, Giangennaro (2019): Parental stress in a sample of children with epilepsy. In: *Acta neurologica Scandinavica* 140 (2), S. 87–92. DOI: 10.1111/ane.13106.
135. Ostberg, M.; Hagekull, B. (2000): A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. In: *Journal of Clinical Child Psychology* 29 (4), S. 615–625. DOI: 10.1207/S15374424JCCP2904_13.

136. Owens-Stively, J. A. (1987): Self-esteem and compliance in encopretic children. In: *Child psychiatry and human development* 18 (1), S. 13–21. DOI: 10.1007/BF00706526.
137. Oyarzún-Farías, María de Los Angeles; Cova, Félix; Bustos Navarrete, Claudio (2021): Parental Stress and Satisfaction in Parents With Pre-school and School Age Children. In: *Frontiers in psychology* 12, S. 683117. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.683117.
138. Parkes, Alison; Sweeting, Helen; Wight, Daniel (2015): Parenting stress and parent support among mothers with high and low education. In: *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 29 (6), S. 907–918. DOI: 10.1037/fam0000129.
139. Pérez, J., Lorence, B., and Menéndez, S. (2010): Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. In: *Suma Psicol.* 17, S. 47–57.
140. Phung, Phuc; Kelsberg, Gary; Safranek, Sarah (2015): Clinical Inquiry: Does primary nocturnal enuresis affect childrens' self-esteem? In: *The Journal of family practice* 64 (4), S. 250–259.
141. Ponnet, Koen (2014): Financial stress, parent functioning and adolescent problem behavior. An actor-partner interdependence approach to family stress processes in low-, middle-, and high-income families. In: *Journal of youth and adolescence* 43 (10), S. 1752–1769. DOI: 10.1007/s10964-014-0159-y.
142. Rajindrajith, Shaman; Devanarayana, Niranga Manjuri; Benninga, Marc A. (2010): Constipation-associated and nonretentive fecal incontinence in children and adolescents: an epidemiological survey in Sri Lanka. In: *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 51 (4), S. 472–476. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3181d33b7d.
143. Rasquin, Andrée; Di Lorenzo, Carlo; Forbes, David; Guiraldes, Ernesto; Hyams, Jeffrey S.; Staiano, Annamaria; Walker, Lynn S. (2006): Childhood Functional Gastrointestinal Disorders. Child/Adolescent. In: *Gastroenterology* 130 (5), S. 1527–1537. DOI: 10.1053/j.gastro.2005.08.063.

144. Raven, John Carlyle; Raven J.; Court, J. H. (2001): Coloured Progressive Matrices. Manual. 1. Aufl. o.O.: Pearson.
145. Raven, John Carlyle (2009): Raven's Progressive Matrices und Vocabulary Scales: Standard Progressive Matrices. Manual. 2. Aufl. o.O.: Pearson.
146. Remschmidt, Helmut; Schmidt, Martin H.; Poustka, Fritz (Hg.) (2017): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5®. 7., aktualisierte Auflage. Bern: Hogrefe.
147. Rittig, S.; Knudsen, U. B.; Nørgaard, J. P.; Pedersen, E. B.; Djurhuus, J. C. (1989): Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. In: *The American journal of physiology* 256 (4 Pt 2), F664-71. DOI: 10.1152/ajprenal.1989.256.4.F664.
148. Roberts, William L. (1989): Parents' stressful life events and social networks. Relations with parenting and children's competence. In: *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement* 21 (2), S. 132–146. DOI: 10.1037/h0079811.
149. Roccella, Michele; Smirni, Daniela; Smirni, Pietro; Precenzano, Francesco; Operto, Francesca Felicia; Lanzara, Valentina et al. (2019): Parental Stress and Parental Ratings of Behavioral Problems of Enuretic Children. In: *Frontiers in neurology* 10, S. 1054. DOI: 10.3389/fneur.2019.01054.
150. Rockhill, Carol; Violette, Heather; Vander Stoep, Ann; Grover, Sarah; Myers, Kathleen (2013): Caregivers' distress. Youth with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid disorders assessed via telemental health. In: *Journal of child and adolescent psychopharmacology* 23 (6), S. 379–385. DOI: 10.1089/cap.2013.0019.
151. Rodgers, Antoinette Y. (1993): The assessment of variables related to the parenting behavior of mothers with young children. In: *Children and Youth Services Review* 15 (5), S. 385–402. DOI: 10.1016/0190-7409(93)90011-W.

152. Rodríguez, Christina M. (2011): Association Between Independent Reports of Maternal Parenting Stress and Children's Internalizing Symptomatology. In: *J Child Fam Stud* 20 (5), S. 631–639. DOI: 10.1007/s10826-010-9438-8.
153. Rollins, Pamela Rosenthal; John, Sereena; Jones, Alexandria; Froy, Adrienne de (2019): Pathways Early ASD Intervention as a Moderator of Parenting Stress on Parenting Behaviors: A Randomized Control Trial. In: *Journal of autism and developmental disorders* 49 (10), S. 4280–4293. DOI: 10.1007/s10803-019-04144-4.
154. Rugolotto, S.; Sun, M.; Boucke, L.; Calò, D. G.; Tatò, L. (2008): Toilet training started during the first year of life: a report on elimination signals, stool toileting refusal and completion age. In: *Minerva pediatrica* 60 (1), S. 27–35.
155. Sá, Cacilda Andrade; Gusmão Paiva, Ana Carolina; Menezes, Maria Clotilde Lima Bezerra de; Oliveira, Liliana Fajardo de; Gomes, Carlos Augusto; Figueiredo, André Avarese de et al. (2016): Increased Risk of Physical Punishment among Enuretic Children with Family History of Enuresis. In: *The Journal of Urology* 195 (4 Pt 2), S. 1227–1230. DOI: 10.1016/j.juro.2015.11.022.
156. Sá, Cacilda Andrade; Martins de Souza, Stefani A.; Villela, Maria Cecilia Barbosa Vieira Almeida; Souza, Vitor de Moraes; Souza, Márcia Helena Fávero de; Figueiredo, André Avarese de et al. (2021): Psychological Intervention with Parents Improves Treatment Results and Reduces Punishment in Children with Enuresis: A Randomized Clinical Trial. In: *The Journal of Urology* 205 (2), S. 570–576. DOI: 10.1097/JU.0000000000001351.
157. Sakkalou, Elena; Sakki, Hanna; O'reilly, Michelle A.; Salt, Alison T.; Dale, Naomi J. (2018): Parenting stress, anxiety, and depression in mothers with visually impaired infants: a cross-sectional and longitudinal cohort analysis. In: *Developmental medicine and child neurology* 60 (3), S. 290–298. DOI: 10.1111/dmcn.13633.
158. Schellinger, Kriston B.; Murphy, Laura E.; Rajagopalan, Subashini; Jones, Tamekia; Hudock, Rebekah L.; Graff, J. Carolyn et al. (2020): Toddler Externalizing Behavior, Social Support, and Parenting Stress: Examining a Moderator Model. In: *Fam Relat* 69 (4), S. 714–726. DOI: 10.1111/fare.12478.

159. Schieman, Scott; Glavin, Paul; Milkie, Melissa A. (2009): When Work Interferes with Life: Work-Nonwork Interference and the Influence of Work-Related Demands and Resources. In: *Am Sociol Rev* 74 (6), S. 966–988. DOI: 10.1177/000312240907400606.
160. Schmulson, Max J.; Drossman, Douglas A. (2017): What Is New in Rome IV. In: *J Neurogastroenterol Motil* 23 (2), S. 151–163. DOI: 10.5056/jnm16214.
161. Schneider, Silvia; Suppiger, Andrea; Adornetto, Carmen; Unnewehr, Suzan (2008): Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Handbuch. 2. Aufl. o.O.: Springer.
162. Schuh, Daniela; Hippler, Kathrin; Schubert, Maria Theresia (2011): Kohärenzgefühl und Stress von Eltern chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 61 (9-10), S. 398–404. DOI: 10.1055/s-0031-1283131.
163. Sepa, Anneli; Frodi, Ann; Ludvigsson, Johnny (2004): Psychosocial correlates of parenting stress, lack of support and lack of confidence/security. In: *Scandinavian journal of psychology* 45 (2), S. 169–179. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2004.00392.x.
164. Shankardass, K.; McConnell, R.; Jerrett, M.; Lam, C.; Wolch, J.; Milam, J. et al. (2014): Parental stress increases body mass index trajectory in pre-adolescents. In: *Pediatric obesity* 9 (6), S. 435–442. DOI: 10.1111/j.2047-6310.2013.00208.x.
165. Silay, Mesrur Selcuk; Goknar, Nilufer; Kilincaslan, Huseyin; Tepeler, Abdulkadir; Akcay, Muzaffer; Akman, Tolga et al. (2013): Who should we trust in screening for lower urinary tract dysfunction in children. The parents or the child? In: *Urology* 82 (2), S. 437–441. DOI: 10.1016/j.urology.2013.03.021.
166. Stone, Lisanne L.; Mares, Suzanne H. W.; Otten, Roy; Engels, Rutger C. M. E.; Janssens, Jan M. A. M. (2016): The Co-Development of Parenting Stress and Childhood Internalizing and Externalizing Problems. In: *J Psychopathol Behav Assess* 38, S. 76–86. DOI: 10.1007/s10862-015-9500-3.

167. Szép, Anna; Skoluda, Nadine; Schloß, Susan; Becker, Katja; Pauli-Pott, Ursula; Nater, Urs M. (2021): The impact of preschool child and maternal attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms on mothers' perceived chronic stress and hair cortisol. In: *Journal of neural transmission (Vienna, Austria: 1996)* 128 (9), S. 1311–1324. DOI: 10.1007/s00702-021-02377-1.
168. Tate, E. B.; Wood, W.; Liao, Y.; Dunton, G. F. (2015): Do stressed mothers have heavier children? A meta-analysis on the relationship between maternal stress and child body mass index. In: *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 16 (5), S. 351–361. DOI: 10.1111/obr.12262.
169. Taubman, B. (1997): Toilet training and toileting refusal for stool only. A prospective study. In: *Pediatrics* 99 (1), S. 54–58. DOI: 10.1542/peds.99.1.54.
170. Taubman, Bruce; Buzby, Marianne (1997): Overflow encopresis and stool toileting refusal during toilet training. A prospective study on the effect of therapeutic efficacy. In: *The Journal of pediatrics* 131 (5), S. 768–771. DOI: 10.1016/s0022-3476(97)70112-4.
171. Tellegen, Cassandra L.; Sanders, Matthew R. (2014): A randomized controlled trial evaluating a brief parenting program with children with autism spectrum disorders. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82 (6), S. 1193–1200. DOI: 10.1037/a0037246.
172. Telman, Liesbeth G. E.; van Steensel, Francisca J. A.; Maric, Marija; Bögels, Susan M. (2017): Are Anxiety Disorders in Children and Adolescents Less Impairing Than ADHD and Autism Spectrum Disorders? Associations with Child Quality of Life and Parental Stress and Psychopathology. In: *Child psychiatry and human development* 48 (6), S. 891–902. DOI: 10.1007/s10578-017-0712-5.
173. Theule, Jennifer; Wiener, Judith; Tannock, Rosemary; Jenkins, Jennifer M. (2010): Parenting Stress in Families of Children With ADHD. In: *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 21 (1), S. 3–17. DOI: 10.1177/1063426610387433.
174. Theunis, M.; van Hoecke, E.; Paesbrugge, S.; Hoebeke, P.; Vande Walle, J. (2002): Self-Image and Performance in Children with Nocturnal Enuresis. In: *European Urology* 41 (6), S. 660–667. DOI: 10.1016/S0302-2838(02)00127-6.

175. Timmerman, Marjolijn E. W.; Trzpis, Monika; Broens, Paul M. A. (2019): The problem of defecation disorders in children is underestimated and easily goes unrecognized: a cross-sectional study. In: *European journal of pediatrics* 178 (1), S. 33–39. DOI: 10.1007/s00431-018-3243-6.
176. Tröster Heinrich (2010): Eltern-Belastungs-Inventar. Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin. Manual. 1. Aufl.: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
177. Üçer, Oktay; Gümüş, Bilal (2014): Quantifying subjective assessment of sleep quality, quality of life and depressed mood in children with enuresis. In: *World journal of urology* 32 (1), S. 239–243. DOI: 10.1007/s00345-013-1193-1.
178. Valicenti-McDermott, Maria; Lawson, Katharine; Hottinger, Kathryn; Seijo, Rosa; Schechtman, Meryll; Shulman, Lisa; Shinnar, Shlomo (2015): Parental Stress in Families of Children With Autism and Other Developmental Disabilities. In: *Journal of child neurology* 30 (13), S. 1728–1735. DOI: 10.1177/0883073815579705.
179. van den Berg, Maartje M.; Benninga, M. A.; Di Lorenzo, C. (2006): Epidemiology of childhood constipation. A systematic review. In: *The American journal of gastroenterology* 101 (10), S. 2401–2409. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2006.00771.x.
180. van der Wal, M. F.; Benninga, M. A.; Hirasings, R. A. (2005): The prevalence of encopresis in a multicultural population. In: *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 40 (3), S. 345–348. DOI: 10.1097/01.MPG.0000149964.77418.27.
181. Vermaes, I. P. R.; Janssens, J. M. A. M.; Mullaart, R. A.; Vinck, A.; Gerris, J. R. M. (2008): Parents' personality and parenting stress in families of children with spina bifida. In: *Child: care, health and development* 34 (5), S. 665–674. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2008.00868.x.
182. Voskuijl, Wieger P.; van Ginkel, Rijk; Benninga, Marc A.; Hart, Guus A.; Taminiou, Jan A. J. M.; Boeckxstaens, Guy E. (2006): New insight into rectal function in pediatric defecation disorders: disturbed rectal compliance is an essential mechanism in pediatric constipation. In: *The Journal of pediatrics* 148 (1), S. 62–67. DOI: 10.1016/j.jpeds.2005.08.061.

183. Vriesman, Mana H.; Rajindrajith, Shaman; Koppen, Ilan J. N.; van Etten-Jamaludin, Faridi S.; van Dijk, Marieke; Devanarayana, Niranga M. et al. (2019): Quality of Life in Children with Functional Constipation: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *The Journal of pediatrics* 214, S. 141–150. DOI: 10.1016/j.jpeds.2019.06.059.
184. Wagner, Catharina; Equit, Monika; Niemczyk, Justine; Gontard, Alexander von (2015): Obesity, overweight, and eating problems in children with incontinence. In: *Journal of pediatric urology* 11 (4), S. 202–207. DOI: 10.1016/j.jpuro.2015.05.019.
185. Wake, Melissa; Morton-Allen, Elise; Poulakis, Zeffie; Hiscock, Harriet; Gallagher, Susan; Oberklaid, Frank (2006): Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life. Prospective community-based study. In: *Pediatrics* 117 (3), S. 836–842. DOI: 10.1542/peds.2005-0775.
186. Warner, T. C.; Baandrup, U.; Jacobsen, R.; Bøggild, H.; Aunsholt Østergaard, P. S.; Hagstrøm, S. (2019): Prevalence of nocturia and fecal and urinary incontinence and the association to childhood obesity: a study of 6803 Danish school children. In: *Journal of pediatric urology* 15 (3), 225.e1-225.e8. DOI: 10.1016/j.jpuro.2019.02.004.
187. Wiener, Judith; Biondic, Daniella; Grimbos, Teresa; Herbert, Monique (2016): Parenting Stress of Parents of Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: *Journal of abnormal child psychology* 44 (3), S. 561–574. DOI: 10.1007/s10802-015-0050-7.
188. Wigander, Helena; Öjmyr-Joelsson, Maria; Frenckner, Björn; Wester, Tomas; Nisell, Margret (2018): Impact of Low Anorectal Malformation on Parenting Stress: A Mixed-Method Study. In: *Journal of pediatric nursing* 42, e45-e51. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.05.003.
189. Williford, Amanda P.; Calkins, Susan D.; Keane, Susan P. (2007): Predicting change in parenting stress across early childhood: child and maternal factors. In: *Journal of abnormal child psychology* 35 (2), S. 251–263. DOI: 10.1007/s10802-006-9082-3.
190. Wolfish, N. M.; Pivik, R. T.; Busby, K. A. (1997): Elevated sleep arousal thresholds in enuretic boys. Clinical implications. In: *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)* 86 (4), S. 381–384. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1997.tb09027.x.

191. Wood, Joanne N.; Kratchman, Devon; Scribano, Philip V.; Berkowitz, Steven; Schilling, Samantha (2021): Improving Child Behaviors and Parental Stress: A Randomized Trial of Child Adult Relationship Enhancement in Primary Care. In: *Academic pediatrics* 21 (4), S. 629–637. DOI: 10.1016/j.acap.2020.08.002.
192. World Health Organization; ebrary, Inc (1993): The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization.
193. Zink, Susanne; Freitag, Christine M.; Gontard, Alexander von (2008): Behavioral comorbidity differs in subtypes of enuresis and urinary incontinence. In: *The Journal of Urology* 179 (1), 295-8; discussion 298. DOI: 10.1016/j.juro.2007.09.007.

7. Publikation

Mattheus HK, Kiefer K, Freund R, Hussong J, Wagner C, Equit M, In-Albon T, Bolten MI, von Gontard A. Psychopathology and Parental Stress in 3-6-Year-Old Children with Incontinence. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2021 Jul;49(4):249-258. doi: 10.1024/1422-4917/a000804

8. Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Alexander von Gontard danke ich für die Überlassung des Themas und die geduldige und freundliche Betreuung während der Erstellung dieser Arbeit.

Frau Dr. Justine Hussong, Ph.D., für die umfassende Betreuung der Arbeit und insbesondere für die Unterstützung bei der Studienplanung und der statistischen Auswertung.

Ich danke an dieser Stelle auch allen Mitarbeitenden der ehemaligen Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikum des Saarlandes für die Unterstützung bei der Datenerhebung und der Zuweisung von geeigneten Patientinnen und Patienten, insbesondere Frau Catharina Wagner.

Ein großer Dank gilt natürlich allen Studienteilnehmenden, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Meinem Ehemann möchte ich dafür danken, dass er mich immer wieder motiviert hat diese Arbeit noch abzuschließen und ohne den ich irgendwann auf diesem langen Weg sicher aufgegeben hätte.

9. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Lebenslauf in der elektronischen Fassung der Dissertation nicht veröffentlicht.

10. Anhang

EBI-Unterskala	Gruppen mit signifikantem Unterschied	P
Elterliche Bindung	Patienten mit Komorbidität und Kontrollen mit Komorbidität	0,026
	Kontrollen mit Komorbidität und Kontrollen ohne Komorbidität	0,039
Soziale Isolation	Kontrollen mit Komorbidität und Kontrollen ohne Komorbidität	0,025
Elterliche Kompetenz	Kontrollen mit Komorbidität und Kontrollen ohne Komorbidität	0,036
Elterliche Depression	Kontrollen mit Komorbidität und Kontrollen ohne Komorbidität	0,04
Elterliche Gesundheit	Patienten mit Komorbidität und Kontrollen mit Komorbidität	0,032
	Patienten ohne Komorbidität und Kontrollen mit Komorbidität	0,025
	Kontrollen mit Komorbidität und Kontrollen ohne Komorbidität	< 0,001
Persönliche Einschränkung	Kontrollen mit Komorbidität und Kontrollen ohne Komorbidität	0,003
Partnerbeziehung	-	
Elternbereich Gesamt	Kontrollen mit Komorbidität und Kontrollen ohne Komorbidität	< 0,001
Gesamtskala EBI	Patienten mit Komorbidität und Kontrollen ohne Komorbidität	0,001
	Patienten ohne Komorbidität und Kontrollen mit Komorbidität	0,009
	Patienten ohne Komorbidität und Kontrollen ohne Komorbidität	0,037
	Kontrollen mit Komorbidität und Kontrollen ohne Komorbidität	< 0,001

Tabelle 13: Signifikante Unterschiede in den Studiengruppen, berechnet mittels Tukey-HSD

Anschreiben für Studienteilnehmende



Universitätsklinikum des Saarlandes und Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Gebäude 90.2, D-66421 Homburg/Saar

Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. Alexander von Gontard

Informationsblatt zur Studie „Psychopathologie und elterliche Belastung bei Kindern mit Ausscheidungsstörungen“

Worum geht es?

Als Enuresis bzw. Enkopresis bezeichnet man das Einnässen bzw. Einkoten ab dem 5. bzw. 4. Lebensjahr. Da aufgrund dieses Krankheitsbildes sowohl bei den betroffenen Kindern als auch bei den Eltern ein **hoher Leidensdruck** besteht, möchten wir die Forschung zu diesem Thema noch weiter vorantreiben, um Ihnen und Ihrem Kind auch in Zukunft noch besser helfen zu können. In unserer Forschungsarbeit untersuchen wir dabei genauer, ob ein Zusammenhang zwischen Ausscheidungsstörungen bei jungen Kindern und verschiedenen Faktoren, wie z.B. dem Erziehungsstil und der familiären Situation, besteht.

Ablauf und Aufwand?

Für die Datenerhebung werden mit ihrem Kind ein **kurzer Intelligenz-Test** und eine orientierende **Ultraschall-Untersuchung** durchgeführt. Sie selbst erhalten **Fragebögen** zur Selbstbeschreibung. Außerdem wird mit Ihnen **ein psychiatrisches Interview** geführt, in dem Sie uns von Ihrem Kind erzählen. Dieser Termin kann sehr gerne mit einem regulären Termin in der Klinik kombiniert werden. Planen sie am besten **ca. 60 Minuten** mehr Zeitaufwand ein. Als Aufwandsentschädigung erhalten Sie **20€** und Ihr Kind noch ein kleines Spielzeug.

Was passiert mit den erhobenen Daten?

Alle Daten (sowohl Ihre als auch die Ihres Kindes) werden selbstverständlich anonymisiert verarbeitet. Dies stellt sicher, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Identität möglich sind. Sie können aber jederzeit Ihre Teilnahme an der Studie zurückziehen. Wir teilen Ihnen auf Anfrage gerne die Gesamtergebnisse unserer Studie mit.

Bei weiteren Fragen zur Studie können Sie sich gerne telefonisch oder per Mail an uns wenden: enkopresis.enuresis.uks@gmail.com

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!



Rebecca Freund
(016099184170)



Kathrin Kiefer
(015255433030)



**Universitätsklinikum des Saarlandes und Medizinische
Fakultät der Universität des Saarlandes**

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie**

Gebäude 90.2, D-66421 Homburg/Saar

Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. Alexander von Gontard

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie „Psychopathologie und elterliche
Belastung bei Kindern mit Ausscheidungsstörungen“

Name des Kindes: _____

Name der Mutter: _____

Name des Vaters: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ich bzw. wir haben das Informationsblatt über die Studie gelesen und offene Fragen mit der
Studienleitung besprochen. Es erfolgte neben der schriftlichen auch eine persönliche
Aufklärung über die Studie, ihre Inhalte, ihre Bedeutung und ihren Ablauf.

Ich bzw. wir willigen ein, dass die anonymisierten personenbezogenen Daten für den
beschriebenen wissenschaftlichen Zweck erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.
Diese Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und gelangen nicht an die
Öffentlichkeit.

Eine Kopie der Einverständniserklärung habe ich bzw. haben wir erhalten.

Mit einer Teilnahme an der Studie bin ich bzw. sind wir einverstanden. Ein späterer Abbruch
der Studie ist zu jedem Zeitpunkt möglich.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

.....
Unterschrift des Kindes

Fragebogen zu Ausscheidungsstörungen

Elternfragebogen zu Ausscheidungsproblemen

Geburtsdatum des Kindes: _____ Geschlecht m w Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Erhebungsbogen ausgefüllt von: _____
 Mutter Vater Betreuer/Erzieher Sonstige: _____

Wo wohnt Ihr Kind?
 Bei Eltern In einer Einrichtung Sonstiges: _____

Welchen Kindergarten oder welche Schule besucht Ihr Kind?
 Regelschule/-kindergarten Förderschule/-kindergarten
 Berufsschule/Werkstatt für geistig Behinderte Sonstiges: _____

Hat Ihr Kind einen Förderschwerpunkt in der Schule oder im Kindergarten? Wenn ja, welchen?
 Nein Emotional-sozial (E) Lernen (L) Geistige Behinderung (G)
 Körperlich (K) Sprache/Sehen/Hören

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
 Ja, folgende Medikamente: _____ Nein

Hat Ihr Kind eine körperliche Behinderung oder chronische Krankheit?
 Ja Nein
 Falls ja, welche: _____

Berufsausbildung der Eltern (auch wenn nicht ausgeübt) Vater: ohne Abschluss Berufsausbildung Hochschulabschluss Sonstiges
Mutter: ohne Abschluss Berufsausbildung Hochschulabschluss Sonstiges

Einnässen tagsüber

1. Nässt Ihr Kind momentan am Tag ein (auch, wenn es eine Windel trägt)? Ja Nein → Weiter mit Frage 2

Falls ja:

Wie oft nässt Ihr Kind tagsüber ein? täglich 2x/Woche oder mehr 1x/Monat oder mehr seltener

Wie häufig nässt Ihr Kind pro Tag ein? 1-2x 3-4x 5-6x häufiger

Nimmt Ihr Kind das Einnässen wahr? Ja Nein

Einnässen in der Nacht

2. Nässt Ihr Kind momentan nachts ein (auch, wenn es eine Windel trägt)? Ja Nein → Weiter mit Frage 3

Falls ja:

Wie oft nässt Ihr Kind nachts ein? jede Nacht 2x/Woche oder mehr 1x/Monat oder mehr seltener

War Ihr Kind nachts schon mal länger als 6 Monate trocken? Nein Ja, im Alter von _____ Jahren

Wird es durch Harndrang wach? Ja Nein

Ist es auffällig schwer erweckbar? Ja Nein

Wird es nachts im nassen Bett wach? Ja Nein

Nässt(e) jemand lange aus der Verwandtschaft ein? Elternteil Geschwisterkind Tante, Onkel Sonstige

Einkoten

3. Kotet Ihr Kind momentan tagsüber ein (auch, wenn es eine Windel trägt)? Ja Nein → Weiter mit Frage 4

Falls ja:

An wie vielen Tagen kotet es ein? jeden Tag 2x/Woche oder mehr 1x/Monat oder mehr seltener

Wie häufig kotet Ihr Kind am Tag ein? 1-2x 3-4x 5-6x häufiger

Wie groß sind die Stuhlmengen? Schmierer klein mittel groß

Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls? fest weich wässrig wechselnd

Kotet Ihr Kind momentan nachts ein (auch, wenn es eine Windel trägt)? Ja Nein

Falls ja: In wie vielen Nächten kotet es ein? jeden Tag 2x/Woche oder mehr 1x/Monat oder mehr seltener

Toilettengang

4. Trägt Ihr Kind tagsüber eine Windel? Nein gelegentlich Immer → Weiter bei Frage 19
5. Wie oft lässt Ihr Kind tagsüber Wasser? 1-3x 4-7x 8-12x 13x oder mehr
6. Wenn Sie Ihr Kind längere Zeit bei sich haben (Reisen, Einkaufen usw.), nach wie vielen Stunden muss es Wasserlassen? 0-1 Std. 1-2 Std. 3-4 Std. 5 Std. oder mehr
7. Muss Ihr Kind zu Beginn des Wasserlassens drücken? Immer Meistens Manchmal Nein
8. Muss sich Ihr Kind beeilen um rechtzeitig zur Toilette zu kommen, wenn es Wasser lassen muss? Immer Meistens Manchmal Nein
9. Versucht Ihr Kind, das Wasserlassen hinauszuschieben, indem es die Beine verschränkt, in die Hocke geht, usw.? Immer Meistens Manchmal Nein
- Falls ja: In welchen Situationen?
10. Macht sich Ihr Kind nass, während es zur Toilette läuft um Wasser zu lassen? Immer Meistens Manchmal Nein
11. Muss Ihr Kind sofort zur Toilette laufen, um Wasser zu lassen, auch wenn es das erst vor kurzem gemacht hat? Immer Meistens Manchmal Nein
12. Müssen Sie Ihr Kind häufiger zum Wasserlassen auffordern? Immer Meistens Manchmal Nein
13. Erfolgt das Wasserlassen mit Unterbrechungen? Immer Meistens Manchmal Nein
14. Haben Sie den Eindruck, dass es sich genügend Zeit zum Wasserlassen nimmt? Immer Meistens Manchmal Nein
15. Hat Ihr Kind plötzlichen, überstarken Harndrang? Immer Meistens Manchmal Nein
16. Besteht ständiges Harträufeln? Immer Meistens Manchmal Nein
17. Kommt es nach dem Gang auf die Toilette zum Harnverlust? Immer Meistens Manchmal Nein
18. Hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nierenbeckenentzündung)? Ja Nein Weiß ich nicht

Stuhlverhalten

19. Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? täglich jeden 2. Tag 2x/Woche seltener
20. Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes? hart weich wässrig wechselnd
21. Wie groß sind die Stuhlmengen? klein mittel groß
22. Verspürt Ihr Kind Schmerzen beim Stuhlgang? Ja Nein
23. Ist der Stuhl gelegentlich mit Blutbeimengungen? Ja Nein
24. Hält ihr Kind Stuhl zurück? Ja Nein
25. Leidet Ihr Kind an Bauchschmerzen? Ja Nein
26. Gibt es Hinweise auf Stuhlmassen im Enddarm? Ja Nein
27. Leidet Ihr Kind an Verstopfung? Ja Nein

Weitere Fragen

28. Hat Ihr Kind Probleme beim Essen? Ja Nein
→ Falls ja, bitte beschreiben Sie die Probleme: _____
29. Hat Ihr Kind Probleme beim Trinken? Ja Nein
→ Falls ja, bitte beschreiben Sie die Probleme: _____
30. Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag? bis ½ l ½ - 1 l 1 - 1½ l mehr als 1½ l
31. Muss Ihr Kind zum Trinken aufgefordert werden? Ja Nein

32. Braucht Ihr Kind Hilfe beim Trinken? Ja Nein
33. Hat Ihr Kind Schluckschwierigkeiten? Ja Nein
34. Wann trinkt Ihr Kind? Überwiegend morgens Überwiegend abends Über den Tag verteilt
35. Haben Sie, Ihr Mann (Ihre Frau) oder Geschwister bzw. andere Verwandte des Kindes ab einem Alter von 5 Jahren eingenässt?
 Falls ja: wer und wann
- | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Mutter | <input type="checkbox"/> Nur nachts | <input type="checkbox"/> Nur tagsüber | <input type="checkbox"/> Tags und nachts |
| Vater | <input type="checkbox"/> Nur nachts | <input type="checkbox"/> Nur tagsüber | <input type="checkbox"/> Tags und nachts |
| Bruder/Schwester | <input type="checkbox"/> Nur nachts | <input type="checkbox"/> Nur tagsüber | <input type="checkbox"/> Tags und nachts |
| Bruder/Schwester | <input type="checkbox"/> Nur nachts | <input type="checkbox"/> Nur tagsüber | <input type="checkbox"/> Tags und nachts |
| Bruder/Schwester | <input type="checkbox"/> Nur nachts | <input type="checkbox"/> Nur tagsüber | <input type="checkbox"/> Tags und nachts |
| Sonstige _____ (Bitte nennen; z.B. Onkel, Großvater etc des Kindes) | <input type="checkbox"/> Nur nachts | <input type="checkbox"/> Nur tagsüber | <input type="checkbox"/> Tags und nachts |
| Sonstige _____ (Bitte nennen; z.B. Onkel, Großvater etc des Kindes) | <input type="checkbox"/> Nur nachts | <input type="checkbox"/> Nur tagsüber | <input type="checkbox"/> Tags und nachts |
36. Haben Sie, Ihr Mann (Ihre Frau) oder Geschwister bzw. andere Verwandte des Kindes ab einem Alter von 4 Jahren eingekotet oder litten an Verstopfung?
 Falls ja: wer und wann
- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Mutter | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| Vater | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| Bruder/Schwester | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| Bruder/Schwester | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| Bruder/Schwester | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| Sonstige _____ (Bitte nennen; z.B. Onkel, Großvater etc des Kindes) | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| Sonstige _____ (Bitte nennen; z.B. Onkel, Großvater etc des Kindes) | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Verstopfung |

Kolloquiumsvermerk

Tag der Promotion: 17.01.2023

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Michael D. Menger

Berichterstatter: Prof. Dr. A. von Gontard

Prof. Dr. med. Eva Möhler