

Psihološki vidiki enkopreze brez organskega izvora

Psychological aspects of encopresis without organic ethiology

Vesna Košir,¹ Peter Janjušević²

¹ Center za zdravljenje bolezni otrok, Šentvid pri Stični 44, 1296 Šentvid pri Stični

² Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Gotska ulica 18, 1000 Ljubljana

Korespondenca/ Correspondence:

Vesna Košir, univ.dipl. psih., e: vesna.kosir@gmail.com

Ključne besede:

enkopreza; otroci; psihološko zdravje; terapevtske intervencije; komorbidnost

Key words:

encopresis; children; psychological health; therapeutic interventions; comorbidity

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn. 2016; 85: 505–13

Prispelo: 23. jan. 2016,
Sprejeto: 15. sept. 2016

Izvleček

Enkopreza je opredeljena kot hoteno ali nehoteno uhajanje blata na neustreznih mestih ali v spodnje perilo potem, ko otrok že dopolni starost štirih let in se pričakuje, da ima že vzpostavljeno kontrolo odvajanja. S to motnjo se sooča od 1–3 % otrok. Članek se osredinja na retentivno enkoprezo, ki je najpogosteje povezana s kronično zaprtostjo. Nepopolna kontrola izločanja pomembno vpliva na otrokovo telesno zdravje, psihosocialno delovanje ter družinsko življenje. Razdelani so osebni in kontekstualni predispozicijski, sprožilni, vzdrževalni ter zaščitni dejavniki enkopreze v sklopu etioloških teorij. Večina otrok z enkoprezo nima telesnih težav, ki bi lahko pojasnile njen pojav. Z namenom razumeti enkoprezo se osredinjamo na kronično zaprtost, kaotično družinsko okolje, interakcijo med otrokom in staršem, razvojni zaostanek, izogibanje odvajanju, vlogi družine, stresorjih in zaskrbljenosti glede odvajanja. Pogosti vzroki so pomanjkanje vlaknin in tekočin v prehrani, pomanjkanje gibanja in prezgodnje navajanje na kahlico. Obstaja soobolevnost z razvojnim zaostankom, učnimi težavami, motnjo pozornosti, vedenjskimi ali opozicionalnimi motnjami. Pri razreševanju tega problema se kot najučinkovitejša metoda kaže kombinacija medicinskega in vedenjskega pristopa. Glavni ukrepi so psihoedukacija, čiščenje črevesja z uporabo odvajal in trening črevesja s toaletnim treningom, dieto in vadbo. Z učinkovitimi strategijami je mogoče odpraviti enkoprezo, vendar pa so lahko možna poslabšanja.

Abstract

Encopresis is defined as a voluntary or involuntary passage of stool in inappropriate places or in clothes by a child aged four years or above when bowel control can normally be expected. It affects 1 to 3 % of paediatric population. This article focuses on retentive encopresis that is most often related to chronic constipation. Incomplete bowel control has an important impact on physical health, psychosocial functioning and family life. Personal and contextual predisposing, precipitating, maintaining and protective factors for encopresis in a context of etiological hypotheses are discussed. Most children with encopresis have no physical problems to explain the disorder. The text is focusing on chronic constipation, chaotic family environment, parent-child interaction, developmental delay, and avoidance of defecation, the role of family, stressors and anxiety over toileting. Common causes of encopresis include a low fibre diet, lack of hydration, little or no exercise and premature toilet training. There is comorbidity with cognitive delays, learning disabilities, attention deficit disorder, conduct or oppositional disorders. In solving this problem, the most effective treatment method seems to be a combination of medical and behavioural approach. The main components are psychoeducation, clearing the faecal mass with laxative use and bowel retraining with toileting, accident management, diet and exercise. With effective strategies encopresis can be eliminated, but relapses may occur.

Uvod

Vzpostavitev kontrole izločanja je ena pomembnih razvojnih nalog v obdobju malčka, ko otrok psihično energijo preusmeri od oralnega na analno telesno področje. Težave pri doseganju le-tega ali naknadna izguba kontrole pomembno vpliva na otrokovo telesno in duševno zdravje. Gre torej za pediatrični gastroenterološki problem, ki močno vpliva na otrokovo psihološko (npr. pomanjkljiv občutek kompetentnosti in samoobvladovanja, negativno vrednotenje sebe, vedenjske ter čustvene težave) in socialno delovanje (npr. težave v vrstniških odnosih, umik iz socialnih stikov, opuščanje zanimanja) ter družinsko življenje (npr. intenzivirani konflikti, doživljanje stresa, preokupacija s problemom).¹ Mehanizmi nastanka in vzdrževanja motnje odvajanja brez organskega izvora so že nekaj časa predmet raziskovanja, dandanes pa obstajajo dokaj zadovoljive razlage ter smernice za njeno obravnavo. Poznavanje slednjih je pomembno tako za strokovne delavce, ki se pri delu s pediatrično populacijo srečujejo s to motnjo, kot tudi za starše oz. skrbnike, ki jim soočanje z enkoprezo pri otroku predstavlja pomemben vir občutka nemoči, stiske ali razočaranja.

Oprelitev motnje

Po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10-AM)² je enkopreza (uhajanje blata neorganskega izvora, F98.1) opredeljena kot: ponavljajoče se, hoteno ali nehoteno puščanje blata, običajno normalne ali skoraj normalne konsistence, na mestih, ki niso ustrezna za to početje v človekovem lastnem sociokulturnem okolju. Ta pojav lahko predstavlja abnormno nadaljevanje normalne otroške inkontinence, lahko vključuje izgubo kontinence potem, ko je otrok že kontroliral črevesje, lahko pa je to tudi čisto

namerno odlaganje blata na neustreznih mestih namesto normalnega obvladovanja fiziologije izločanja. Ta pojav lahko nastopa kot monosimptomatska motnja, lahko pa predstavlja del obsežnejše motnje, zlasti emocionalne (F93.–) ali vedenjske motnje (F91.–).

V Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (DSM-5)³ je opredeljeno, da se diagnoza enkopreza postavi zgolj pri otrocih, katerih kronološka starost presega štiri leta oziroma otrok dosega ekvivalentno razvojno raven, pri čemer se mora ta dogodek ponoviti vsaj enkrat na mesec in mora trajati vsaj tri zaporedne mesece.

Ko govorimo o enkoprezi, je pomembno razlikovanje med primarno in sekundarno enkoprezo. Primarna enkopreza označuje že od rojstva prisotno nezmožnost zadrževanja blata, pri sekundarni enkoprezi pa gre za izgubo kontrole izločanja po tem, ko je otrok že vzpostavil ustrezno kontrolo odvajanja.⁴ Pri sekundarni enkoprezi je uhajanje blata lahko hoteno (neretentivno) ali nehoteno (retentivno), pri čemer gre lahko za enkoprezo z obstipacijo in uhajanjem blata, kar je posledica fiziološke retencije, ali pa za enkoprezo brez obstipacije in uhajanja.⁴

Pri večini primerov enkopreze gre za funkcionalno motnjo brez jasnih organskih vzrokov,^{5,6} od tega pri 90 % za posledico kronične zaprtosti in s tem uhajanje blata.⁷

Epidemiologija

Po mednarodnih klasifikacijah bolezni in duševnih motenj (MKB-10-AM in DSM-5)^{2,3} diagnoze primarne enkopreze pred dopolnjenim četrtem letom otrokove starosti ne postavljamo, sekundarna oblika pa se najpogosteje pojavlja med petim in sedmim letom starosti.

Epidemiološke ocene prevalence kažejo, da za motnjo trpi 1–3 % šolskih otrok.⁴

Pri dečkih je pogostejša kot pri deklicah, saj so zastopani v 80 % vseh primerov.⁸⁻¹⁰

V študiji, ki je šest mesecev spremljala 4- do 17-letnike, je 4,4 % otrok doživele inkontinenco blata vsaj enkrat tedensko,¹¹ druga študija pa poroča o 4,1 % 5- do 6-letnikov in 1,6 % 11- do 12-letnikov, ki so vsaj enkrat mesečno imeli inkontinenco blata.¹² Trend upadanja pogostosti enkopreze kaže, da z vsakim letom kronološke starosti do 18. leta lahko spremljamo 15 % upada primerov.

O podobnih podatkih poročajo tudi nekatere druge študije, na primer iz Velike Britanije,¹³ kjer so primerjali pogostost enkopreze glede na intelektualne zmožnosti in ugotovili, da pomembnih razlik med otroci s povprečnimi oziroma mejnimi ter tistimi s podnormalnimi zmožnostmi ni. Drugačne podatke o prevalenci enkopreze v populaciji otrok z motnjo v duševnem razvoju navajajo druge študije.¹⁴ Ugotavljajo, da je enkopreza pogostejša pri otrocih in mladostnikih s sposobnostmi na ravni zmerne in težje motnje v duševnem razvoju.

Epidemiološkim podatkom o pojavnosti enkopreze, poleg pomanjkljivosti v povezavi s specifičnimi podskupinami otrok in mladostnikov, lahko očitamo pomanjkanje prospektivnih študij. Trenutno se ocenjuje, da 1–3 % otrok do desetega leta starosti še vedno ne vzpostavi konsistentne čistosti.⁸ Ugotavlja se, da je glede na izid v adolescenci in zgodnji odraslosti, prognostično ugodnejši potek neretentivne enkopreze. Pri tem gre za vedenjsko in ne zdravstveno stanje, pri katerem otrok zavrača odvajanje na stranišču in se poslužuje odvajanja na socialno neprimernih mestih.¹⁵

Dejavniki tveganja za razvoj in vzdrževanje motnje

Pri nastanku in vzdrževanju simptomov enkopreze igrajo ključno vlogo bi-

opsihosocialni dejavniki, pri čemer nobeden ni pomembnejši od drugega.¹

Za bolj celostno razumevanje enkopreze so zato na tem mestu na kratko povzeti tudi predispozicijski biološki dejavniki za enkoprezo, ki jih je potrebno upoštevati v klinični presoji. Sem sodijo genetska preobčutljivost, nepravilnosti v anorektalni zaznavni funkciji, nepravilnosti v motorični funkciji mišic zapiralk in Hirschsprungova bolezen.¹⁶ Majhen delež (5 %) otrok z enkoprezo pa ima nevrološke abnormalnosti, kot sta cerebralna paraliza in spina bifida.¹⁷ Sprožilci sekundarne enkopreze so lahko same spremembe v prehrani, kot je pomanjkljivo uživanje tekočin in hranil, bogatih z vlakninami, ter pomanjkanje gibanja, ki vodijo v kronično zaprtje.⁴ Nasprotno pa le-ti ne igrajo bistvene vloge pri razumevanju mehanizmov nastanka primarne enkopreze. Pomemben dejavnik so prav tako večje ali nenadne spremembe v otrokovem življenju, kot je na primer ločitev staršev, smrt v družini, selitev v drug kraj, rojstvo sorojenca, vstop v vrtec ali vstop v šolo.⁴ Pri tem pa je resnost simptomov odvisna tudi od otrokove individualne psihofizične odzivnosti na stresne dražljaje. Raziskave⁸⁻¹⁰ kažejo, da je pomemben predispozicijski dejavnik tudi spol otroka, saj so težave z izločanjem blata ali inkontinenco pogostejše pri dečkih kot pri deklicah.

Po drugi strani psihološki predispozicijski dejavniki običajno vključujejo zaoznanek v otrokovem doseganju razvojnih mejnikov (tj. kognitivnih, motoričnih, govornih, socialnih), težavnejši temperament otroka in slabše prilagoditvene sposobnosti otroka.¹⁸

K otrokovemu izražanju psiholoških težav preko telesnih simptomov in slabšim prilagoditvenim sposobnostim na kronično bolezen lahko prispeva disfunkcionalna družinska dinamika in patologija staršev,¹⁹ kar pojasnjujejo

družinskosistemske teorije. K temu prispevajo predvsem pretirana čustvena vpletenost ali popolna odtujenost staršev od otroka, izredno avtoritarna ali pretirano permissivna vzgoja, negativen odnos med staršema kot partnerjema, razreševanje partnerskih konfliktov preko otroka glede ukvarjanja z otrokovim simptomom in pa bodisi pretirana bodisi nikakršna odzivnost na otrokove simptome.⁴ Lisboa in sodelavci²⁰ navajajo, da je družinsko okolje teh otrok lahko bolj kaotično, sovražno ali celo agresivno. Pri materah otrok z enkoprezo so ugotavljali več disfornega razpoloženja ter pretirane zaskrbljenosti glede otrokovih težav.¹⁷

V neki raziskavi so primerjali temperamentne lastnosti staršev otrok z enkoprezo, pri katerih je motnja vztrajala, in temperamentne lastnosti staršev otrok, ki nikoli niso imeli enkopreze.¹⁹ Matere otrok iz prve skupine so v primerjavi z drugo skupino dosegale pomembno nižje rezultate na lestvicah kooperativnosti, sposobnosti empatije in občutkov posredne ali neposredne odgovornosti za druge, medtem ko so očetje teh otrok dosegali pomembno višje rezultate na lestvicah impulzivnosti in sramežljivosti.

Pri otrocih, ki se slabo odzivajo na programe osnovnega zdravljenja, je potrebno razmišljati tudi o potencialni zlorabi otroka.²¹ Glede povezave med enkoprezo in spolno zlorabo v literaturi obstaja precej nasprotujočih si zaključkov. Med simptomi spolne zlorabe sicer res najdemo tudi enkoprezo, pri čemer pa enkopreza sama po sebi še ne pomeni znaka spolne zlorabe^{17,22,23} Nekateri raziskovalci celo jasno umeščajo uhajanje blata izključno med enega od disreguliranih, s stresom povzročenih vedenj, ki pa v primerjavi z drugo pediatrično populacijo ni izrazito povečano pri otrocih, ki so doživeli spolno zlorabo.²⁴⁻²⁶ Drugi navajajo mešane zaključke, ki ne poja-

snjujejo specifik, zakaj nekateri otroci po izkušnji spolne zlorabe razvijejo enkoprezo.²⁷ Izkušnja spolne zlorabe brez dvoma pusti globoke in dolgoročne posledice v psihosocialnem delovanju otroka, ki se pogosto izraža tudi v delovanju telesnih funkcij. Vsekakor pa ne moremo zaključiti, da je enkopreza specifični kazalec spolne zlorabe.²⁸

Med psihosocialne sprožilne dejavnike lahko spadajo tudi vzgojne napake pri navajanju na čistost, kot je prisilen ali vsiljiv toaletni trening.²¹ Psihodinamske teorije razlagajo težave z izločanjem tudi kot posledico nezavednih intrapsihičnih konfliktov, ki izvirajo iz neadekvatnih odnosov med staršem in otrokom v času analne faze psihoseksualnega razvoja med drugim in tretjim letom otrokove starosti.²⁹ Če starši otroku postavljajo preveč ali premalo zahtev glede nadzora izločanja, se lahko pojavijo težave v otrokovem razvoju, in sicer v obliki pretirane rednosti, natančnosti in čistoče, ali po drugi strani neurejenosti in nereda. Motnjo tako lahko vzdržujejo negativna čustvena stanja, kot je jeza, ki je povezana s prisilnimi interakcijami med staršem in otrokom, ali pa z anksioznostjo, ki je povezana z vsiljivimi interakcijami glede odvajanja blata.⁴ Reid in Bahar³⁰ kot pomemben dejavnik za razvoj enkopreze ugotavljata pomanjkanje pozitivnega podkrepljevanja pri ustreznem toaletnem vedenju.

Schonwald in sodelavci³¹ navajajo, da se nekateri otroci zaradi doživetih bolečin ob odvajanju ali drugih averzivnih dogodkov začnejo izogibati temu vedenju. Ko otrok zazna, da bi lahko odvajal, se aktivira asociacija na doživeto bolečino. Otrok se takrat običajno umakne, stopa na prste, stiska mišice analnega sfinktra, medenico in glutealne mišice, da tako prepreči izločanje blata.³² Zadrževanje blata v rektumu pa vodi v fiziološke in psihološke posledice, kot so

bolečine v trebuhu, izogibanje odvajanju, upad teka, slabost, zmanjšan interes za telesne dejavnosti, umik od prijateljev in družine ter drugo. Neuspešni poskusi odprave teh težav lahko vodijo do naučene nemoči, negativne samopodobe in občutij nizke samoučinkovitosti.³¹

Med situacijske dejavnike enkopreze sodi pomanjkanje časa za redno odvajanje.²¹ Ob otrokovi enkoprezi se v domačem, vrtčevskem ali šolskem okolju večkrat ugotavlja, da gre za higiensko neurejene toaletne prostore, ki otroka spodbudijo k neuporabi stranišča, zato postane zaprt in mu uhaja blato.^{1,33}

Sooblevnost z motnjami na psihosocialnem področju

Pri otrocih z duševnimi motnjami je pogostost enkopreze (in obratno) višja kot v ostali populaciji.¹⁷ Podatki namreč kažejo, da ima od 30–50 % otrok z enkoprezo tudi komorbidno čustveno ali vedenjsko motnjo.⁸ Približno tretjina otrok z enkoprezo izkazuje vedenjsko motnjo, predvsem zgodnejšo opozicionalno-kljubovalno obliko.³⁴ Povezave med enkoprezo in otrokovim duševnim zdravjem so pogosto dvosmerne, saj enkopreza tako otroku samemu, pa tudi staršem, predstavlja izvor stisk, obenem pa je kompleksnost klinične slike in težja terapevtska dostopnost same enkopreze večja ob komorbidnih duševnih motnjah. Z vstopom otroka v vrtec, še bolj pa v šolo, se stres, povezan s simptomi enkopreze, le povečuje. Otroci z enkoprezo doživljajo v primerjavi z neprizadetimi vrstniki več čustvenih težav v smislu simptomov anksioznosti in depresivnosti, težav na področju socialnih odnosov, več socialnega umika, pa tudi slabšo šolsko učinkovitost in uspešnost.^{35,36}

Raziskave kažejo, da se enkopreza pojavlja pogosteje pri otrocih, ki so žrtve

medvrstniškega nasilja.^{6,17,37} Obenem pa otroci in mladostniki z enkoprezo pogosteje tudi sami izvajajo medvrstniško nasilje in drugo antisocialno vedenje.¹⁴ Komorbidne vedenjske težave so napovedni dejavnik slabega izida protokola toaletnega treninga, najbolj v primeru opozicionalno-kljubovalnega vedenja, enureze in anksioznih motenj.³⁸

Poseben izziv tudi v smislu kompleksnosti psihosocialne problematike je podskupina otrok, pri katerih je hkrati prisotna enkopreza in enureza. Cox, Morris, Borowitz in Sutphen³⁶ pri otrocih, ki imajo težave z odvajanjem, ugotavljajo pomembno več prisotne anksiozne in depresivne simptomatike, motnje pozornosti in socialne problematike, več motečega vedenja in nižjo šolsko učinkovitost, v družinah pa nižjo stopnjo samorazkrivanja in slabše sposobnosti načrtovanja v primerjavi z otroki brez simptomov.

Raziskave²¹ pri otrocih s težavami odvajanja in kronično zaprtostjo ugotavljajo nižjo frustracijsko toleranco, ki pa je običajno močno povezana tudi s konflikti v družini zaradi togosti meja in pravil. Opažajo tudi več težav v šoli, več agresivnosti in opozicionalnega vedenja ter obsesivno-kompulzivne problematike.¹⁷ Stres zaradi kroničnega zaprtja, telesnega neugodja in uhajanja blata pogosto vodi do razdražljivosti tako otroka kot staršev ter medsebojnega nerazumevanja.

Enkopreza torej ni izolirana motnja, ampak se bolj ali manj pomembno povezuje še z drugimi področji otrokovega delovanja. Prav zato ta skupina otrok in mladostnikov potrebuje še podrobnejšo diagnostično oceno (predvsem razvojnih značilnosti, intelektualne opremljenosti, čustvenega in vedenjskega stanja, družinske dinamike, socialnih ter bioloških dejavnikov, upoštevanje navodil zdravega načina prehranjevanja in gi-

banja) in bolj poglobljeno terapevtsko obravnavo.

Terapevtski ukrepi

Pri obravnavi enkopreze gre za klinično vprašanje, ki zahteva temeljito razumevanje bioloških, vedenjskih in psihosocialnih procesov, ključnih za učinkovito zdravljenje.³⁹ V presojanju, katerega pristopa se bomo poslužili, je pomembno upoštevati podtip sekundarne enkopreze pri posameznem otroku (tj. retentivna, neretentivna). V nadaljevanju bolj podrobno opisani ukrepi se priporočajo predvsem pri retentivnem podtipu, ki je tudi najpogostejši. Pri neretentivnem oz. tudi t.i. manipulativnem podtipu, kjer je blatenje navadno povezano z določenimi sekundarnimi koristmi (izražanje jeze do staršev, izogibanje določenim aktivnostim ipd.), se najpogosteje uporablja kombinacija vedenjskih in družinskih pristopov.³⁹ Ti so namenjeni predvsem učenju ustrežnejših, nadomestnih vedenj pri otroku ter ustrežnejše komunikacije staršev z otrokom in krepitvi ustrežnejšega vedenja.³⁹

Mnogi starši so precej negotovi, kateri pristopi so najbolj učinkoviti za otroke z enkoprezo. Če ne gre za multimodalno sliko problema, so pri mnogih otrocih z enkoprezo zadostna že ustrezna priporočila pediatra. Pri obravnavi otrok s kompleksnejšo problematiko enkopreze pa je pomembno sodelovanje med različnimi strokovnjaki. Melon⁴¹ navaja, da je terapija te biološko-vedenjske motnje dober prikaz kombinacije psihosocialnih in medicinskih ukrepov, vključno s sodelovanjem dietetika glede vzpostavljanja zdravih prehranjevalnih navad. Uporaba zgolj vedenjskih pristopov v zdravljenju enkopreze se kaže kot nezadostna. Prav tako pa ni koristna zgolj uporaba odvajal in sredstev za mehčanje blata, kot so to zagovarjali v 80. in 90. letih. Tudi Cu-

shing, Friesen in Schurman⁴² ugotavljajo pomembnost sodelovanja med psihološko in medicinsko stroko. Najboljši rezultati naj bi se tako kazali v kombinaciji uporabe odvajal z vedenjskimi tehnikami, pri čemer je najbolj učinkovit princip operantnega pogojevanja.³⁹ Med z dokazi podprte ukrepe sodi tudi učinkovit toaletni trening in pozitivna podkrepitev uporabe stranišča.³⁹

Spet druge študije učinkovitosti kažejo, da se retentivna enkopreza najbolj ugodno odziva na kombinacijo tehnik sproščanja, učenja ustreznih strategij soočanja s problemi in suportivno psihoterapijo v kombinaciji z zdravili (odvajala), po potrebi tudi psihiatričnimi (za obvladovanje pridruženih težav).⁴⁰

Koristno je biti pozoren že na prve znake, ki pri otroku lahko napovedujejo razvoj težav z odvajanjem oziroma enkopreze. Eden od simptomov je zaprtost, ko otrok odvaja manj kot 3-krat na teden.¹⁷ Coehlo¹⁷ navaja, da je ob odvajanju pogosto prisotna bolečina, še prej pa bolečine v trebuhu in slabost. Otrok lahko poroča o strahu pred odvajanjem, saj je ob tem že izkusil bolečino. S tem povezana so tudi opažanja, ko otrok zavestno ignorira impulz po odvajanju s tem, ko prekriža noge ali stiska glutealne mišice. Pri otroku se lahko opazi nenadna izguba teka, zmanjšan interes za telesne dejavnosti ali celo umik od prijateljev in družine.

Glede na to, da se družinska dinamika odraža na čustvenem in telesnem razvoju otroka, je eno od pomembnih ukrepov delo na vzpostavljanju ugodnega družinskega okolja, ki bi spodbudno vplivalo na vzpostavljanje novih navad.²⁰ O tem govorimo takrat, ko družina prepozna in prizna problem ter se zaveže k dejavnemu reševanju le-tega. Pomembno je, da družina sprejme terapevtski načrt in sodeluje z vsemi v zdravljenje vključenimi strokovnjaki. Starši naj bi z

besedami in vedenjem otroku sporočali, da ga imajo radi in ga spoštujejo. Prav tako je namen, da starši vidijo enkoprezo kot težavo, ki ni namerna (vsaj ne zavestno) in jo otrok doživlja kot težavo, ki je zunaj njegovega nadzora.⁴ Pomembno je, da starši verjamejo in dajo otroku vedeti, kako zelo pogumen je, da se sooča s težavo in mu zaupajo, da bo zmožl vpostaviti kontrolo nad odvajanjem.

Vsekakor sodi med neučinkovite pristope kaznovanje. Bolj koristno se kaže otrokom razložiti problem, jim pomagati pri vzdrževanju dnevne toaletne rutine, zagotavljati ustrezno prehrano ter redno in zadostno telesno dejavnost. Ključnega pomena je, da starši razumejo etiologijo otrokovih težav z odvajanjem ter dejavnike, ki to težavo vzdržujejo.³⁹ Potreben je tudi ponoven trening zadrževanja blata, ki vključuje uporabo odvajal pri tistih s kronično zaprtostjo, toaletni trening z urnikom uporabe stranišča ter poskusi odvajanja blata z namenom ozaveščanja potrebe po odvajanju, dieto z vlakninami in redno vadbo ter načrt v primerih, ko se pomaže perilo.^{17,43} Pravilno odvajanje ni samoumevno. Otrok se mora tega naučiti. Pri tem ne gre le za učenje fizioloških spretnosti, temveč tudi za učenje socialno zaželenega vedenja. Pomembno je, da si za odvajanje otrok vzame dovolj časa, večkrat dnevno in v istih obdobjih dneva.²¹ Otrok naj bi vselej, ko začuti navzočnost blata v rektumu in s tem potrebo po odvajanju, poiskal priložnost za odvajanje. Zatrtje normalnega refleksa je namreč pomemben dejavnik, ki pogosto vodi v začarani krog kroničnega zaprtja in najpogosteje naprej do enkopreze.²¹

Čeprav naj bi se za učenje prepoznavanja senzornih znakov, na podlagi katerih se otrok nauči prepoznati, kdaj bo odvajal, uporabljaj biofeedback,⁴ pa novejšje raziskave v splošnem ugotavljajo neučinkovitost uporabe zgolj tega ukrepa.⁴⁴ Nadaljnja raziskovanja so usmer-

jena predvsem v iskanje odgovora na vprašanje, ali uporaba biofeedbacka kot intervencijske tehnike vsaj skrajšuje trajanje zdravljenja.

V večini primerov je težave z odvajanjem mogoče reševati z ukrepi, ki ne zahtevajo bolnišnične oskrbe. Če pa prihaja do vedno novih neuspehov zdravljenja, kadar obstajajo resni medicinski zapleti in ko staršem primanjkuje psihološke opremljenosti za izvajanje programa doma, pa je potrebno razmišljati o vključitvi otroka v bolnišnično zdravljenje.⁴

Zaključek

V preteklosti je veljalo splošno prepričanje, da je enkopreza dokaj odporna na terapevtske pristope. V nasprotju s tem so vse do danes ugotavljali nekatere zelo učinkovite intervencijske tehnike soočanja s to motnjo. Kljub temu dandanes ostaja potreba po širjenju znanja o učinkovitih pristopih ter večjemu številu ustrezno usposobljenih strokovnjakov za delo tako z otroki, ki se soočajo z enkoprezo, kot tudi njihovimi starši. Po svetovnih raziskavah naj bi ustrezno pomoč poiskalo približno 40 % staršev otrok z enkoprezo, medtem ko ostali skušajo razumeti in se s tem problemom soočiti sami.¹⁷ Nekateri podatki kažejo, da ima kar 30 % teh otrok motnje odvajanja tudi v odrasli dobi.¹⁷ Pomembno je zavedanje, da je napoved izida enkopreze brez organske etiologije z ustrezno individualizirano kombinacijo predvsem vedenjskih, družinskih in medicinskih pristopov dobra.^{15,40} Potrebno pa je opozoriti, da je nekatere dejavnike tveganja težje kontrolirati kot druge. Na tem mestu so mišljeni dejavniki v kontekstu družine, kot je manj ustrezno družinsko delovanje in/ali specifične osebnostne lastnosti staršev, ki pa niso stalni del klinične slike ter običajno tudi ne neposreden napovedovalec motnje.¹⁹

Literatura

1. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Benninga MA. Review article: faecal incontinence in children: epidemiology, pathophysiology, clinical evaluation and management. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013; 37 (1): 37–48.
2. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija. Verzija 6 (MKB-10-AM). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2008.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
4. Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach. London: Routledge; 1999.
5. Har AF, Croffie JM. Encopresis. *Pediatric Review*. 2010; 31 (9): 368–74.
6. Garman K, Ficca M. Managing encopresis in the elementary school setting: the school nurse's role. *J Sch Nurs*. 2012; 28 (3): 175–80.
7. Nurko S, Scott SM. Coexistence of constipation and incontinence in children and adults. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2011; 25 (1): 29–41.
8. Gontard A. Encopresis. In: Rey JM, editor. IACA-PAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.
9. Bloom DA, Seeley WW, Ritchey ML, McGuire EJ. Toilet habits and continence in children: an opportunity sampling in search of normal parameters. *Journal of Urology*. 1993; (149): 1087–90.
10. Doleys DM. Enuresis and encopresis. In: Ollendick TH, Hersen M, editors. Handbook of child psychopathology. New York: Plenum; 1983. p. 201–6.
11. Loening-Baucke V. Prevalence rates for constipation and faecal and urinary incontinence. *Arch Dis Child*. 2007; 92 (6): 486–9.
12. van der Wal MF, Benninga MA, Hirasing RA. The prevalence of encopresis in a multicultural population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005; 40 (3): 345–8.
13. Joinson C, Heron J, Butler R, Von Gontard A, Butler U, Emond A, et al. A United Kingdom population-based study of intellectual capacities in children with and without soiling, daytime wetting, and bed-wetting. *Pediatrics*. 2007; 120 (2): 3.
14. Grey I, McClean B. Toileting problems. In: Carr A, O'Reilly G, Noonan Walsh P, McEvoy J, editors. *The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice*. New York: Routledge; 2007. p. 422–47.
15. Bongers ME, Tabbers MM, Benninga MA. Functional nonretentive fecal incontinence in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007; 44 (1): 5–13.
16. Buchanan A. *Children Who Soil. Assessment and Treatment*. Chichester: Wiley; 1992.
17. Coehlo DP. Encopresis: a medical and family approach. *Pediatr Nurs*. 2011; 37 (3): 107–12.
18. Matson JL, LoVullo SV. Encopresis, soiling and constipation in children and adults with developmental disability. *Research in developmental disabilities*. 2009; 30 (4): 799–807.
19. Akca OF, Aysev A, Aycan IO. Familial Features and Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Encopresis. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2011; 21 (4): 345–52.
20. Lisboa VC, Felizola MC, Martins LA, Tahan S, Neto UF, de Morais MB. Aggressiveness and hostility in the family environment and chronic constipation in children. *Dig Dis Sci*. 2008; 53 (9): 2458–63.
21. Orel R. Kronično funkcionalno zaprtje otrok. *Med Razgl*. 1996; (35): 103–12.
22. AMA diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. Council on Scientific Affairs. *Jama*. 1985; 254 (6): 796–800.
23. Lahoti SL, McClain N, Girardet R, McNeese M, Cheung K. Evaluating the child for sexual abuse. *Am Fam Physician*. 2001; 63 (5): 883–92.
24. Mellon MW, Whiteside SP, Friedrich WN. The relevance of fecal soiling as an indicator of child sexual abuse: a preliminary analysis. *J Dev Behav Pediatr*. 2006; 27 (1): 25–32.
25. Anderson B, Thimmesch I, Aardsma N, Ed DM, Carstater S, Schober J. The prevalence of abnormal genital findings, vulvovaginitis, enuresis and encopresis in children who present with allegations of sexual abuse. *J Pediatr Urol*. 2014; 10 (6): 1216–21.
26. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl*. 2002; 26 (6–7): 645–59.
27. Morrow J, Yeager CA, Lewis DO. Encopresis and Sexual Abuse in a Sample of Boys in Residential Treatment. *Child Abuse & Neglect*. 1997; 21 (1): 11–8.
28. Sadock BJ, Sadock VA. Elimination Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott; 2008. p. 639–43.
29. Marjanovič Umek L, Zupančič M. Teorije psihičnega razvoja. In: Marjanovič Umek L, Zupančič M, ed. *Razvojna psihologija 1. izd., 1. natis*. Ljubljana: Znanstveno raziskovalni inštitut Filozofske fakultete; 2004. p. 29–31.
30. Reid H, Bahar RJ. Treatment of encopresis and chronic constipation in young children: clinical results from interactive parent-child guidance. *Clin Pediatr*. 2006; 45 (2): 157–64.
31. Schonwald A, Sherritt L, Stadler A., Bridgeman C. Factors associated with difficult toilet training. *Pediatrics*. 2004; 113 (6): 1753–7.
32. Klauser AG, Voderholzer WA, Heinrich CA, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Behavioral modification of colonic function. Can constipation be learned? *Dig Dis Sci*. 1990; 35 (10): 1271–5.
33. Joinson C, Heron J, Butler U, von Gontard A. Psychological differences between children with

- and without soiling problems. *Pediatrics*. 2006; 117 (5): 1575–84.
34. Unal F, Pehlivanurk B. Comorbid psychiatric disorders in 201 cases of encopresis. *Turk J Pediatr*. 2004; 46 (4): 350–3.
 35. Mosca NW, Schatz ML. Encopresis: Not just an accident. *NASN Sch Nurse*. 2013; 28 (5): 218–21.
 36. Cox DJ, Morris JB, Jr., Borowitz SM, Sutphen JL. Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *J Pediatr Psychol*. 2002; 27 (7): 585–91.
 37. Har AF, Croffie JM. Encopresis. *Pediatr Rev*. 2010; 31 (9): 368–74.
 38. Unal F, Pehlivanurk B. Encopresis: long-term clinical outcome of 67 cases. *Turk J Pediatr*. 2005; 47 (1): 53–7.
 39. Wassom MC, Christophersen ER. A clinical application of evidence-based treatments in pediatric functional constipation and incontinence. *Clin Pract Pediatr Psychol*. 2014; 2 (3): 294–311.
 40. Ollendick TH, Schroeder CS. *Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
 41. Mellon MW. Encopresis. In: Sturmey P, Hersen M, editors. *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology Child and adolescent disorders*. New Jersey: Wiley; 2012. p. 361–87.
 42. Cushing CC, Friesen CA, Schurman JV. Collaboration with medical professionals in clinical practice: pediatric abdominal pain as a case example. *Fam Syst Health*. 2012; 30 (4): 279–90.
 43. Cox DJ, Sutphen J, Borowitz S, Kovatchev B, Ling W. Contribution of behavior therapy and biofeedback to laxative therapy in the treatment of pediatric encopresis. *Ann Behav Med*. 1998; 20 (2): 70–6.
 44. Brooks RC, Copen RM, Cox DJ, Morris J, Borowitz S, Sutphen J. Review of the treatment literature for encopresis, functional constipation, and stool-toileting refusal. *Ann Behav Med*. 2000; 22 (3): 260–7.