

# Motnje izločanja pri otrocih in mladostnikih: psihološka obravnava z vedenjsko-kognitivnim pristopom

Ivana Kreft Hausmeister<sup>1\*</sup> in Valentina Stefanova Kralj<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinični oddelek za otroško hematologijo in onkologijo, Pediatrična klinika Ljubljana,  
Univerzitetni klinični center Ljubljana

<sup>2</sup>Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko, Pediatrična klinika Ljubljana,  
Univerzitetni klinični center Ljubljana

**Povzetek:** Raziskave kažejo, da je primeren čas za začetek toaletnega treninga po 2. letu, saj takrat otroci dosežejo nadzor nad mišicami medeničnega dna in analnega sfinktra, vendar pa mora otrok prej osvojiti določene veščine, ki jih bo potreboval za toaletni trening. Te otroci dosežejo vsak ob svojem času. Zato klasifikacije opredelijo motnje izločanja šele po 4. oziroma 5. letu. Motnje izločanja so v mednarodni klasifikaciji DSM 5 opredeljene v dveh kategorijah: enureza in enkopreza (American Psychiatric Association, 2013). V psihološki praksi se z motnjami izločanja srečamo v okviru sistematskih pregledov ali pa so otroci napoteni zaradi negativnega vpliva, ki ga imajo motnje izločanja na otrokov socialni in čustveni razvoj. Pregled literature kaže, da je med najbolj učinkovitimi načini obravnave motenj izločanja vedenjska terapija oziroma izbrane tehnike, ki jih bomo v prispevku tudi predstavili.

**Ključne besede:** enkopreza, enureza, konstipacija, toaletni trening, psihoterapija, čustvene in vedenjske težave

# Elimination disorder in children and adolescents: psychological treatment with behavioral and cognitive approach

Ivana Kreft Hausmeister<sup>1\*</sup> and Valentina Stefanova Kralj<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of child hematology and oncology, University Children's Hospital,  
University Medical Center Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

<sup>2</sup>Department of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, University Children's Hospital,  
University Medical Center Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

**Abstract:** According to research the most appropriate time to begin toilet training is after child's second birthday when he reaches control of pelvis floor and anal sphincter. However, a child has to first master certain skills which he will need for toilet training and that each child masters in its own time. That is also the reason why medical classifications define elimination disorder after 4th and 5th year of age. In international classification system DSM 5 elimination disorders are identified in two categories: enuresis and encopresis (American Psychiatric Association, 2013). When there are negative influences of enuresis or encopresis present children are usually referred to psychologists or after difficulties are revealed during a regular developmental examination. Overview of literature shows that behavioral therapy is one of the most effective treatments and some specific techniques will be presented in this article.

**Keywords:** encopresis, enuresis, toilet training, psychotherapy, emotional and behavioural problems

---

\*Naslov/Address: dr. Ivana Kreft Hausmeister, Pediatrična klinika Ljubljana, Klinični oddelek za otroško hematologijo in onkologijo, Bohoričeva 20, 1000 Ljubljana, e-mail: ivana.kreft@kclj.si

Članek je licenciran pod pogoji Creative Commons Attribution 4.0 International licence (CC-BY licenca).  
The article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY license).

Ena od pomembnejših nalog v obdobju malčka je, da usvojijo zdrave navade lulanja in kakanja. Primeren čas za začetek toaletnega treninga je po 2. letu, saj takrat otroci dosežejo nadzor nad mišicami medeničnega dna in analnega sfinktra (Herbert, 1996). Najbolj dovzetni so za toaletni trening med 1,5 in 4,5 leti. Pomembno pa je, da se starši zavedajo, da otrok ne bo usvojil nadzora nad izločanjem predčasno, če bodo s treningom začeli prej. Starši namreč vežejo na ta mejnik svoja pričakovanja in ocene o sposobnostih svojega otroka, kar lahko ustvari neugodne razmere za učenje navad.

Otrok je sposoben nadzorovati izločanje blata pred izločanjem urina (Herbert, 1996). V prvi stopnji zrelosti je otrok sposoben nadzora odvajanja blata ponoči, v naslednji stopnji razvoja usvoji nadzor nad odvajanjem blata podnevi. Šele nato je otrok sposoben nadzirati odvajanje urina, in sicer najprej podnevi in na koncu ponoči. Večina otrok je sposobnih nadzora odvajanja blata do 4. leta, nadzora nad odvajanjem urina pa do 5. leta. Pri nekaterih otrocih se nadzor nad odvajanjem blata in urina pojavi v istem času. Deklice običajno usvojijo toaletni trening pred dečki.

## Opredelitev motenj izločanja

Motnje izločanja so v mednarodni klasifikaciji DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) razdeljene v dve kategoriji: enureza in enkopreza.

*Enureza* (slovensko močenje ali lulanje) je opredeljena kot ponavljajoče odvajanje urina na neprimernem mestu (to je v oblačila ali v posteljo) pri otroku, starejšem od 5 let. Močenje se mora pojavljati vsaj dvakrat tedensko, v času vsaj treh mesecev ali pa povzroča klinično pomemben stres oziroma spremembe na področjih socialnega, akademskega ali drugega funkcioniranja. Močenje ne sme biti posledica zdravstvenega stanja. Vedenje je lahko prostovoljno ali neprostovoljno. Po priporočilih mednarodnega združenja za otroško inkontinenco (International Children's Continence Society [ICCS]; Austin idr., 2014; Austin idr., 2016) delimo močenje na nočno enurezo in dnevno inkontinenco, odvisno od tega ali se pojavlja ponoči ali podnevi. Pri otroku se lahko pojavljata obe obliki močenja ločeno ali skupaj. Prav tako delimo močenje na primarno in sekundarno, odvisno od tega ali je otrok moker od nekdaj ali pa je že uspel ostati popolnoma suh vsaj 6 mesecev (Meglič, 2007).

*Enkopreza* (blatenje, kakanje) je opredeljena kot nehotno ali zavestno ponavljajoče izločanje blata na neprimernih mestih (npr. v hlačke ali na tla), vsaj enkrat mesečno in najmanj tri mesece. Starost otroka mora biti vsaj 4 leta, da govorimo o motnji. Težave niso fiziološka posledica odvajal ali drugih zdravstvenih težav, razen zaprtja oz. konstipacije. Ločimo enkoprezo s konstipacijo in uhajanjem blata (»overflow incontinence«) ter enkoprezo brez konstipacije in uhajanja blata.

*Konstipacija* (zaprtje) ni kategorizirana kot samostojna motnja v sklopu motenj izločanja v DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), je pa glede na visoko pojavnost v populaciji otrok pogosto del pediatrične in psihološke obravnave. Po mednarodni klasifikaciji bolezni ICD-10 (World Health Organization, 1992) je konstipacija uvrščena med druge funkcijske motnje črevesja (K59.0). V

literaturi in praksi je pogosto zaslediti tudi izraz obstipacija, ki se uporablja kot sopomenka. Strokovnjaki po klasifikaciji imenovani Rimski kriteriji (»The Rome Criteria«), s trenutno 4. izdajo iz leta 2016 (Drossman, 2016) ravno tako postavljajo starostni okvir 4 let in zahtevajo vsaj dva od sledečih simptomov za diagnozo konstipacije: 1) blato odvaža dvakrat ali manj kot dvakrat na teden; 2) odvajanje blata je boleče in dolgotrajno; 3) mazanje hlačk z blatom vsaj enkrat tedensko; 4) zadrževanje blata; 5) ima veliko blata v zadnjem delu črevesa; 6) izloča take količine blata, da se zamaši stranišče. Kriterij mora biti izpolnjen vsaj enkrat tedensko v obdobju vsaj enega meseca (Hyams idr., 2016). Spremljajoče težave so lahko razdražljivost, zmanjšan apetit in/ali hitri občutek sitosti, ki pa izginejo takoj po obsežni izločitvi blata.

## Prevalenca motenj izločanja

Nočna enureza (nočno močenje) se pojavlja pri približno 10 % otrok v starosti 5 do 7 let, v starosti 10 let pa še pri 5 % otrok. V 80-90% primerov gre za primarne težave (Cristophersen in Friman, 2006; Meglič, 2007). S starostjo se število otrok z nočno enurezo z vsakim letom zmanjšuje za 15%, le pri redkih mladostnikih pa vztraja do 15. leta (približno pri 1%). Pogosteje se pojavlja pri dečkih kot pri deklicah. Za razliko od nočne enureze se dnevna inkontinenca (dnevno močenje) pogosteje pojavlja pri deklicah kot pri dečkih (Neveus idr., 2000).

Enkoprezo ima približno 1% 5-letnih otrok, motnja pa je pogostejša pri dečkih (American Psychiatric Association, 2013). Zaprtje je razlog za približno 3% vseh obiskov pri pediatrih in 30% obiskov pri pediatričnih gastroenterologih. Ocene prevalence zaprtja v otroškem obdobju (2 do 7 let) se gibljejo med 0,3% in 28%, pri čemer so bolj prizadeti mlajši otroci (Borowitz idr., 2003). V povprečju se torej zaprtje pojavlja pri 12-14% otrok (Mugie idr., 2011). Funkcionalno zaprtje pri otrocih se pojavlja enako pogosto tako pri deklicah kot dečkih, ne glede na socialno ekonomski status, velikost družine, vrstni red otroka med sorojenci ali starost staršev. Se pa pri dečkih z zaprtjem pogosteje kot pri deklicah pojavlja uhajanje blata (Hyams idr., 2016).

## Vzroki motenj izločanja

Carr (2016) med psihosocialnimi predispozicijskimi dejavniki motenj izločanja kot pomembna izpostavlja prisotnost razvojnega zaostanka in življenje v kaotičnem družinskem okolju. Motnjo lahko vzdržuje otrokova naučena nemoč in nizko vrednotenje lastnih zmožnosti za rešitev težave. Vzdrževalni dejavnik so tudi negativna čustva, še posebej jeza, povezana s prisilno interakcijo med staršem in otrokom, ali anksioznost povezana z izločanjem, če toaletni trening doživlja kot nekaj vsiljenega.

Psihološke faktorje bi lahko razdelili na zunanje (družina, širše socialno okolje) in notranje (čustva, vedenjske reakcije, prepričanja; Clayden, 1992). Herbert (1996) govori o psiholoških determinantah in ne vzrokih, saj so psihološki dejavniki, povezani s težavami z izločanjem, lahko tudi posledica teh težav. Gre za »čustveno prekrivanje«, ki prispeva k začetku, vzdrževanju ali slabšanju simptomov. Avtor navaja

v različnih študijah ugotovljene psihološke determinante kot so: prisilni in kaznovalno naravnani toaletni trening s strani staršev, vlogo anksioznih/hiperprotektivnih mam in čezmerno strogih očetov, nagnjenost otrok, ki jim uhaja blato, k nervoznosti, zavračanju hrane in naučeni nemoči. Med predispozicijske okoljske vplive prišteva stresne okoliščine, neurejena stranišča doma ali v vrtcu in šoli, separacijo od staršev in druge travmatske izkušnje ter prehranske dejavnike (npr. premalo vlaknin v prehrani, uživanje preveč mleka). V eni od raziskav so otroci iz Anglije in Švedske poročali, da so šolska stranišča neprijetna, umazana, smrdeča, ne onemogočajo zasebnosti in da tam drugi otroci pogosto izvajajo ustrahovanje (Vernon idr., 2003). Veliko otrok se je zato tudi izogibalo uporabi šolskih stranišč, kar bi lahko vplivalo na razvoj težav z izločanjem.

## Vzroki močenja

V preteklosti je obstajalo prepričanje, da je močenje vedno odraz čustvene stiske otroka (Neveus idr., 2000). Pogosto so vzrok močenja pripisali travmatskim dogodkom oziroma različnim zlorabam otroka, zato je bil tak otrok najprej napoten na pregled k otroškemu psihiatru. Z razvojem medicine na področju urološke in nevrološke diagnostike pa so zdravniki začeli odkrivati fiziološke vzroke močenja. Osnovna naloga pediatra je, da zna ločiti med organskimi in funkcionalnimi vzroki (Bidovec, 1991). Izključiti mora možnost anomalije, saj so najpogostejši vzrok inkontinence anomalije spodnjih sečil ali črevesja (Austin idr., 2014; Austin idr., 2016). Pri otroku, kjer se je pojavila dnevna inkontinenca sekundarno, gre lahko tudi za bakterijsko okužbo (Gradišek, 2002). Otrok ima težave pri uriniranju, bolečine v trebuhu in ledvenem predelu, temperaturo in mrzlico, lahko tudi enkoprezo. Izključiti je potrebno diabetes mellitus in nevrološke težave (Cristophersen in Friman, 2006; Neveus idr., 2000). Drugi možni fiziološki dejavniki močenja so nezrelost centralnega živčnega sistema, čezmerno aktiven mehur, majhna kapaciteta mehurja, motnje spanja oz. visok prag za zbujanje in izredno trdno spanje, spremembe v delovanju antidiuretičnega hormona vazopresina ali njegovo pomanjkanje, zaprtje in genetski dejavniki (Koželj idr., 2016; Meglič, 2007; Semolič idr., 2009). Otroci imajo običajno ponoči 9–krat višjo koncentracijo vazopresina kot podnevi, otroci z nočno enurezo pa samo 2,5–kratno (Gradišek, 2002). Nočna enureza je pod vplivom dednih dejavnikov, zato je velika verjetnost, da je imel v otroštvu enurezo še kdo v družini. Čeprav v večini primerov ne gre za stanje, ki bi samo po sebi ogrozilo otrokovo življenje, pa lahko dalj časa trajajoče nepopolno praznjenje mehurja oziroma zastajanje urina privede tudi do vnetja sečil ali v skrajnih primerih do okvare ledvic (Austin idr., 2014; Austin idr., 2016; Cristophersen in Friman, 2006).

Po vedenjsko-kognitivnem modelu so telo, vedenje, misli in čustva povezani (Beck, 2011). Čeprav pri številnih otrocih ugotavljamo, da so vzrok za motnje mikcije fiziološke nepravilnosti, pa so pri pomembnem deležu otrok pridružene psihološke težave (Kreft Hausmeister idr., 2016). Strokovnjaki s področja težav z močenjem pri otrocih danes v večji meri govorijo o psiholoških posledicah kot o vzrokih. Raziskave

so pokazale višjo povezanost med psihološkimi težavami in močenjem pri otrocih, kjer gre za kombinacijo nočne enureze in dnevne inkontinence in pri tistih, kjer se močenje pojavi sekundarno (Gradišek, 2002; Neveus idr., 2000; von Gontard in Neveus, 2006). Močenje, ki pri otroku traja dlje, kot bi starši pričakovali, je skoraj vedno izvor stresa za otroka in ostale družinske člane (Gradišek, 2002).

Pogosto otroci ob različnih spremembah v življenju doživijo pozitiven ali negativen stres, ki se lahko odraža v močenju (npr. rojstvo sorojencev, ločitev, selitev, zamenjava vzgojiteljice). Običajno gre za prilagoditvene težave, ki so prehodne, in tako tak otrok brez posebne obravnave težave preide in močenje v nekaj tednih izzveni. Pri nekaterih tri do štiriletnih otrocih se lahko kmalu po uspešno usvojeni suhosti čez dan ponovno pojavi obdobje, ko so mokri – predvsem v igri, kar lahko pripišemo njihovi nezrelosti, da bi med igro bili pozorni tudi na signale mehurja oziroma fiziološke zaznave na sploh (Porter, 2006). Takšno vedenje je iz razvojnega vidika povsem normalno. Na enak način pa lahko razložimo tudi dnevno inkontinenco pri otrocih z razvojnimi zaostanki.

Vendar pa je močenje lahko tudi odraz pomembne čustvene stiske, tudi zlorabe ali drugega travmatskega dogodka, zato je še kako pomembno biti pozoren na vsa področja otrokovega delovanja in njegovo socialno okolje. Napačno pa je prepričanje, da sta za močenje vedno kriva zloraba otroka ali njegove čustvene težave.

## Vzroki zaprtja in blatenja

Natančna etiologija za razvoj zaprtja pri otrocih ni jasna in v večini primerov, do kar 90%, se ocenjuje, da gre za funkcionalno zaprtje (Benninga idr. 2004, v Rajindrajith in Devanarayana, 2011). Patofiziologija zaprtja pri otrocih je večfaktorska oz. povezana z interakcijo mnogih dejavnikov tveganja. Zaprtje povzroča kar nekaj organskih bolezni, npr. Hirschsprungova bolezen, malformacije anorektalnega področja, različne metabolne oz. endokrine bolezni (Rajindrajith in Devanarayana, 2011). Enako velja za enkoprezo, kjer kot organski vzrok velja izpostaviti še spino bifido in cerebralno paralizo (Carr, 2016). V teh primerih je zaprtje le eden od spremljajočih simptomov osnovne organske bolezni, saj so bolezni, ki bi se prezentirale izolirano z zaprtjem, zelo neobičajne (Rajindrajith in Devanarayana, 2011). Otroci in mladostniki z Downovim sindromom ali motnjo avtističnega spektra so bolj kot drugi nagnjeni k zaprtju (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014). K razvoju zaprtja so nagnjeni tudi nedonošeni otroci, otroci z razvojnimi zaostankom, otroci, pri katerih se pojavi zaprtje že v obdobju dojenčka in otroci s pozitivno družinsko anamnezo za zaprtje. Preden lahko govorimo o funkcionalnem zaprtju, mora zdravnik izključiti organsko zaprtje pri otroku.

Med biološkimi dejavniki ima pomemben vpliv tudi neustrezna prehrana in sicer premajhen vnos vlaknin in tekočin (Carr, 2016; Clayden, 1992; Rajindrajith in Devanarayana, 2011). Posledično smernice za obravnavo zaprtja (NICE, 2014) v protokolu vključujejo natančna navodila za zadostni dnevni vnos tekočin in prehranskih vlaknin. Kot pomemben varovalni dejavnik izpostavljajo tudi potrebo po dnevni

fizični aktivnosti, ki naj bo primerna otrokovi starostni oz. razvojni stopnji in individualnim zmožnostim.

Borowitz idr. (2003) v eni od raziskav ugotovljajo, da je boleče izločanje blata najpogostejši oz. poglavitni vzročni dejavnik zaprtja, saj je o tem poročalo kar 80% staršev otrok z zaprtjem vključenih v raziskavo. Če otroka ob izločanju blata boli, se bo bolečini skušal izogniti in bo blato zadrževal. Nabiranje blata v rektumu povzroča postopno raztezanje le-tega, kar vodi v izgubo občutkov v rektalnem predelu in občutka za poziv na blato oz. nujno k izločanju (Rajindrajith in Devanarayana, 2011). Tako se lahko zgodi, da otrok ne čuti več, da ga tišči h kakanju in ne čuti, da mu blato uhaja - takrat pride do nehotenega uhajanja blata ali enkopreze. Večinoma je izogibanje kakanju in s tem bolečini pri otrocih nehotno. Vendar pa tudi otroci, ki jih je strah kakanja, a zberejo dovolj poguma, da poskusijo, doživijo neprijetno izkušnjo in ugotovijo, da se ne splača poskušati, saj zbadajoča bolečina povzroči avtomatsko kontrakcijo sfinktrov, kar onemogoči izločanje (Carr, 2016). Otrok torej pritisne, a hkrati se izhod zapre, kar povzroči še dodaten upor in bolečino. Borowitz idr. (2003) ne povezujejo zaprtja z zunanjimi dejavniki, kot so zgodovina težav v družini, starost med toaletnim treningom ali druge oblike fizične ali psihološke travme. Vendar pa drugi avtorji navajajo, da psihološki dejavniki, vključno s čustvenim stresom, zelo verjetno uravnavajo delovanje debelega črevesa in rektuma preko osi možgani-črevo, kar lahko vodi v zaprtje (Rajindrajith in Devanarayana, 2011).

## Obravnava motenj izločanja

V Sloveniji tako kot v večini evropskih držav smernice za obravnavo otroka z motnjo izločanja določajo, da je izbrani pediater tisti, ki otroka obravnava prvi. Odločijo se lahko za medikamentozno terapijo pri zaprtju, pri motnjah mikcije pa za ukrepe za povečevanje kapacitete mehurja ali za nadomestek hormona vazopresina, ki povzroči, da se izloča količinsko manj urina ponoči (Koželj idr., 2016). V drugih državah, predvsem v Združenih državah Amerike, pediatri predpisujejo tudi triciklične antidepresive, vendar jih pri nas ne predpisujejo, saj imajo lahko pomembne stranske učinke, ki lahko povzročijo več težav kot močenje samo (Neveus idr., 2010). Razvila se je takoiimenovana uroterapija, ki se nanaša na trening mehurja (Koželj idr., 2016). Starši v pediatrični ambulanti dobijo navodila za režim pitja, lulanja in kakanja, tudi priporočilo za izvajanje vaj za moč mišic medeničnega dna.

Obravnava otroka z motnjo izločanja zahteva celosten pristop (von Gontard in Neveus, 2006). Pri kompleksnih težavah se poleg pediatra v obravnavo vključita tudi dietetik in psiholog. Poleg medikamentoznega zdravljenja uporabljamo tudi vedenjske načine obvladovanja motenj izločanja, kot na primer monitoring vedenja v posebej pripravljenih dnevnikih, nagrajevanje po principu žetoniranja, spodbujanje samostojnosti otroka ipd. V Mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna poteka zdravstveni, interdisciplinarni program Šola lulanja za obvladovanje dnevne inkontinence, v Bolnišnici za otroke v Šentvidu pri Stični pa Šola kakanja, ki sloni na celostnem pristopu k obvladovanju izločanja.

Psihologi se seveda kljub temu srečamo z otroki z motnjami izločanja, ker jih k nam napotijo pediatri, ko ocenijo, da so se posledično razvile psihološke težave (npr. čustvene ali vedenjske težave pri otroku, konflikti v družini) ali kadar prepoznajo, da gre za funkcionalno motnjo. Lahko se srečamo z otrokom, ki ima razvojno motnjo in osnovni toaletni trening pri njemu ni bil uspešen. Pogosto pa se na nas obrnejo starši sami. Preden začnemo s psihološkimi intervencijami, je ključno, da otroka prej pregleda njegov pediater in izključi organske vzroke motnje izločanja.

## Psihološka obravnava

Otroci z motnjo izločanja pogosto doživljajo strah, zadrego in sram, nezaupanje v lastne zmožnosti, lahko imajo slabo samopodobo in nizko samozavest, kar lahko vodi v čustvene in vedenjske težave (Carr, 2016; Herbert, 1996; Kreft Hausmeister idr., 2016; Neveus idr., 2000; Ondersma idr., 2001). Velja pa tudi obratno, saj imajo otroci z motnjami izločanja, lahko tudi druge razvojne motnje, kot na primer motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo ali spektro avtistično motnjo, pa tudi motnjo v duševnem razvoju in specifične fobije (Kreft Hausmeister idr., 2016). Pogosto so otroci s takšnimi težavami tarča zbadanj vrstnikov ali jih ti celo izločijo iz svojih skupin. Družina ob otrokovih težavah lahko doživlja občutke neuspeha, zmedenosti, frustracije, jeze in celo odpora oz. gnusa. Blatenje lahko pri starših vzbuja negativne odzive in je eden od pogostejših sprožilnih dejavnikov za dejanja, ki vključujejo fizično zlorabo (Herbert, 1996). Obvladovanje močenja je zahtevno in izvor stresa ne le pri otroku, temveč tudi pri njegovih starših (Cristophersen in Friman, 2006; von Gontard in Neveus, 2006). V izogib razvoju tako kompleksne problematike je pomembno, da se težav z izločanjem lotimo pravočasno in s tem delujemo na nek način tudi preventivno.

Ozko gledano je cilj obravnave tako močenja kot tudi zaprtja in blatenja vzpostaviti redno izločanje na socialno sprejemljiv način (v kahlico, stranišče) ter izboljšati razumevanje dinamike oz. delovanja izločanja. V klinični praksi psihološke obravnave težav z izločanjem v sklopu Kliničnega oddelka za nefrologijo in Kliničnega oddelka za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko na Pediatrični kliniki se je izkazal kot učinkovit protokol dela s starši in otrokom v 3 korakih, ki ga predstavljamo v nadaljevanju.

### 1. korak: Ocena motnje izločanja in načrt obravnave

Pomembno je, da najprej pridobimo podatke o otrokovem vedenju. S pomočjo intervjuja po principih funkcionalne analize vedenja tako poskušamo dobiti podroben opis vedenja in opredeliti njegovo morebitno funkcijo. Odgovoriti želimo na vprašanja, kaj je problem, kako vpliva na življenje otroka in svojcev ter ali služi določenemu namenu. Na ta način lahko načrtujemo personaliziran vedenjski trening, ki bo za otroka in starše najbolj ustrezen in s tem najbolj učinkovit.

Po najnovjših smernicah je najbolj učinkovit protokol obravnave kombinacija psihoedukacije, vedenjske modifikacije in specifičnih medicinskih terapij – pri zaprtju

npr. vzdrževalne terapije z mehčalci blata in ustrezne prehranske prilagoditve, pri nočnem močenju dezempresin in pri prekomerno aktivnem mehuru antimuskarinska zdravila (Afzal idr., 2011; Carr, 2016; Koželj idr., 2016; NICE, 2014; Rajindrajith in Devanarayana, 2011; Zorman idr., 2016). Pri zaprtju je pomembno, da pediater najprej doseže izločanje mehkega blata brez bolečin in prepreči ponovno nabiranje blata. V literaturi se pojavlja kar nekaj programov vedenjskih intervencij. Pri zaprtju je to na primer stopenjski program, ki ga na podlagi obsežnega pregleda literature s področja obravnave kroničnega zaprtja priporoča van Dijk idr. (2007, v Rajindrajith in Devanarayana, 2011). Kot prvi korak navaja psihoedukacijo, s katero naj bi spremenili odnos staršev in otroka do zaprtja, predvsem zmanjšanje anksioznosti v zvezi z izločanjem. V naslednjem koraku se otroka nauči tehnik pritiskanja, kot so ustrezna pozicija nog in stopal, kako globoko vdihniti, zadržati zrak in ob tem pritisniti. V končnem koraku je novo naučeno vedenje podkrepjeno z nagrajevanjem. Tak pristop uporabljamo tudi pri zdravljenju motenj mikcije. Uporaba neinvazivnih pristopov povečuje možnost uspešnega izločanja, izboljšuje napete medosebne odnose v družini in vzpostavlja dober raport med terapevtom in družino (Rajindrajith in Devanarayana, 2011).

## 2. korak: Psihoedukacija

V začetku psihološke obravnave je pomembna *psihoedukacija o naravi močenja oz. blatenja*, torej učenje o naravi težav, simptomih in načinih spoprijemanja. S psihoedukacijo lahko starše in otroka v veliki meri razbremenimo občutkov krivde in posredno vplivamo na občutek nadzora nad težavami. S tem si zagotovimo njihovo aktivnejše sodelovanje in prevzemanje odgovornosti za otrokovo zdravljenje. Psihoedukacija staršev in starosti primerno tudi otroka naj vključuje razlago o fiziologiji izločanja.

Pri izločanju urina pojasnimo pogostost pojavljanja težav močenja, morebitne vzroke, vedenjsko-kognitivni model povezanosti telesa, misli, čustev in vedenja ter učinkovite načine obvladovanja močenja. Pri otroku, kjer se je že vzpostavilo izogibanje (npr. šolski tabor, obisk prijatelja), pojasnimo mehanizem in kako ga vzdržujejo, pa tudi zakaj je za otroka bolje, če se dogodkov udeleži. Pri tem ga je potrebno opremiti, da bo znal močenje samostojno obvladovati, pa tudi skriti, če bo tako želel. Staršem in otroku pojasnimo tudi, da otrok za močenje ni kriv. Neodvisno od vzroka otroci zavestno ne nadzorujejo močenja (Cristophersen in Friman, 2006). Olajšanje doživijo, ko slišijo, da je otrok z enakimi težavami veliko. Prav tako je otrokom in staršem razbremenilno dejstvo, da bo otrok slej kot prej postal suh (tudi brez intervencij), kar velja za 99% otrok. Hkrati pa jim povemo tudi, da lahko z vedenjsko terapijo otrok suhost doseže mnogo prej.

Kako lahko razložimo fiziološki proces zaprtja in blatenja? Ko je končni del črevesa poln, živčevje pošlje signal možganom, da je čas za izločanje. Če signale iz kakršnihkoli razlogov zanemarimo, se blato dalj časa nalaga v črevesju in sčasoma črevesje neha pošiljati signale možganom. Tako otrok nima več občutka, da ga tišči. Iz blata se izloča voda,

zato blato postaja vse trše in nastane neke vrste čep. Nekaj odpadne vode z delci blata se mimo čepa spontano izloči, kar imenujemo paradokсна driska. Otroku nad uhajanjem nima nobenega nadzora, dogaja se mimo njegove volje (Herbert, 1996). Pogosto starši ob navidezni "driski" verjamejo, da otrok nima težav z zaprtjem, saj vendar odhaja tekoče blato. Razumevanje opisanega procesa je izjemno pomembno, še posebej ločevanje med voljnimi in spontanimi izločanjem, s poudarkom, da otrok ni kriv za uhajanje. Za lažjo predstavbo lahko starše napotimo tudi na katero od spletnih strani, ki poljudno in nazorno predstavljajo težave z zaprtjem.

Pri psihoedukaciji je pomembna tudi osvetlitev dejavnikov, ki so prispevali k nastanku težav (predispozicijski, sprožilni dejavniki), kot lahko sklepamo na podlagi anamnestičnih podatkov, ki smo jih pridobili s predhodno opravljenim intervjujem. Poudarimo pomen morebitnih psiholoških in socialnih faktorjev, ki se jim bomo posvetili tekom nadaljnje obravnave. V izogib napačni razlagi vzrokov ali pripisovanju krivde razložimo, da v osnovi težav niso otrokova lenoba, uporništvost ali iskanje pozornosti.

Del psihoedukacije namenimo posebej otroku, saj želimo doseči, da bo gledal na težave z izločanjem ločeno od svoje identitete (mazanje hlačk ne pomeni, da sem jaz slab - to je le moja težava), v smislu „nadloge“ s katero se skuša spoprijemati s pomočjo staršev. Težavo eksternaliziramo tako, da jo poosebimo (personificiramo), ji damo ime – po možnosti ne preveč negativno, ampak izzivalno (npr. nagajivi kakec, mehurček, ki ponoči spi), nato pa z otrokom sklenemo zaveznitvo, da mu bomo pomagali spopasti se s tem nasprotnikom in ga tudi premagati. V pomoč nam je lahko številna otroška literatura (npr. slikanice, knjižice) na temo izločanja, ki si jo pogledamo, preberemo skupaj z otrokom.

V ospredje postavimo vedenjski vidik, saj večina težav v otroštvu ne izvira iz otrokovega nepravilnega učenja, temveč je posledica neuspeha pri učenju ustreznega vedenja oz. veččin (Herbert, 1996). Pri tem ne gre le za učenje fizičnih spretnosti (npr. potiskanja pri kakanju), ampak tudi socialno sprejemljivih vedenj. Otroka učimo toaletnih navad, ob tem ko treniramo njegovo telo (mehur in prebavila), da z njim bolje sodelujejo. Starše in otroka spodbudimo k zavzetemu in konsistentnemu izvajanju načrtovanega treninga, saj bo to najbolj učinkovit način za dolgotrajno izboljšanje simptomov (Afzal idr., 2011).

## 3. korak: Vedenjski trening izločanja in podperne tehnike

Ko smo uspeli vzpostaviti stik z otrokom, pridobili podatke o vedenju in pojasnili naravo močenja oz. blatenja, lahko načrtujemo intervencije.

Pri otrocih, mlajših od 4 pri blatenju oziroma 5 let pri močenju je smiselno, da starši ne polagajo pretirane pozornosti močenju oziroma vedenje ignorirajo, saj otrok najverjetneje še ni zrel za obvladovanje izločanja. V družinah, kjer se močenju oz. blatenju posveča večja pozornost, se otroka za to kaznuje ali na vedenje samo opozarja z nejevoljo, so otroci psihološko obremenjeni. To lahko privede do psihosocialnih posledic pri otroku, predvsem do težav ali motenj v čustvovanju in vedenju. Toleriranje močenja oz.

blatenja pomeni, da ne poudarjamo dogodkov močenja oz. blatenja s pogovorom, kaznovanjem ipd. Otrok naj se umije in preobleče ter nadaljuje z dejavnostjo, ki jo je počel, preden se je pomočil ali pokakal.

Vedenjski trening nadgradimo s *pozitivnim podkrepljevanjem*, ki naj bo glede na starost otroka čim bolj konkretno – npr. plakat z razpredelnico, kamor sam nalepi izbrano nalepko. Nagrade so lahko: a) materialne (gledanje risanke, nova igrača ali knjižica, izlet, obisk živalskega vrta; odsvetovana je hrana), b) socialne – najbolj priporočljive (dodatni čas s staršem v skupni aktivnosti, dodatna večerna pravljica, pozornost, nasmeh, spodbudna beseda); c) samopodkrepitev (intrinzična – samopohvala, spodbuda). Nagrada naj sledi vedenju v čim hitrejšem času. V začetku nagrajujemo že samo izvajanje rutine (npr. dobi eno nalepko za sedenje na stranišču 5 minut, dve nalepki če lula ali kaka; zbrati mora 5 nalepk, da jih lahko zamenja za dogovorjeno nagrado), ko pa je to usvojeno, hitro preidemo na nagrajevanje izločanja. Ob tem naj bodo starši pozorni na kakršnekoli znake po potisku k opravljanju potrebe in to izkoristijo za spodbudo k odhodu na stranišče v tistem trenutku. Vsak še tako majhen uspeh pri izločanju namreč zmanjšuje vpliv neprijetnih preteklih izkušenj in zelo povečuje motivacijo za nadaljnji trening.

V podporo vedenjskemu treningu je lahko učenje po modelu. Otrok se veliko nauči z opazovanjem in oponašanjem drugih (odraslih pri opravljanju običajne jutranje rutine; naj opazuje lutko/najljubšo igračo, kako gre na stranišče), predvsem pa dobi izkušnjo, kaj je v njegovem okolju običajno, sprejemljivo in zaželeno vedenje.

V primeru, da ima otrok strahove, vezane na stranišče (prostor, školjko, splakovanje z vodo, umazanijo, blato itd...), pred uvajanjem vedenjskega treninga uporabimo tehniko *sistematične desenzitizacije*. Situacijo razdelimo na manjše korake in vsakega ponavljamo tolikokrat, dokler strahu ni več (npr. najprej gre do vrat kopalnice, nato v kopalnico, se usede na školjko, poskusi lulati oz. kakati...). S tehniko načrtno in postopno zmanjšamo specifični strah.

Od pričetka obravnave dalje priporočamo tudi pomoč ob nesrečah („*accident management*“) (Carr, 2016). Otrok naj ima v vrtcu ali šoli (v torbici, diskretno pospravljeno) pripravljene pripomočke za umivanje: vlažne robčke, čiste spodnjice, plastično neprosojno vrečko za umazano perilo. Odgovorne odrasle osebe naj otroku omogočijo in mu po potrebi pomagajo pri diskretnem umivanju oz. preoblačenju.

## Specifične vedenjske tehnike pri močenju

Približno 40 % otrok, ki močijo, ima tako dnevno inkontinenco kot tudi nočno enurezo (Austin idr., 2014; Austin idr., 2016). Ker dnevna inkontinenca v večji meri zaznamuje delovanje otrok v primerjavi z nočno enurezo in povzroča več psiholoških težav (von Gontard in Neveus, 2006), je najprej potrebno otroku pomagati obvladati dnevno inkontinenco, šele nato pa se intervencije usmerijo v obvladovanje nočnega močenja. Pri izbiri tehnik, ki bodo učinkovite pri posameznem otroku, je potrebno upoštevati dejavnike družine (npr. motivacijo, finančne zmožnosti, število sorojencev, navade, stališča itd.). Zato je smiselno

iz nabora dokazano učinkovitih tehnik izbrati tiste, ki si jih želijo uporabiti otrok in vsaj eden od staršev, saj lahko to bistveno izboljša motivacijo in sodelovanje.

*Redno praznjenje mehurja.* Otrok naj gre na stranišče, ko se zbudi, preden gre spat in v rednih intervalih čez dan (2-3 ure), še posebej pred začetkom igre. Prav tako je pomembno, da mehur izprazni popolnoma, za kar otroci potrebujejo vsaj 10 sekund.

*Režim pitja* vode ali druge tekočine, vendar ne napitkov, ki lahko vsebujejo kofein. To otroku pomaga pri vzpostavljanju redne prebave, pri otrocih z nočno enurezo zmanjšuje pitje v večernem času in na ta način nadzorujemo količino urina, ki se proizvede v nočnem času, pri otrocih z dnevno inkontinenco pa zagotavlja, da bo urina dovolj za trening suhosti.

*Trening mehurja* je hoteno zadrževanje mikcije in podaljševanje intervala med dvema mikcijama, hoteno prekinjanje mikcije oziroma obvladovanje neinhibiranih kontrakcij mehurja (Gradišek, 2002). Uporablja se ga pri otrocih, ki imajo majhno kapaciteto mehurja za svojo starost. Tak otrok pogosto hodi na stranišče – npr. vsake pol ure. Cilj treninga je, da otrok na koncu odvajaja na 2 do 3 ure.

*Alarm za nočno zbujanje* je eden od dveh najuspešnejših načinov obvladovanja nočne enureze (drugi je zdravilo desmopresin), pa tudi dnevne inkontinence pri otrocih (Neveus idr., 2000). Deluje po principu klasičnega pogojevanja, in sicer otrok poveže glasen zvok, ki ga zbudi in na katerega pokrči mišice medeničnega dna, s polnim mehurjem. Alarm sestavljata oddajnik z zvokom in/ali vibriranjem ter sprejemnik, ki je pritrjen na otrokove hlačke, da zazna močenje. Ko začne otrok močiti, se vklopi zvok in/ali vibriranje, ki praviloma otroka zbudi in ta mora oditi na stranišče. Primeren je za otroke, ki so dovolj samostojni za uporabo alarma (običajno po 6. letu), ki močijo večino noči, jih močenje moti in so za uporabo motivirani. Dokazano deluje alarm tudi v primeru dnevne inkontinence, če se dnevno močenje pojavlja večkrat vsak dan in tako alarm deluje kot opomnik, da mora otrok na stranišče. Otrok ga mora uporabljati vsaj mesec dni. Če je otrok suh 14 zaporednih noči, lahko poskusimo uporabo alarma ukiniti.

*Vedenjski eksperiment.* Pogosto se pred koncem uporabe alarma, ko je otrok ponoči suh vsaj 3 tedne, svetuje tudi pitje večje količine tekočine eno uro pred spanjem (npr. 0,5 l), da bi prišlo do prekomernega učenja (“overlearning”). Namen eksperimenta je preizkusiti, ali se otrok zbudi, ko je njegov mehur poln.

*Zbujanje* je oblika pomoči, pri kateri starši ponoči zbudijo otroka, da bi odšel na stranišče. V praksi le redko svetujemo to obliko pomoči, ker je alarm za nočno zbujanje dokazano bolj uspešen. Če se starši raje odločijo otroka zbuhati, jim svetujemo, da se zato ne zbuja sredi noči, temveč otroka zbudijo, preden sami odidejo spat, da bi to imelo manjše posledice na običajni ritem družine. Pri nekaterih otrocih se močenje zgodi ob približno isti uri in tako starši kmalu ugotovijo, kdaj morajo otroka zbuditi za stranišče, da bi ostal čez noč suh. Pogosto pa starši povedo, da je otrok kljub temu ponoči moker ali pa ga ne morejo zbuditi in ga odnesejo spečega na stranišče, kar seveda pomeni, da otrok ne more povezati občutka polnega mehurja z zbujanjem ali odhodom na stranišče.

*Plasti podlog in rjuh* se priporočajo namesto uporabe pleníc pri otrocih starejših od 5 let. Posteljo prekrijemo z več plastmi podlog in rjuh izmenično, s tem ustrezno zaščitimo vzmetnico in ponoči enostavno odstranimo mokro podlogo in rjuho ne da bi postelje morali še preoblačiti. Uporabo pleníc pri šolskem otroku odsvetujemo, saj to vpliva na otrokovo doživljanje sebe oziroma na razvoj njegove samopodobe.

### Specifike vedenjskega treninga pri zaprtju

Z vedenjskim treningom pričnemo po tem, ko s prehransko prilagoditvijo in uporabo mehčalcev blata vzpostavimo čim bolj redno izločanje in mehko blato. Otroka želimo naučiti rednega izločanja, zato vpeljemo dogovor o *rutini odhajanja na stranišče* oz. na kahlíco. Natančno se dogovorimo, kolikokrat na dan (3 do največ 4x) in kdaj (najbolje 20-30 minut po obroku) bo otrok poskusil kakati. Pomembno je, da ima otrok ob sedenju na straniščni školjki ustrezno oporo za noge. Sedenje na stranišču ni kazen in ne bi smelo biti neprijetno, zato naj ne traja dalj kot 5-10 min. Otroku razložimo, da s tem dajemo kakcu priložnost, da pravi čas pride ven. Ker je izločanje lažje, če je otrok sproščen, mu lahko pomagamo z igračo, glasbo ali knjižico, vendar nas to ne sme preusmeriti stran od primarne naloge. Koristna je tudi masaža trebuha krožno v smeri urinega kazalca. Ne gre le za sedenje na stranišču, starši naj otroka spodbujajo, da pritisne. V pomoč pri spodbujanju mišíc, ki sodelujejo pri izločanju, so lahko smeh, kašljanje ali pihanje (npr. mehúrkov), kar je lahko tudi zabavna popestritev. Otroka za sodelovanje in trud sproti večkrat pohvalimo (Herbert, 1996). Ko je izvajanje rutine usvojeno, preidemo na nagrajevanje izločanja.

### Individualni pristop

Najboljša napovednika uspešno izvedenega treninga sta motiviranost in upoštevanje načrta vedenjskega treninga (Buchanan, 1992; Kaplan in Busner, 1993, v Carr, 2016). Slabšo prognozo glede na dosedanje ugotovitve lahko pričakujemo v primerih, ko je interakcija med otrokom in staršem prisilna in intruzivna (Kelly 1996, v Carr, 2016).

Poleg zgoraj opisanih tehnik za obvladovanje izločanja, je seveda obravnavo potrebno prilagoditi vsakemu otroku posebej. Če so težave do vključitve v psihološko obravnavo že napredovale in ima otrok opazne sekundarne čustvene in vedenjske težave, opisane v začetku poglavja, je potrebna obravnavo tudi teh. Ob ugotavljanju ter upoštevanju predispozicijskih, sprožilnih in vzdrževalnih psihosocialnih dejavnikov, lahko načrtujemo tudi druge intervencije, ki bodo prilagojene posamezni družini in njihovim življenjskim okoliščinam. Poleg podpore pri reševanju različnih problemov, je pomembna predvsem psihoterapevtska obravnavo morebitnih psihičnih težav članov družine ali družinska psihoterapija.

Pri otrocih in mladostnikih, ki imajo motnje izločanja, se pogosteje kot pri ostalih otrocih sopojavljajo psihološke težave, in sicer pri kar 30-50% teh otrok (von Gontard in Neveus, 2006). Najpogostejše psihološke težave so hiperaktivnost z motnjami pozornosti, motnja opozicionalnega vedenja in depresivnost (von Gontard in Neveus, 2006; Neveus idr., 2000). Ker značilnosti otroka vplivajo na uspešnost intervencij, je

pomembno, da s pomočjo kliničnopsihološkega pregleda (razvojne anamneze, diagnostike) izključimo pridružene motnje. Če ugotovimo, da ima otrok poleg motnje izločanja tudi druge psihološke težave, je potrebno to upoštevati pri načrtovanju obravnave in izboru intervencij za obvladovanje izločanja. Avtorji raziskav poročajo, da se lahko vedenjske težave celo zmanjšajo, ko začne otrok obvladovati nočno močenje (HiraSing, idr., 2002).

### Zaključek

Motnje izločanja so v populaciji otrok in mladostnikov pogost problem in lahko pomembno vplivajo na otrokovo kakovost življenja ter razvoj sekundarnih psihosocialnih težav, zato zahtevajo posebno pozornost in pravočasno celostno obravnavo. Obravnavo otroka z motnjo izločanja naj se začne v ambulantni pediatri in nadaljuje z interdisciplinarno obravnavo, ki vključuje tudi psihologa. Težave z izločanjem so del kliničnopsihološke prakse pretežno zaradi negativnega vpliva na otrokov socialni in čustveni razvoj. Če otroci za težave niso kaznovani in kmalu po 4. oziroma 5. letu dobijo učinkovito pomoč, običajno nimajo pomembnih psihosocialnih težav. Med najbolj učinkovitimi načini obravnave motenj izločanja je vedenjska (in kognitivna) terapija oziroma izbrane tehnike, ki smo jih v prispevku predstavili in preizkusili v kliničnopsihološki praksi.

### Literatura

- Afzal, N. A., Tighe, M. P. in Thomson, M. A. (2011). Constipation in children. *Italian Journal of Pediatrics*, 37, članek 28.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- Austin, P. F., Bauer, S., Bower, W., Chase, J., Franco, I., Hoebeke, P., Rittig, S., Vande Walle, J., von Gontard, A., Wright, A., Yang, S. in Nevéus, T. (2014). 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. *Journal of Urology*, 191(6), 1863–1865.
- Austin, P. F., Bauer, S., Bower, W., Chase, J., Franco, I., Hoebeke, P., Rittig, S., Vande Walle, J., von Gontard, A., Wright, A., Yang, S. in Nevéus, T. (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. *Neurourology and Urodynamics*, 35(4), 471–481.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behaviour therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford.
- Bidovec, M. (1991). Otrok z enurezo v zdravnikovi ambulanti. V C. Kržišnik (ur.), *Izbrana poglavja iz pediatrije* (str. 101–105). Katedra za pediatrijo, Medicinska fakulteta.
- Borowitz, S. M., Cox, D. J., Tam, A., Ritterband, L. M., Sutphen, J. L. in Penberthy, J. K. (2003). Precipitants of constipation during early childhood. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16(3), 213–218.

- Carr, A. (2016). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach* (3rd ed.). Routledge.
- Clayden, G. S. (1992). Management of chronic constipation. *Archives of Disease in Childhood*, 67, 340–344.
- Cristophersen, E. R. in Friman, P. C. (2006). *Elimination disorders in children and adolescents*. Hogrefe.
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology*, 150, 1262–1279.
- Gradišek, A. (2002). Simptomi s področja spolovil in mokril. V I. Švab in D. Rotar Pavlič (ur.), *Družinska medicina* (str. 188–210). Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva.
- Herbert, M. (1996). *Toilet training, bedwetting and soiling*. The British Psychological Society.
- HiraSing, R. A., van Leerdam, F. J., Bolk-Bennink, L. F. in Koot, H. M. (2002). Effect of dry bed training on behavioural problems in enuretic children. *Acta Paediatrica*, 91(8), 960–964.
- Hyams, J. S., Di Lorenzo, C., Saps, M., Shulman, R. J., Staiano, A. in van Tilburg, M. (2016). Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology*, 150, 1456–1468.
- Kreft Hausmeister, I., Praprotnik Novak, A., Blejc Novak, A., Vande Walle, J. in Meglič, A. (2016). Motnje mikcije pri otrocih in psihološke komorbidnosti. *Slovenska pediatrija*, 23, 281–287.
- Koželj, E., Malok, S., Marčun-Varda, N., Kordič, R., Ključevšek, D., Vande Walle, J. in Meglič, A. (2016). Dnevne motnje mikcije pri otrocih. *Slovenska pediatrija*, 23, 270–280.
- Meglič, A. (2007). Primarna nočna enureza. *Slovenska pediatrija*, 14, 169–177.
- Mugie, S. M., Benninga, M. A. in Di Lorenzo, C. (2011). Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. *Best Practice and Research: Clinical Gastroenterology*, 25(1), 3–18.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Constipation in children and young people: *Diagnosis and management* (NICE Quality Standard No. 62). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg99>
- Neveus, T., Eggert, P., Evans, J., Macedo, A., Rittig, S., Tekgul, S., Walle, J. V., Yeung, C. K. in Robson, L. (2010). Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*, 183, 441–447.
- Neveus, T., Lackgren, G., Tuvemo, T., Hetta, J., Hjalmas, K. in Stenber, A. (2000). Enuresis – Background and treatment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology. Supplementum*, 206, 1–44.
- Ondersma, M. L., Ondersma, S. J. in Walker, C. E. (2001). Enuresis/encopresis. V H. Orvaschel, J. Faust in M. Hersen (ur.), *Handbook of conceptualization and treatment of child psychopathology* (str. 399–416). Pergamon.
- Porter, L. (2006). *Children are people too: A parent's guide to young children's behaviour*. East Street Publications.
- Rajindrajith, S. in Devanarayana, N. M. (2011). Constipation in children: Novel insight into epidemiology, pathophysiology and management. *Journal Neurogastroenterology and Motility*, 17(1), 35–47.
- Semolič, N., Ravnkar, A., Meglič, A., Japelj-Pavešič, B. in Kenda, R. B. (2009). The occurrence of primary nocturnal enuresis and associated factors in 5-year-old patients in Slovenia. *Acta Paediatrica*, 98, 1994–1998.
- Vernon, S., Lundblad, B. in Hellstrom, A. L. (2003). Children's experiences of school toilets present a risk to their physical and psychological health. *Child: Care, Health and Development*, 29(1), 47–53.
- von Gontard, A. in Neveus, T. (2006). *Management of disorders of bladder and bowel control in childhood*. Cambridge University Press.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.
- Zorman, A., Meštrović-Popović, K., Vande Walle, J. in Meglič, A. (2016). Monosimptomatsko nočno močenje pri otrocih. *Slovenska pediatrija*, 23, 288–295.