

Richtlijn voor de behandeling van encopresis

April 2004

Voorwoord

De besturen van de NIP-sectie "Psychologen in Algemene/academische Ziekenhuizen (PAZ) en de Vereniging van Kinder-en Jeugdpsychologen en Orthopedagogen in algemene Ziekenhuizen (VKJOZ) hebben elk afzonderlijk een protocollen commissie in het leven geroepen met als doel te komen tot ontwikkeling van protocollen binnen het werkgebied van ziekenhuispsychologen en pedagogen.

Naar aanleiding van enquêtes die zijn gehouden onder de leden van de PAZ en de VKJOZ zijn een aantal onderwerpen geselecteerd waarvoor veel belangstelling is en/of waarvan reeds protocollen bestaan binnen ziekenhuizen.

Een onderwerp waar blijkens de enquêtes veel belangstelling voor bestond wat betreft het komen tot protocollering is **encopresis**.

Om te komen tot het nu voorliggende concept richtlijn encopresis werd een commissie samengesteld bestaande uit leden van zowel de VKJOZ als de PAZ, te weten:

| | | |
|---------------------------------|----------------------------|------------|
| Drs. Simone Asscher (VKJOZ/PAZ) | Gelderse Vallei ziekenhuis | Wageningen |
| Drs. Marieke Fonk (VKJOZ/PAZ) | Diakonessenhuis | Utrecht |
| Drs. Odette Hamburg (VKJOZ/PAZ) | Gelderse Vallei ziekenhuis | Wageningen |

Doelstelling van deze richtlijn is in grote lijnen weer te geven hoe de aanpak bij encopresis is. Indien de ledenvergaderingen van de PAZ en de VKJOZ hun fiat aan dit protocol geven dan betekent dit dat dit protocol als het ware de stand van zaken op dit onderwerp weergeeft zoals die door de ziekenhuispedagogen en psychologen als groep wordt gedeeld.

Deze richtlijn dient niet opgevat te worden als een dwingend voorgeschreven geheel, gericht op uniformering van behandeling en op consensus. Iedere psycholoog behoudt zijn professionele autonomie: hij of zij kan op goede gronden afwijken van het voorgestelde beleid.

Inleiding.

Encopresis is een gedragsprobleem dat vrij veelvuldig wordt gepresenteerd in de praktijk van ziekenhuispsychologen en pedagogen. De behandeling ervan vereist een gedegen kennis van de gedragstherapie.

Als definitie hanteren we door J. Bosch gebruikte definitie in het boek "Directieve therapie bij kinderen en jeugdigen" wat in 2002 verscheen onder redactie van onder andere Else de Haan.

Definitie encopresis: "een gedragsprobleem, dat vooral door de omgeving als hinderlijk wordt ervaren, omdat het kind – leeftijdsinadequaat en al dan niet opzettelijk – defaeceert op sociaal onaanvaardbare plaatsen".

Men spreekt pas van encopresis wanneer kinderen ouder zijn dan 4 jaar en de frequentie minstens 1 keer per maand is. Deze defenitie sluit aan bij de criteria zoals gesteld in de DSM IV.

Van de kinderen met Encopresis is 80% een jongen en 20% een meisje. Bij jongens in de leeftijd van 4-7 jaar komt het voor bij 8%. Bij meisjes in die leeftijdscategorie bij 3% (Verhulst 1997).

Encopresis vindt meestal thuis plaats en maar zelden op school. Het kind heeft vaak een stoïcijnse houding ten opzichte van het probleem terwijl de omgeving nogal eens met boosheid of afkeer reageert. Wanneer de encopresis enige tijd bestaat is de kansgroot dat bij de ouders de machteloosheid en de wanhoop hoog oplopen.

Over de etiologie van encopresis is vrij weinig bekend. Mogelijk speelt constitutioneel bepaalde vertraagde neuro-musculaire rijping een rol. Ook wat betreft de psychologische factoren bestaat er weinig duidelijkheid. Zogenaamde 'life events' kunnen een rol spelen bij het ontstaan van encopresis. Bijvoorbeeld de scheiding van ouders, dood van een gezinslid of de geboorte van een broertje of zusje. Encopresis werd vroeger vaak in verband gebracht met een strijd van het kind in relatie tot de ouder(s). Encopresis kan een signaal kan zijn van seksueel misbruik.

Van belang voor de behandeling is om onderscheid te maken tussen **retentieve en niet-retentieve encopresis**. Retentieve encopresis wordt veroorzaakt door obstipatie. Bij 80% van de kinderen met encopresis is ook sprake van obstipatie waardoor het produceren van ontlasting pijnlijk kan zijn. Dit laatste kan vooral bij jonge kinderen angst voor zich ontlasten opleveren.

Bij niet-retentieve encopresis is een organische oorzaak uitgesloten en is alleen de plaats van defaecatie abnormaal. Retentieve encopresis heeft lichamelijke gevolgen, zoals een sterk uitgezet colon of rectum, een vertraagde peristaltiek, afwijkende faeces substanties, overloop diarree enz. Bij retentieve encopresis is samenwerking tussen kinderarts en gedragstherapeut een vereiste. Om ernstige obstipatie op te heffen of te verminderen kan een ziekenhuisopname nodig zijn.

Het onderscheid tussen primaire en secundaire encopresis (dus onzindelijkheid bij een kind dat nooit eerder zindelijk was en onzindelijkheid bij een kind dat voorheen wel zindelijk is geweest) is niet van belang voor de behandeling en wordt hier dan ook niet verder genoemd.

De pedagogisch/psychologische behandeling van de encopresis vereist in principe geen opname. Er kunnen situaties zijn waarin opname zinvol geacht wordt bijvoorbeeld omdat niet duidelijk is waarom het probleem blijft voortbestaan.

Primair moet uitgegaan worden van een gedragsprobleem dat een gedragstherapeutische benadering vereist, in tweede instantie kunnen intrapsychische problemen van het kind, ouder/kind relatieproblemen, systemische problemen e.d. meegenomen worden in de behandeling. Vaak zal echter de gedragstherapeutische behandeling volstaan.

De behandeling (bij retentieve encopresis stap 1 t/m 13, bij niet retentieve encopresis stap 4 t/m 13):

- 1- Behandeling van retentieve encopresis vereist een samenwerking met de kinderarts voor de eventuele medicamenteuze behandeling van de obstipatie. De kinderarts bepaalt welke laxantia gebruikt worden en in welke mate die moeten worden toegediend. Bij het toedienen van klysma's moet er rekening mee gehouden worden dat dit de negatieve beleving versterkt. Dit kan het psychologische behandelingsproces bemoeilijken.
- 2- Geef bij retentieve encopresis voorlichting aan ouders en kind over de fysiologische gevolgen van chronische obstipatie: uitleg geven over overloopdiarree, over verminderde prikkelgevoeligheid van de darm en over een zgn. uitgerekt colon. Gebruik hierbij illustratief materiaal en de lijst met adviezen voor ouders (zie bijlagen 2 en 3). Benadruk dat veel drinken, het eten van vezelrijke voeding en het consequent gebruiken van de voorgeschreven medicatie van belang is.
- 3- Controleer zonodig of het kind de "fysiologie van de defaecatie" beheerst, n.l. de het aanspannen van de buitenste kringspier en de bekkenbodemspieren en het ontspannen van de externe sfincter. Ga bij jezelf na hoe dat voelt in je eigen lijf. Je kunt dan bij het kind navragen hoe het in zijn lijf gaat. Je kunt het kind (en de ouders) vragen door diep adem te halen de buik zo bol als een ballon te laten worden. Als het kind de perstechniek goed hanteert voelt het dan druk op de anus. (Indien je de beschikking hebt over bio-feedback apparatuur kan je daarmee vaststellen of het kind adequaat gebruik maakt van de sluitspieren). Als er aanwijzingen zijn dat het kind een verkeerde perstechniek hanteert en dit niet door uitleg is op te lossen behoort het kind te worden terugverwezen naar de kinderarts of eventueel rechtstreeks naar een fysiotherapeut met ervaring met bekkenbodemp Problemen.
- 4- Zorg dat het kind een comfortabele zit heeft op de wc. Adviseer, afhankelijk van leeftijd/ lengte, een kinderbrilletje en een voetverhoging. Een boekje lezen is in principe af te raden, het kind moet bewust leren defaeceren. Afhankelijk van de individuele situatie kan er soms wél voor gekozen worden.
- 5- Houdt rekening met kinderen die angstig zijn voor de wc. door bijv. de wc. aantrekkelijk te maken, de deur op een kiertje enz. Soms kan de toiletangst zodanig zijn dat deze oorzakelijk is voor het ontstaan van encopresis. In dat geval zal dit eerst aangepakt moeten worden door middel van successieve approximatie.
- 6- Gebruik een observatieformulier waarin het gedrag rondom defaecatie en de defaecatie zelf in kaart wordt gebracht (zie bijlage 1). Dit kan als baseline dienen en later gebruikt worden om de behaalde resultaten zichtbaar te maken. Hiertoe kan bijvoorbeeld een grafiek worden gemaakt van het afnemende aantal vieze broeken of de toenemende ontlasting op het toilet.
- 7- Neutraliseer een negatieve houding van de omgeving m.b.t. het probleem (geen reactie of een neutrale reactie op ongelukjes en belonen van gewenst gedrag).
Vaak is met name de moeder overbelast door het ontlastingsprobleem en is het voor haar daarom moeilijk een neutrale en/of positieve houding aan te nemen. In zo'n geval kan het zinvol zijn de vader een hoofdrol te geven bij het uitvoeren van het beloningsprogramma.
- 8- Hanteer bij de toilettraining een beloningssysteem met successieve approximatie: Eerst belonen voor zitten op de toiletpot (drie maal daags 5 à 10 minuten, afhankelijk van kind en leeftijd, circa een half uur na iedere maaltijd), vervolgens belonen voor defaeceren in de toiletpot, daarna voor zelf billen afvegen (voor zover passend bij de leeftijd) enz. totdat het kind het volledige toiletgedrag beheerst. De ouders zijn mediator en registreren het verloop m.b.v. het observatieformulier.
Belonen geschiedt vaak in de vorm van het geven van stickers en/of een puntensysteem, waarbij de ouders geleerd wordt het gewenste gedrag (de stoelgang) expliciet, direct en daadwerkelijk te prijzen.
Op school op de wc. zitten is vaak niet aantrekkelijk omdat de school wc. vies is. Probeer dat op te lossen m.b.v. de leerkracht of bijv. het kind de beschikking te geven over weggooi reinigingsdoekjes voor de wc. bril. (Helemaal ideaal krijg je het vaak niet.)
- 9- Afhankelijk van de leeftijd draagt het kind zelf verantwoordelijkheid voor het schoonmaken van bevuild kleding (bijvoorbeeld vieze onderbroek in de week zetten). Juist bij kinderen die onverschillig ten opzichte van het probleem lijken te staan kan dergelijke negatieve bekrachtiging van belang zijn.
- 10- Altijd moet worden nagevraagd wat de eet en drinkgewoonten zijn van het kind. Indien nodig kunnen adviezen gegeven worden over voldoende drinken (heldere dranken, afhankelijk van de leeftijd één a anderhalve liter per dag) en vezelrijk eten (geef eventueel folder mee zoals bijvoorbeeld 'het rottige buiken boekje' van de Maag Lever Darm Stichting).
- 11- Een behandeling hoeft in de regel niet meer dan 4 a 8 zittingen te beslaan. In eerste instantie tweewekelijks met eventueel een aantal follow-up sessies met een langere tussentijd. Bij jonge kinderen (onder de 6 jaar) kan soms volstaan worden met mediatietherapie. Het kan zelfs

voordelen hebben de aandacht voor het ontlastingsprobleem niet onnodig te versterken door het kind mee te laten komen.

12- Als de behandeling niet het gewenste resultaat heeft denk dan aan de volgende mogelijke oorzaken:

- Kind is nog geobstipeerd
- Verkeerd beloningssysteem
- Verkeerde inzet van de ouders of systemische problemen
- Sociaal emotionele problemen
- Psychiatrische problematiek

13- Soms kan een opname in het ziekenhuis zinvol zijn wanneer ambulante hulp onvoldoende effect heeft. Als de training, die door verpleegkundigen of pedagogisch medewerkers wordt uitgevoerd onder leiding van een pedagoog of psycholoog, wel resultaat heeft wordt duidelijk dat systemische factoren een rol spelen.

Literatuur:

Bosch, J.D., Behandeling van encopresis (2001) in: Haan, E. de, Dolman, C., Hansen, A., Directieve therapie bij kinderen en adolescenten (red.), Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

Cladder, J.M., Nijhoff-Huijsse, M., Mulder, G.(1998) Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen, Lisse, Swetz & Zeitlinger.

Verhulst, F.C. (1997) Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Assen, van Gorcum.

WWW.poeppoli.nl

www.mlds.nl (maag- lever- darm stichting)

BROEK – POEP – LIJST.

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-----------|
| Datum: | | | | | | | | | | | | |
| Tijdstip: | broek | w.c. | broek | w.c. | broek | w.c. | broek | w.c. | broek | w.c. | broek | w. |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Medicatie | | | | | | | | | | | | |

Samenstelling : hard, stevig, zacht, dun

Hoeveelheid : veeg, beetje, normaal, veel.

Medicatie : al / niet ingenomen

W.C. : spontaan / afgesproken zitmoment

Bijlage 2

Wat moet je als ouders weten als je kind in zijn broek poept:

- Meestal is de grondslag voor het broekpoepen, een verstopte darm, (obstipatie). Dit wordt vastgesteld door de kinderarts. Er is dan sprake van ontlastingophoping in het laatste deel van de dikke darm, het colon. Vaak zijn er nevensymptomen, zoals buikpijn, verminderde eetlust en verminderd lichamelijk welbevinden, en hoofdpijn.
- Indien het kind verstopt is, is het van belang dat hij gelaxeerd wordt. Het kind moet de medicatie dan ook gebruiken volgens voorschrift. Stop niet met de medicatie zonder overleg met de kinderarts. Langdurig gebruik van de medicijnen is vaak nodig om te voorkomen dat uw kind opnieuw geobstipeerd raakt.
- De oorzaak van de obstipatie kan velerlei zijn: een vertraagde rijping van de darmfunctie, te weinig vezelrijke voeding, te weinig vochtinname, te dwingende zindelijkheidstraining. Maar ook ziektes of traumatische ervaringen, te weinig lichaamsbeweging, te veel psychische stress door huiselijke of schoolproblemen, kunnen een oorzaak zijn. Niet altijd wordt duidelijk wat de oorzaak is (geweest).
- Een kind dat verstopt is, gaat vaak bewust of onbewust de ontlasting tegen houden, omdat het bang is voor de mogelijke pijn.
- Je kunt een kind niet dwingen om te poepen, maar wel de voorwaarden scheppen om te kunnen loslaten. Het is belangrijk dat er een veilige en een ontspannen sfeer heerst.
- Voor een soepele ontlasting is het belangrijk dat het kind vezelrijk voedsel eet, voldoende drinkt (1½ liter vocht) en voldoende beweging krijgt.

Als u besluit het kind te begeleiden naar zindelijkheid dan zijn de volgende regels belangrijk om te weten:

- In de behandeling noemen we, op de wc of pot ontlasten 'gewenst gedrag' en in de broek poepen 'ongewenst gedrag'. Het eerst moet het kind leren en het tweede moet het kind afleren.
- U zal gevraagd worden om het ontlastingspatroon bij te houden op speciale formulieren
- Er worden afspraken gemaakt over tijden dat het kind naar het toilet gaat. Het kind moet in een houding zitten die ontlasting bevordert (met voetenbankje en brilverkleiner) en u krijgt adviezen over het eventueel gebruik van een kinderbrilletje en een voetenbankje

- We zullen ontwikkelen samen een beloningssysteem als stimulans om uw kind te leren op de wc te poepen.

