

# Behandeling en follow-up van 45 kinderen met encopresis

door *W. H. G. Wolters\** en *E. A. K. Wauters\*\**

Encopresis kan gedefinieerd worden als 'herhaalde, onwillekeurige defaecatie in de kleren, bij kinderen die ouder zijn dan 4 jaar' (Bellman 1966). De term encopresis wordt slechts gebruikt wanneer het symptoom langer dan een maand duurt. Onderscheiden dient te worden encopresis bij normaal intelligente kinderen en bij kinderen die geretardeerd zijn of neuro-musculair gestoord zijn (bv. in geval van spina bifida, Wolters 1971). Encopresis bij volwassenen komt niet veel voor.

In een vroegere studie kon niet worden aangetoond, dat bij kinderen met encopresis sprake is van een verhoogde mate van somato-psychische vulnerabiliteit (Wolters en Wauters 1974). Wel is gebleken dat kinderen met encopresis psychisch in ernstiger mate de invloed ondergaan van ontwikkelingsstorende factoren dan kinderen met andere somato-psychische klachten (Wolters 1974). Encopresis kan in het algemeen beschouwd worden als een signaal van ernstig psychosociaal dysfunctioneren van het kind en verwijst naar storende omgevingsfactoren (Wolters 1974).

Het nu volgende artikel bestaat uit twee delen.

In deel I komen een aantal algemene problemen rond hulpverlening en behandeling van probleemkinderen aan de orde: in het bijzonder van kinderen met encopresis; tevens wordt een aantal klinische ervaringen weergegeven. In deel II wordt ingegaan op de resultaten van de behandeling en de follow-up van een groep kinderen met encopresis.

## **1 Algemene problemen en gezichtspunten**

Onder behandeling wordt verstaan het geheel van maatregelen dat er op gericht is het probleemgedrag van het kind binnen zijn omgeving te veranderen. De omgeving kan zijn: het gezin, de afdeling van het ziekenhuis of een residentiële setting. Steeds gaat het erom dat het resultaat van de behandeling een zekere continuïteit vertoont en in wisselende omstandigheden aantoonbaar is.

Uitgaande van de opvatting dat encopresis niet louter een verkeerd aangeleerd gedragspatroon, een verkeerde gewoonte is, maar een

\* Klinisch psycholoog, Universiteitskliniek, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht

\*\* Kinderarts, Universiteitskliniek, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht

uiting van een ingrijpende emotionele en relationele problematiek, impliceert behandeling ook bewerking van deze emotionele en relationele problemen. Het geheel van ter beschikking staande middelen: medicatie, opname, speltherapie, begeleiding van de ouders, gedragstherapie, beïnvloeding van het afdelingsklimaat, maken deel uit van de behandeling. Beter is het wellicht te spreken van hulpverlening. Dit begrip is weliswaar algemeen, maar het impliceert minder afstandelijkheid tussen de hulpzoeker en de hulpverlener dan het begrip behandeling. Bovendien dekt het meer alle elementen die gericht zijn op verandering van het probleemgedrag van het kind, nl. de medische, orthopedagogische en psychotherapeutische. Men zie voor de omschrijving van de begrippen orthopedagogisch en pedagogisch Vliegenthart (1973).

### **De onderzoeksfase als belangrijk element bij de hulpverlening**

De hulpverlening begint reeds voor dat er nog sprake is van een meer expliciet therapeutisch bezig zijn. Binnen het ervaringsgebied van de psychosociale zorg blijkt de scheiding tussen de zogenaamde diagnostische fase en de behandelingsfase nauwelijks houdbaar. Mutatis mutandis geldt dit ook voor de medische zorg, uitgaande van een opvatting over de medische zorg, die beoogt een integrale medisch-psychosociale benadering van de patiënt.

Een belangrijke factor die van grote invloed is op het op gang komen van de hulpverlening in de diagnostische fase is de blokkade van de 'toegangswegen' tot de hulpverleningsystemen. Het lijkt goed om hierbij kort stil te staan, omdat deze blokkade bij kinderen met encopresis, evenals bij grote groepen andere probleemkinderen, naar onze ervaring een rol speelt. Van belang is in dit kader wat Suchman (1966) zegt over Medical 'Deprivation': 'Social-class differentials do occur, however, in the extent to which the lower socioeconomic groups share in the knowledge, values, expectations and practices of modern medicine', en verder: 'The meaning of illness' and the definition of acceptable appropriate and desirable medical care is largely a function of the cultural traditions and values of a group. These cultural values have been found to affect both the perception and interpretation of symptoms and the seeking and adjustment to medical treatment. Studies of social-class differences have found that the lower socioeconomic groups were less likely to interpret symptoms as indicative and more likely to delay seeking professional medical care.' De nederlandse situatie is analoog.

Ook wanneer ouders uit de lagere sociale milieus 'doordringen' tot de hulpverleningssystemen, vallen op: de grote mate van afhankelijkheid of een sterke afweer, een geringe coderingscapaciteit ten aanzien van de problematiek van het kind. Zo er al een verband wordt gezien met relationele factoren, dan wordt dit tot uiting gebracht in een zeer elementaire taal. Dit elementaire taalgebruik bij de beschrijving van de klachten van het kind, verwijst tegelijk naar de geringe mogelijkheden om eigen psychosociale 'gegevens' onder ogen te zien. Gebrek aan inzicht en de ge-

ringe mogelijkheid om de aangeboden hulpverleningstechnieken binnen het eigen sociaal-culturele klimaat te kunnen integreren, vormen met emotionele weerstanden evenzeer belemmeringen om hulp te verkrijgen. De invloed van de emotionele weerstanden speelt echter ook bij de hogere sociale klassen een duidelijke rol.

Gerechvaardigd lijkt de veronderstelling dat slechts een beperkt gedeelte van de probleemkinderen terecht komt in de hulpverleningskanalen. Nog in sterkere mate geldt dit voor kinderen met encopresis; schaamtereacties bij de ouders kunnen hen tegenhouden advies te vragen. Deze schaamtereacties kunnen reëel aandoen en ondermeer samenhangen met de reacties van de omgeving: familie, school, buurt. Encopresis is een door de omgeving weinig gewaardeerd symptoom, het accentueert een echech van de ouders bij de zindelijkheidsstraning en het isoleert door zijn verband met stinken en met vuil zijn.

Afgezien van reële schaamtegevoelens komen bij ouders c.q. gezinnen van kinderen met encopresis schaamtereacties voor, die gehanteerd lijken te worden binnen het kader van de neurotische gezinsrelaties. In een aantal door ons onderzochte gevallen blijken de gezinnen zich bijna geheel van de buitenwereld af te sluiten. Zij ontvangen geen of heel weinig bezoek, gaan zelf niet op bezoek en gaan niet op vakantie. Zij weigeren vaak ook met nadruk verder contact met de arts, maatschappelijk werkster of psycholoog, die hulp wil verlenen. Afgezien van schaamtereacties kunnen emotionele motieven van velerlei aard een rol spelen om niet in te gaan op een aanbod voor begeleiding.

*Voorbeeld:* De pleegmoeder van een 14-jarig meisje vertelt met een inadequaat aandoende opgewektheid, dat hun dochter altijd onzindelijk is geweest voor faeces. Het gezin is 10 jaar niet op vakantie geweest en nooit uit logeren geweest. Tijdens de opname verdwijnt na korte tijd de encopresis. De moeder doet nadrukkelijke pogingen om het kind tegen advies van de medicus naar huis te halen.

De moeder gebruikte het symptoom van het kind om haar continu als klein kind te kunnen verzorgen en behandelen.

Reeds eerder werd erop gewezen dat encopresis als probleemgedrag een gering appèl karakter heeft op de medische en psychosociale hulpverleningssystemen (Wolters 1974). Ook wanneer de ouders zich met het kind tot een medicus wenden kunnen adequaat onderzoek en behandeling in gevaar worden gebracht door onvoldoende inzicht in de aard en betekenis van het probleemgedrag bij de arts of door een niet-juiste omgang met het kind. De twee volgende voorbeelden illustreren hoe iatrogene factoren complicerend kunnen werken bij het op gang komen van onderzoek en behandeling.

*Voorbeeld:* Bij een meisje van 4½ jaar, die nog niet zindelijk was voor faeces, wees de huisarts het verzoek om verwijzing af. Hij gebruikte daarbij het argument dat het pas nodig zou zijn om er iets aan te doen, wanneer het kind 7 jaar zou zijn.

*Voorbeeld:* Een 11-jarig meisje met encopresis, van wie de moeder ernstige

neurotische problemen had, waarin een sterke sexuele preoccupatie een rol speelde, werd op het spreekuur door een jonge arts onderzocht. Toen het kind bij rectaal toucher anale spasmen kreeg was de betrokken arts hierover verbaasd. Hij kon de afweerreacties van het meisje niet plaatsen en vroeg of zij misschien wel eens iets had meegemaakt, misschien ooit verkracht was. Het kind was daarna moeilijk te benaderen.

In de onderzoeksfase kunnen dus velerlei factoren een storende rol vervullen en er de oorzaak van zijn dat de hulpverlening niet op gang komt of bemoeilijkt wordt. Van de andere kant kan een eerste contact met de hulpverlener, dat goed verloopt, in een aantal gevallen opmerkelijk positieve invloed hebben. Herzog-Weischedel (1973) vond een symptoomverbetering na een eerste anamnestic gesprek bij 23 van een groep van 81 patiëntjes. Bij vervolgonderzoek (tussen 10-22 maanden) van 21 patiëntjes, bleken er 18 verbeterd of genezen. Zonder dat zij aan deze gegevens al te nadrukkelijk conclusies verbindt, wijst zij toch op het belang van deze feiten. Daarbij stelt zij zelf, dat het bekend is 'dass die Zahl der Spontanheilungen kindlicher neurotischer Symptome relativ gross ist'. Tevens benadrukt zij dat het doel in de psychotherapie (analytische psychotherapie) 'Symptomverlust durch Strukturentwicklung' is. Ook in verband met de ervaringen, die wij hadden met de groep niet-behandelde encopresis kinderen die in het 2e deel van dit artikel uitvoeriger aan de orde zullen komen, leek het zinvol om deze gegevens te vermelden.

### **Psychosociale zorg in het kinderziekenhuis**

De patiëntjes en hun gezinnen die in dit artikel worden besproken, zijn klinisch of poliklinisch onderzocht c.q. behandeld in een kinderziekenhuis. Het lijkt daarom nuttig kort stil te staan bij de veranderde opvattingen over en houding ten aanzien van het zieke kind en zijn gezin. Immers deze veranderingen beïnvloeden direct de mogelijkheden om kinderen met probleemgedrag op te vangen. Men is zich in toenemende mate gaan realiseren dat ziekte de totaliteit van het kind omvat; daarom moet het in zijn persoonlijke individuele situatie benaderd worden. Bovendien veranderen ziektepatronen met als gevolg dat de kinderarts in toenemende mate met de psychosociale, pedagogische en orthopedagogische problemen en vragen geconfronteerd wordt. Dit houdt in dat de vanzelfsprekendheid in de omgang met het zieke kind bemoeilijkt wordt (Vliegenthart 1973). Deze vanzelfsprekendheid, die gezien de vroegere starre rol-fixaties van arts en patiënt nooit gekenmerkt is geweest door natuurlijkheid, wordt extra belast door noodzakelijke rolveranderingen en leren omgaan met psychologische en pedagogische problemen.

Binnen de geneeskunde moet geleidelijk aan een medisch-psychosociaal type zorg tot ontwikkeling gebracht worden waarin het kind en zijn familie werkelijk centraal staan; 'The ultimate goal of the child caretaking service, whether that of health, education, or welfare, must reflect its focus on the goal of child rearing and child

development and not simply on its own service' (Sonis 1968). De consequentie van deze ontwikkeling is dat de psycholoog en orthopedagoog in toenemende mate vanuit een eigen verantwoordelijkheid, vanuit een eigen professioneel kunnen en met een eigen visie, de ontwikkeling van het zieke kind stimuleren. Tevens werken zij met de medicus samen om de begeleiding c.q. behandeling van kinderen met psychische problemen, op gang te brengen. In dit opzicht is er sprake van een duidelijke ontwikkeling naar een meer gemeenschappelijk taakbesef bij de medicus en psycholoog c.q. orthopedagoog. De begrenzingen die Vliegenthart (1973) aangeeft lijken in de huidige ontwikkeling niet zo stringent.

Het valt niet binnen de opzet van dit artikel uitvoerig in te gaan op de ontwikkeling, doelstelling en organisatie van deze psychosociale zorg. Verwezen wordt naar de publicaties van Chess and Lyman (1969), Bonekamp (1971), Pinkerton (1973), Veeneklaas et al. (1973), Wolters (1973). Wel lijkt het zinvol om te benadrukken dat, wil een nieuwe wijze van hulpverlening in dit opzicht tot ontwikkeling komen, de werkwijze pragmatisch en ondogmatisch moet zijn, aangepast aan de problemen van de medische organisatie met tegelijk behoud van de eigen visie en inbreng. Daarbij geldt wat Chess en Lyman zeggen: 'emerging concepts of community mental health care suggest the need for revising the traditional approaches embodied in most child guidance centers'.

Vanuit dit laatste gezichtspunt is het nuttig enkele algemene uitgangspunten aan te geven welke een rol spelen bij de behandeling van kinderen en hun gezinnen.

1 — De hulpverlening c.q. behandeling begint bij het eerste contact tussen arts c.q. verpleegster en het kind. Daarom is het van belang te werken aan een psychosociale basismentaliteit bij alle medewerkers binnen het ziekenhuis om het kind zoveel mogelijk positieve ervaringen te geven en om iatrogene effecten te vermijden of te verminderen. Dit geldt zowel voor de 'gewoon' zieke kinderen als ook voor de probleemkinderen. De grenzen tussen deze twee groepen zijn dikwijls niet scherp te stellen.

2 — De afdeling dient geleidelijk aan te gaan functioneren als een pedagogische en therapeutische gemeenschap. De focus is hierbij meer 'the social system of the hospital community, rather than the individual personality system' (Edelson 1970). De relaties tussen kinderen en medewerkers, verpleegsters, spelleidsters, artsen etc. staan centraal. De relatievorming is tegelijk middel en doel. Nadruk wordt gelegd op expressie van gevoelens door middel van materiaal, het aanleren van andere gedragspatronen, het ervaren van andere relatiemogelijkheden. Aan communicatie met de buitenwereld wordt veel aandacht geschonken. Vrij bezoek, school, uitgaan, wandelen etc. zijn belangrijke psychosociale middelen.

3 — Er mag geen 'intake' drempel bestaan ten aanzien van de kinderen c.q. ouders, voor wie de kinderarts psychosociale hulp vraagt. Het zijn dus niet de ouders die zich tot de medewerkers van de psychosociale afdeling wenden. De kinderarts poogt de ouders te motiveren tot samenwerking met de psychosociale afdeling.

4 — Bij de behandeling (speltherapie, gedragstherapie, gesprekstherapie, begeleiding ouders) ligt het accent op kortere behandelingen (tussen 3-6 maanden), waarbij gepoogd wordt om te komen tot een zeker 'contract' met de ouders.

5 — Bij verwijzing naar hulpverleningsinstanties buiten het ziekenhuis wordt aandacht geschonken aan de overdracht van de patiënten en wordt geprobeerd de betrokken instellingen te motiveren voor de behandeling.

### **De behandeling van kinderen met encopresis**

Bovenstaande kan zicht geven op het kader en klimaat waarin de behandeling van de encopresis kinderen heeft plaatsgevonden.

In het literatuuroverzicht over encopresis (Wolters 1971) werd erop gewezen dat de behandeling van encopresis in sterke mate beïnvloed wordt door de theoretische premissen die bepaalde onderzoekers hebben ten aanzien van de encopresis. Met name bij die kinderen die encopresis en obstipatie hebben wordt door sommige auteurs een sterk medicamenteuze therapie in de vorm van orale laxantia en klyisma's voorgestaan (Bodian et al. 1949, Coekin and Gairdner 1960). Naar onze mening wordt in de literatuur onvoldoende aandacht geschonken aan de mogelijk negatieve aspecten van het frequent toedienen van klyisma's. Bij deze negatieve aspecten moeten naar onze mening nog meer in aanmerking genomen worden de angst en gevoelens van bedreiging, dan overprikkeling van de anale zone. Scuderi en Rapisarda (1972) beschrijven de behandeling van 4 gevallen met 'fosfostimol'. In 3 van de 4 gevallen verdween de encopresis, bij het vierde geval was de frequentie van de encopresis sterk verminderd. De betekenis hiervan is uiteraard zeer discutabel. Duhamel et al. (1957) daarentegen vonden dat een somatische behandeling (laxantia en klyisma's) weinig effect had. Zij accentueren in hun behandeling de psychosociale benadering: speltherapie, ouderbegeleiding, opname met bewerkstelligen van een positief afdelingsklimaat.

Bij een psychotherapeutische behandeling van encopresis kunnen momenteel 2 benaderingen onderscheiden worden. De behandeling die gebaseerd is op het psychoanalytische model, en de gedragstherapeutische benadering die uitgaat van leertheorieën.

Tot vrij recente datum hebben de psychoanalytische opvattingen de belangrijkste bijdrage geleverd bij de psychotherapeutische behandeling van encopresis. Dit geldt vooral voor de basisuitgangspunten, van waaruit encopresis benaderd werd — als ook voor de vorm en inhoud van de speltherapie. Het is een behandelingstype waarvoor gekozen werd op grond van historische gegevens en op grond van verkregen training en/of ervaring van de therapeut. Het feit dat voornamelijk de kinderpsychiater zich in het verleden met encopresis bezig hield, is hierbij van invloed. Bellman (1966) vermeldt, dat er nauwelijks follow-up gegevens bekend zijn ten aanzien van de encopresis. Evenmin zijn er gegevens bekend over de directe betekenis van de spelbehandeling en de ouderbegeleiding voor het verdwijnen van het symptoom en de daarmee samenhan-

gende problemen. Dat is zeker niet alleen van toepassing op de speltherapie op analytische basis. In een beschouwing over de kinderpsychotherapie zegt Graham (1974) terecht dat het niet evident is dat geen enkele behandelingsmethode 'dramatically helpful' is. Hij pleit sterk tegen de rigiditeit in de benadering en zegt: 'Rigidity of approach is not confined to psycho-analysts'.

Ook Lourie en Lourie (1970) stellen dit probleem aan de orde: 'One problem is, of course, the absence of reasonable scientific information about the effectiveness of various modes of treatment' en 'Service delivery arrangements are geared more to professional and field needs than to needs of children'. De auteurs stellen dat de discussie tussen de verschillende psychotherapeutische scholen onwezenlijk aandoet in een situatie waarin slechts eenderde van de kinderen in de Verenigde Staten die behandeling nodig hebben, deze krijgen. Dit geldt mutatis mutandis ook voor de nederlandse situatie. Veel kinderen en gezinnen die hulp nodig hebben krijgen die niet. Daarom lijkt het zinvol om waarde toe te kennen aan die behandelings technieken, die resultaat opleveren. Het feit, dat te veel energie verloren gaat in discussies over theoretische achtergronden van behandelingsmethoden, doet afbreuk aan de concrete behandelingsmogelijkheden.

Dit geldt met name ook wanneer wij de gedragstherapeutische literatuur met betrekking tot de behandeling van encopresis bezien. De gedragstherapeutische ervaringen met de behandeling van encopresis zoals deze vanuit de literatuur tot ons komen, zijn nog betrekkelijk gering. Het betreft meestal de behandeling van een of enkele kinderen: Neale (1963), Gelber and Meyer (1965), Keehn (1965), Young and Goldsmith (1972), Balson (1973), Heiner (1973). De resultaten die bereikt werden in de verrichte therapieën zijn bemoedigend. Evenmin echter als bij de analytische speltherapieën is er sprake van een kritische evaluatie van het therapeutische gebeuren. Vergelijkend onderzoek ontbreekt vooralsnog. Men ontkomt niet aan de indruk, dat de theoretische gezichtspunten bij de behandeling minder van invloed zijn dan de inzet van de therapeut en van de gemobiliseerde omgeving; dit geldt waarschijnlijk evenzeer voor andere vormen van psychotherapie bij kinderen.

Een duidelijk bezwaar bij de bovenvermelde gedragstherapieën van encopresis is het feit dat encopresis te simplistisch gezien wordt als gevolg van een verkeerd aangeleerd gewoontegedrag. Een extreem voorbeeld van de consequentie van deze benadering vinden wij bij Madsen (1965). Hij behandelde met positieve reinforcement een 19 maanden oud meisje; 'The only child of parents who were both college graduates.' Het motief was dat de ouders een auto-trip hadden gepland binnen een maand. 'It was of the utmost importance to the mother that the child should be trained prior to the trip.'

Bij een naar onze mening klein aantal kinderen speelt verkeerde gewoonte-training zeker een rol. In het algemeen echter doet dit verklaringsprincipe te kort aan de complexiteit van het probleemgedrag encopresis. Encopresis is zoals wij reeds eerder stelden een

gevolg van ernstige emotionele en relationele spanningen. Het therapiemodel dat gekozen wordt moet daarom garanderen 'de ontplooiing van het individu tot optimale onafhankelijkheid van zijn omgeving' (Fournier 1973). Deze doelstelling sluit zeer goed aan bij wat Berger formuleert vanuit psychoanalytische hoek: 'Die grundsätzlich zu fordernde Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung, dafür zu sorgen, dass dem Kind ermöglicht wird, die in der Therapie neu erfahrene und korrigierte soziale Beziehung auch praktizieren zu können.'

Naar onze ervaring kunnen verschillende psychotherapeutische methoden bij kinderen met encopresis toegepast worden. In een aantal gevallen zal een combinatie van een meer psychoanalytisch georiënteerde speltherapie gecombineerd kunnen worden met gedragstherapie. Ook Young en Goldsmith (1972) en Heiner (1973) zijn van mening dat speltherapie gecombineerd met gedragstherapie zinvol kan zijn. De indicatiestelling is hierbij van zeer groot belang. Deze is echter in verschillende psychotherapeutische richtingen nauwelijks uitgewerkt.

## II Resultaten behandeling en follow-up

In het kort wordt de behandeling van de patiëntjes beschreven zoals die heeft plaatsgevonden. Een overzicht van enkele gegevens is te vinden in tabel I.

Tabel I:

Enkele gegevens van de follow-up groep (n = 45)

leeftijd: 4- 6 jr.: 12			
6-10 jr.: 23	♂: 34		
ouder dan 10 jr.: 10	♀: 11		
obstipatie:	19	klinische behandeling:	34
geen obstipatie:	26	poliklinische behandeling:	11

## Resultaten behandeling

Het behandelings- c.q. hulpverleningspakket omvat 5 elementen, nl. a. de medische behandeling; b. de speltherapie; c. de begeleiding van de ouders; d. het beïnvloeden van het leefklimaat; e. de uithuisplaatsing. Het aantal kinderen op wie deze maatregelen en behandelingsvormen betrekking hebben, is weergegeven in tabel II.

Tabel II:

Elementen uit het behandelingspakket

n = 45

speltherapie:	9
gesprekstherapie:	2
begeleiding maatsch. werk:	14
medicatie:	26
dieet:	10
uithuisplaatsing:	12
plaatsing medisch kleuterdagverblijf:	3
verwijzing m.o.b.:	2



*a De medische behandeling* — Bij de behandeling van de patiëntjes met encopresis vindt een gecombineerde medische en psychosociale benadering plaats. Dit maakt meting van het effect van één onderdeel bijzonder moeilijk. Het is echter ethisch onacceptabel om wezenlijk geachte bestanddelen van de behandeling weg te laten om zodoende in staat te zijn tot een objectieve meting van het effect van de psychosociale bemoeienis. Het doel van de medische behandeling is het vergemakkelijken van de faeceslozing. Hiertoe is het belangrijk om geïnformeerd te zijn over het bestaan van een eventuele obstipatie en de ernst hiervan. Wanneer er geen of een lichte mate van obstipatie aanwezig is, kunnen de maatregelen beperkt blijven tot een laxerend dieet (ruwvezelrijk). Bij een ernstige obstipatie zal naast het dieet het gebruik van laxantia overwogen moeten worden. Hierbij moet echter een zorgvuldige keuze gedaan worden en dient het gebruik van irritantia vermeden te worden. De voorkeur gaat uit naar lactulose. De aanvangsdosis moet vaak hoog zijn (tot 3 maal daags 15 ml siroop).

Wanneer heftige diarree optreedt, wordt deze het best bestreden door de dosis te verlagen. Na twee tot drie weken kan de hoeveelheid toegediende lactulose meestal worden verminderd tot ongeveer de helft van de aanvangsdosis. De onderhoudsdosering moet meestal gedurende meerdere weken worden toegediend en kan slechts geleidelijk aan verminderd en gestaakt worden. Wanneer met lactulose niet het gewenste resultaat wordt bereikt, kunnen massavergrotende laxantia worden beproefd. Als daarmee een normaal defaecatiepatroon verkregen is zou men kunnen overschakelen op lactulose. Bij patiënten met langdurige en ernstige obstipatie zou het gewenste effect van bovengenoemde maatregelen verhinderd kunnen worden door een overmatige vulling en uitzetting van het colon met ingedikte faeces. In deze gevallen kan het noodzakelijk zijn — ondanks de grote bezwaren — om gedurende enkele dagen klysmata te geven.

*b De speltherapie* — De speltherapie werd gedaan door speltherapeutes onder supervisie van de psycholoog. De frequentie was 1x per week, in enkele gevallen 2x per week. De keuze tot de frequentie van 1x per week wordt in belangrijke mate bepaald door ruimtelijke en personele mogelijkheden. Ofschoon de aard van de therapieën eclecticisch was, waren de psychoanalytische gezichtspunten bij de therapie overwegend, hoewel ook rogeriaanse elementen aanwezig waren. Het verbale aspect werd niet centraal gesteld.

Het materiaal en de relatie met de speltherapeute waren de belangrijkste therapeutische middelen. Het kind zelf bepaalde in belangrijke mate het verloop van het therapie-uur. Uitgaande van de emotionele noodsituatie van het kind, lag de nadruk op een sterk tolerante, open houding van de therapeute. Klimaat scheppen, beschikbaar zijn prevaleren boven actief programmatisch optreden. In het verloop van de behandeling kreeg soms een meer structurerende aanpak de overhand. Het kwam ook voor dat bij bepaalde kinderen in het begin van de therapie een meer structurerende aanpak nodig was, omdat zij zó sterk ageerden dat de therapie in gevaar

kwam. In een volgende fase kon dan worden overgegaan tot een minder structurerende benadering. Wij hebben globaal gezien de indruk dat de belangrijkste elementen binnen de speltherapieën met onze behandelde groep zijn geweest: acceptatie, warmte, persoonlijke interesse, de niet repressieve instelling, engagement. Dit verklaart misschien ook waarom verschillende speltherapeutes met een niet gelijke training, opleiding, ervaring en persoonlijkheid tot vrijwel gelijke resultaten komen.

*Gevalsbespreking.* Het betreft een ruim 6-jarig meisje dat gedurende 2½ jaar last heeft van obstipatie en encopresis. Nadat zij geheel zindelijk voor faeces was geweest, werd zij opnieuw onzindelijk toen de moeder in een ziekenhuis werd opgenomen. Bij medisch onderzoek werden geen organische afwijkingen gevonden.

In het begin van de speltherapie is Marjan zeer angstig gespannen; zij wijst de speltherapie uiterlijk af en gaat beheerst ingehouden met het spelmateriaal om. Het spel is zeer dwangmatig; alles zeer precies opruimen, dingen vaak schoonmaken. De speltherapeute neemt in de eerste sessies weinig initiatief, heeft een spelbegeleidende rol. Na enkele sessies wordt Marjan geleidelijk aan zeer uitdagend en negativistisch; toch groeit het contact met de speltherapeute. Zij kan nu Marjan helpen om over gevaarlijke drempels heen te stappen: knoeien, bezig zijn met angstige, agressieve thema's. Naarmate meer driftmatige elementen naar voren komen, spelen ook bestrafingsthema's een grotere rol. Rond de 4e en 5e sessie is ze zeer agressief op de afdeling en gaat andere kinderen knijpen en plagen. Tijdens het speluur knijpt en krabt ze de speltherapeute, gooit naar haar met speelgoed, flatuleert en is manifest incontinent voor faeces.

De sterke agressie-uiting ten aanzien van de speltherapeute wordt door haar met het kind besproken, er worden opnieuw duidelijke afspraken gemaakt over wat wel en niet mogelijk is. Rond de 6e spelsessie verdwijnen encopresis en obstipatie. In het spel komt ook de sterke afhankelijkheidsbehoefte van Marjan naar voren, zowel in het spelthema als in de wijze waarop ze contact c.q. lichamelijk contact zoekt met de speltherapeute. De afhankelijkheidsproblematiek met het thema veiligheid-onveiligheid blijkt centraal spelelement te worden; de agressieve negativistische houding en het uitdagende gedrag lijken meer defensief façade-gedrag. In de loop van 15 spelsessies groeit het contact met de speltherapeute uit; Marjan wordt zelfstandig, kan meer situaties aan, wordt veel coöperatiever; ook gaat ze er naar het oordeel van de speltherapeute beter uitzien; de overgang van ziekenhuis naar huis verloopt aanvankelijk goed. Wel heeft Marjan bij het eerste spel daarna moeite om direct haar spontane relatie met de speltherapeute terug te vinden. Solidariteitsproblemen ten aanzien van de speltherapeute en de moeder kan ze nog niet goed verwerken.

Bij de begeleiding van de moeder, een dwangmatige, perfectionistische dominante vrouw, met weinig inzicht ten aanzien van de eigen inbreng in de problemen van Marjan, wordt gekozen voor de volgende opstelling: proberen te komen tot een relatieopbouw, duidelijk maken wat het gedrag van Marjan betekent, met de maatschappelijk werker zoeken naar alternatieve responsen. Als Marjan enkele weken thuis is, neigt moeder ertoe om haar dirigistische overcontrole ten aanzien van Marjan weer op te vatten. Marjan is erg onrustig en wordt nu incontinent voor urine. De situatie verbetert weer na een aantal gesprekken.

De moeder ontkent aanvankelijk haar overheersende rol in het gezin, als dit in de gesprekken aan de orde komt. Na enkele maanden klaagt ze over

de grote afhankelijkheid van haar man ten opzichte van haar, voor wie zij ook de belangrijkste zakelijke beslissingen moet nemen en aan wie zij het gebruik van bedrijfsmachines moet uitleggen; tegelijkertijd blijkt zij jaloers op de individuele aandacht, die de speltherapeute voor Marjan heeft. Heel duidelijk worden haar eigen sterke klein kinderlijke afhankelijkheidsbehoeften zichtbaar. In de loop van de gesprekken wordt de moeder minder defensief, durft te ontspannen en durft meer persoonlijke aspecten van zichzelf aan de orde te stellen.

Dit voorbeeld laat enkele centrale lijnen zien, met name de relationele (agressieve) betekenis van het anale gedrag, de relatie tussen de speltherapeute en het kind en de invloed van de houding van de moeder. Ook blijkt het grote belang van een gelijktijdige behandeling c.q. begeleiding van moeder en kind.

*c De begeleiding van de ouders* — De begeleiding van de ouders werd in de meeste gevallen gedaan door de maatschappelijk werker. De gespreksfrequentie was éénmaal per week of éénmaal per 14 dagen. Regelmatig vond er tussen de maatschappelijk werkers en de psycholoog overleg plaats over het te volgen beleid. In de gesprekken tussen maatschappelijk werker en ouders kwamen enerzijds de problemen van het kind aan de orde, waarbij verheldering van het gedrag van het kind aan de ouders en het geven van pedagogische adviezen aandacht kregen, anderzijds werd door de maatschappelijk werker geprobeerd om te werken aan de relatieproblemen tussen de ouders. Dit bleek echter dikwijls een onmogelijke opgave omdat óf een van de partners daaraan niet kon of wilde meewerken óf omdat de situatie volledig scheefgegroeid was; het ging er dan meer om verdere complicaties te voorkomen dan om werkelijke procesmatige veranderingen aan te brengen binnen de relatie tussen de ouders.

*d Het beïnvloeden van het leefklimaat* — Bij het merendeel van de opgenomen kinderen verdween de encopresis tijdens de opname, soms reeds tijdens de eerste dagen of in de eerste week van de opname. Dit heeft in de loop van het onderzoek ertoe geleid de opnameperiode te gebruiken als middel om het gestoorde defaecatiepatroon te doorbreken (uit het voorafgaande is duidelijk dat het positievere psychosociale klimaat daarbij van elementaire betekenis was). Bovendien kregen we hierdoor de gelegenheid om het kind intensiever te observeren in zijn reacties op andere kinderen en op zijn ouders.

Psychotherapeutisch behandelen van kinderen met het oogmerk volledig te genezen — psycho-analytisch, non-directief, gedragstherapeutisch — leidt volgens het oordeel van Kok (1970) slechts tot resultaten als het rekening houdt mét en in relatie staat tót de opvoedingssituatie. Men kan zich daarbij afvragen of het oogmerk van psychotherapeutisch handelen met kinderen 'volledig genezen' kan zijn. Naar onze mening is dit slechts mogelijk voor een zeer beperkte groep kinderen en moet in de hulpverlenings-

c.q. behandelingspraktijk gekozen worden voor een meer beperkte doelstelling.

Ofschoon naar onze mening ook binnen de medische kinderafdeling gewerkt moet worden aan het tot stand brengen van een goed (ortho-)pedagogisch-therapeutisch leefklimaat, zal dit waarschijnlijk in veel beperktere mate bereikt kunnen worden dan in een residentieel behandelingsinstituut. Immers de prioriteiten liggen anders, de doelstelling is op de eerste plaats een medische doelstelling; het personeel is op andere criteria geselecteerd en is waarschijnlijk ook anders gestructureerd en anders gericht. In concreto spelen problemen van organisatie en communicatie, in zoverre ze niet optimaal zijn, juist voor de probleem-kinderen binnen de afdeling een zeer grote rol. Het grote aantal mensen en kinderen, dat steeds wisselt, de pragmatische instelling die kenmerkend is voor de medische situatie, het systeem van noodzakelijke ad hoc beslissingen en improvisatie, maken dat realisatie van het (ortho-)pedagogisch-therapeutisch klimaat slechts ten dele gerealiseerd kan worden. Als complicerende factor moet daarbij nog genoemd worden het feit dat de kinderen met encopresis op de afdeling verblijven met een groep kinderen met zeer uiteenlopende klachten en stoornissen.

De ontwikkeling van de behandelingsstrategieën, zoals deze door Kok (1972) wordt voorgestaan, is voorlopig slechts ten dele mogelijk op een medische kinderafdeling.

Op welke wijze vindt nu binnen de afdeling c.q. het ziekenhuis deze klimaatsbeïnvloeding plaats? Daarbij dient onderscheid gemaakt te worden tussen die maatregelen die gericht zijn op alle kinderen en die welke specifiek betrekking hebben op de kinderen met encopresis. Genoemd kunnen worden o.a. de activiteiten van de spelleidster, die enerzijds vanuit een meer algemeen pedagogische planning bezig is met alle kinderen, anderzijds bij bepaalde kinderen een duidelijk omschreven plan uitvoert dat door de orthopedagoog en andere teamleden is opgezet. De spelleidster wordt hierbij begeleid door de hoofdspelleidster of door de orthopedagoog in dagelijkse groepsbesprekingen of in individuele gesprekken. De wekelijkse afdelingsbesprekingen met allen die dagelijks met het kind omgaan, pogen te komen tot een integratie van alle gezichtspunten. Naast deze regelmatige, systematische vormen van overleg zijn er ad hoc georganiseerde besprekingen over individuele kinderen of afdelingsproblemen.

Bij de omgang met encopresis-kinderen worden de volgende aspecten benadrukt: het belang van een open, niet repressieve houding, weinig of geen aandacht schenken aan de zindelijkheidsproblematiek, daarentegen wel werken aan de zindelijkheidstraining door het kind 3x daags uit te nodigen gebruik te maken van het toilet. Geen aandacht wordt geschonken aan mislukkingen. Deze worden geaccepteerd zodat er geen negatieve effecten ontstaan. Succes wordt positief bekrachtigd.

De keuze van het moment waarop overgegaan wordt tot zindelijkheidstraining wordt in principe vanuit de psychosociale situatie van het kind bepaald. Niet altijd bleek het mogelijk om volgens plan dit moment te bepalen; ook de coördinatie van de medische behandeling en van de psychosociale benadering was niet altijd mogelijk. Dit is met name een probleem bij het hanteren van klysmas bij die kinderen, die geobstipeerd waren en

tevens encopresis hadden. Daar waar de medicus het hanteren van klyisma's als een noodzakelijke maatregel zag en de psycholoog c.q. de psychiater daarover hun twijfels hadden, werd dit uitvoerig besproken. Binnen het gehele beleid tijdens de opname paste het inschakelen van het onderwijs, voortgezet contact met de ouders en, wanneer hierover een beslissing was gevallen binnen de teambespreking, speltherapie of in enkele gevallen gesprekstherapie.

*e De uithuisplaatsing* — Bij eenderde (= 15) van de kinderen in onze onderzoeksgroep werd uithuisplaatsing verwezenlijkt; 3 van hen werden in een medisch kleuterdagverblijf opgenomen, de overigen werden geplaatst in een residentieel behandelingsinstituut of in een orthopedagogisch internaat. Het advies tot uithuisplaatsing kwam door teambespreking tot stand. De maatschappelijk werkster trachtte vervolgens de ouders voor uithuisplaatsing te motiveren. De uithuisplaatsing werd in die gevallen geadviseerd, waar het verder verblijf van het kind in het gezin zijn ontwikkeling ernstig in gevaar zou brengen en tevens wanneer het kind dringend intensieve behandeling nodig had die gezien ook de gezinsomstandigheden niet vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg gerealiseerd kon worden.

### **Follow-up**

*Acceptatie c.q. weigering advies* — Ongeveer eenderde van de ouders weigerde in te gaan op de uitgebrachte adviezen, 29 ouderparen accepteerden het advies. De motieven tot weigering waren verschillend: 3 ouderparen zagen geen problemen bij het kind, terwijl bij 13 ouderparen sterke emotionele weerstanden bleken te bestaan tegen verdere psychosociale bemoeienis. Opvallend was dat de meeste ouders zich niet geleidelijk aan onttrokken aan het contact met de maatschappelijk werkster, maar reeds in het begin van de onderzoeksfase weinig toegankelijk waren. De weerstand om te komen tot een vorm van samenwerking was van tweeërlei herkomst. Het grootste deel van de groep ouders die het advies weigerden vertoonde een zekere vijandigheid ten aanzien van de onderzoekers door wie ze zich duidelijk bedreigd voelden. Ook in contacten buiten het ziekenhuis bleken zij vrij geïsoleerd te leven. Een kleiner gedeelte van de ouders die het advies weigerden wensden hun neurotische levensstijl niet aan de orde te stellen c.q. op te geven. Van de kinderen wier ouders geweigerd hebben om in te gaan op advies bleek een groot gedeelte bij de follow-up eveneens vrij van encopresis.

Een overzicht van de aantallen ouders die advies weigerden of accepteerden, gespecificeerd naar het al of niet aanwezig zijn van encopresis, is te vinden in tabel III.

*Verdwijnen symptoom* — Het verzamelen van de gegevens uit de onderzoeksgroep omvatte een lange periode (1967-1973). Bij de follow-up in december 1973 waren 32 van de 45 patiëntjes langer

Tabel III:

Advies geweigerd/geaccepteerd

n = 45

advies geweigerd: 16  
advies geaccepteerd: 29

	advies geweigerd (n = 16)	advies geaccepteerd (n = 29)
encopresis bij follow-up aanwezig	5	8
encopresis bij follow-up afwezig	11	21

dan 1 jaar zindelijk. Bij 22 patiëntjes (van de 32) is de encopresis, na aanvankelijk verdwenen te zijn, wel eens teruggekomen, maar bij de follow-up is bij deze 22 patiëntjes de encopresis definitief verdwenen (zie tabel IV). Dit sluit aan bij de bevindingen van Bellman (1966) die eveneens waarnam dat er een geleidelijke afname van de encopresis te constateren viel. Opmerkelijk is dat de encopresis nog aanwezig is bij één 22-jarige jongen (langdurig ambuland en residentieel behandeld), bij één 18-jarige jongen (niet behandeld) en bij één 18-jarig meisje (niet behandeld). De frequentie is bij allen enkele malen per maand. Het is dus niet zo dat encopresis inderdaad met de adolescentie verdwijnt, zoals in de literatuur wordt vermeld. Het is dan ook niet onwaarschijnlijk dat er meer volwassenen bestaan met encopresis dan gesteld wordt in de literatuur.

De leeftijd is niet van invloed op het incidenteel terugkomen van de encopresis bij genoemde 22 patiëntjes (zie tabel V). De periode waarbinnen de tijdelijke terugval zich afspeelde, is voor de 22 kinderen weergegeven in tabel VI.

Tabel IV:

Encopresis afwezig/aanwezig bij follow-up

n = 45

bij follow-up encopresis:  
afwezig: 32                      aanwezig: 13

afwezig en nooit teruggeweest: 10  
afwezig en incidenteel teruggeweest: 22

Tabel V:

Leeftijd bij onderzoek van 22 kinderen bij wie de encopresis incidenteel is teruggekomen

leeftijd bij onderzoek:  
4-6 jr. (n = 12): 6  
6-10 jr. (n = 23): 12  
ouder dan 10 jr. (n = 10): 4

Tabel VI:

Periode waarin de encopresis incidenteel is teruggekomen (n = 22)

< 1 maand:	7
1-3 maanden:	2
3-6 maanden:	2
6 maanden en later:	4
onbekend:	7

*Obstipatie en encopresis* — Er bleek geen verband te bestaan tussen het verdwijnen van de encopresis en het al of niet gepaard gaan van encopresis met obstipatie (zie tabel VII).

Tabel VII:

Obstipatie en het verdwijnen van encopresis

	obstipatie (n = 19)	geen obstipatie (n = 26)
encopresis opgehouden (n = 32)	14	18
encopresis niet opgehouden (n = 13)	5	8

*Schoolaanpassing en contact met andere kinderen* — Zowel schoolaanpassing als contact met andere kinderen werd beoordeeld te zijn: goed, matig of slecht. Er blijkt tussen beide scores een matige samenhang te zijn. (.31 Spearman rangorde correlatie;  $p < .05$ ).

*Milieusituatie en neurotische problemen* — Wat betreft de gezins-situatie bij onderzoek en follow-up gaan de veranderingen meer in de richting van dysharmonisch naar harmonisch dan andersom ( $\chi^2 = 7,11$ ;  $p < .01$  getoetst met de toets van McNemar voor de significantie van verandering, met correctie voor continuïteit).

Ondanks deze verandering blijft het aantal gezinnen dat door de maatschappelijk werkster als dysharmonisch beoordeeld werd, groot. We zien bovendien dat ten aanzien van het voorkomen van neurotische problemen bij de ouders geen significante verschillen aantoonbaar zijn bij vergelijking van de gegevens van het onderzoek en die van de follow-up (zie tabel VIII). Dit zou kunnen betekenen dat de begeleiding van de maatschappelijk werkster niet ertoe leidt dat de meer structurele problemen in de persoon van de vader of de moeder of binnen de relatie, ingrijpend verandert. De geconstateerde verandering van meer dysharmonisch naar meer harmonisch zou er wel op kunnen wijzen dat de ouders beter in staat zijn om met de gewone leefsituatie om te gaan, maar dat de wezenlijke problemen niet veranderen. Ook uit de evaluatie van de gesprekken, die de psycholoog met de maatschappelijk werkster tijdens de begeleiding had, kwam naar voren dat er in een aantal gevallen toch een zekere positieve heroriëntatie van de ouders plaatsvond. In andere gevallen bleek dat de maatschappelijk werkster in situaties die volkomen vastgelopen waren, voor een van de

partners een positieve steun betekende in een continue ernstige crisissituatie. Als positieve bijdragen van de hulp van de maatschappelijk werkster zagen wij verder bijvoorbeeld de doorzetting van echtscheiding of de acceptatie van een behandelingsadvies voor een instituut voor medische psychotherapie.

*Tabel VIII:*

Gezinssituatie op het tijdstip van onderzoek en follow-up

n = 42	harmonisch (follow-up)	dysharmonisch (follow-up)
harmonisch (onderzoek)	12	—
dysharmonisch (onderzoek)	9	21

  

n = 42	géén neur. probl. (follow-up)	neur. probl. (follow-up)
géén neur. probl. (onderzoek)	10	2
neurot. probl. (onderzoek)	8	22

*Verband tussen andere klachten tijdens onderzoek en andere klachten bij follow-up* (zie tabel IX) — Bij vergelijking van de mate waarin andere klachten c.q. gedragsproblemen voorkomen bij onderzoek en ten tijde van de follow-up blijkt er een verandering te zijn, die gaat in de richting van aanwezig zijn van meer klachten c.q. gedragsproblemen naar afwezig zijn daarvan. Dit verschil is significant,  $p < .01$  (getoetst met de toets van McNemar voor de significantie van verandering met correctie voor continuïteit). Ook hier geldt dat het niet goed mogelijk is om duidelijkheid te verkrijgen ten aanzien van de vraag wat de bovengenoemde veranderingen beïnvloedt. Naast mogelijk positieve invloeden van behandeling c.q. begeleiding zullen factoren in het kind of in de omgeving ertoe bijdragen, dat in de loop van de ontwikkeling bepaalde gedragsproblemen verdwijnen. Zoals bij de gezinnen die niet begeleid werden in een groot aantal gevallen de encopresis verdween, zo zullen ook andere klachten 'spontaan' kunnen verdwijnen (Berger 1974).

*Tabel IX:*

Andere klachten bij onderzoek en follow-up

N = 43	géén klachten (follow-up)	wel klachten (follow-up)
géén klachten (onderz.)	6	5
wel klachten (onderz.)	26	6

### *Samenvatting en conclusies*

In toenemende mate wordt de medicus ook binnen het ziekenhuis



geconfronteerd met psychosociale problemen van velerlei aard. Die problemen, die tot voor kort als object van de psychiatrie gezien werden, vormen daarvan slechts een klein deel. Dit betekent dat binnen de gezondheidszorg gezocht moet worden naar wegen om deze psychosociale problemen tegemoet te treden. Ontwikkeling van psychosociale zorg in de zogenaamde eerstelijns-gezondheidszorg is daarvoor slechts een gedeeltelijke oplossing. Het medisch en verpleegkundig handelen binnen ziekenhuizen kan niet meer verantwoord plaatsvinden zonder aandacht voor de psychosociale aspecten van onderzoek en behandeling. Dit geldt zowel voor kinderen en adolescenten als voor volwassenen, hoewel voor de eerste groep door zijn bijzondere kwetsbaarheid met meer noodzaak psychosociale zorg tot ontwikkeling gebracht moet worden. De psychosociale hulpverlening c.q. behandeling binnen het medische veld kan alleen maar op gang komen als afstand gedaan wordt van sterk theoretische, soms ook dogmatische uitgangspunten ten aanzien van het onderzoek en behandeling. Uitgaande van de ervaringen opgedaan bij onderzoek en behandeling van een groep kinderen met encopresis, wat opgevat wordt als een psychosomatische klacht, zijn de volgende punten duidelijk geworden.

1 — De scheiding tussen onderzoek en behandeling is kunstmatig en doet afbreuk aan de hulpverleningsmogelijkheid.

2 — Het vinden van wegen om hulp te krijgen is voor de ouders dikwijls moeilijk; voor ouders van kinderen met encopresis kan er een extra belasting liggen in de aard van het symptoom om hulp te krijgen.

3 — Deze ervaringen maken duidelijk dat er zeer grote groepen probleemkinderen nooit enige vorm van hulp krijgen, omdat de ouders óf de toegangswegen tot de hulpverleningskanalen niet kennen óf bang zijn deze te betreden.

4 — Daarom is een pragmatische opstelling van de psychosociale hulpverlener binnen het ziekenhuis nodig. De opstelling dient patiënt- en niet systeemgericht te zijn. Van belang is om de doelstelling van de hulpverlening te beperken. De keuze zal meer gaan in de richting van kortere behandelingen en begeleidingen. Intake-drempels hebben binnen deze benadering nauwelijks een plaats.

5 — Het is van groot belang om binnen de kinderafdeling te werken aan de ontwikkeling van een (ortho-)pedagogische-therapeutische leefgemeenschap. De strikt medische doelstelling staat echter centraal; daarom zullen de behandelingsstrategieën zoals deze door Kok worden voorgestaan slechts ten dele kunnen worden gerealiseerd.

6 — De uitkomsten van het onderzoek geven aan dat met name de invloed van de begeleiding van het maatschappelijk werk voor de ouders wellicht de gewone leefsituatie op een aantal punten meer leefbaar maakt, echter er waarschijnlijk niet toe bijdragen dat personen of relatiesystemen (ouders) wezenlijke veranderingen kunnen ondergaan. Dit geldt naar onze mening zeker niet alleen voor het maatschappelijk werk binnen het medische veld. Ook hier geldt dat in vele gevallen gekozen zou kunnen worden voor een beperkte

doelstelling die wellicht binnen een te overzien tijdsbestek te realiseren valt.

7 — Bij de behandeling van encopresis, zoals bij de meeste psychosomatische klachten, is een geïntegreerd medische en psychosociale behandeling nodig. Het is ethisch niet verantwoord om bijvoorbeeld de medicamenteuze therapie achterwege te laten om zodoende beter de effecten van andere behandelingselementen te kunnen meten.

8 — Van de groep ouders ( $n = 45$ ) van de door ons onderzochte kinderen weigerden 16 enigerlei vorm van psychosociale hulp; 12 kinderen werden uithuisgeplaatst, 3 werden geplaatst op een medisch kleuterdagverblijf, 2 werden verwezen naar een MOB.

9 — Bij follow-up bleek bij een groot aantal kinderen de encopresis afwezig, hoewel het symptoom na aanvankelijk verdwenen te zijn, nog incidenteel was teruggekeerd. Naar aanleiding van onze onderzoeksgegevens rijst de vraag of encopresis op oudere leeftijd (na de adolescentie) inderdaad zo zelden voorkomt als in de literatuur wordt aangegeven.

10 — Er bleek een verschil aantoonbaar in de mate waarin andere klachten dan encopresis voorkwamen in de periode van het onderzoek vergeleken met de periode van de follow-up. In het laatste geval waren de klachten minder.

11 — Het al of niet gepaard gaan van encopresis met obstipatie houdt geen verband met het ophouden van encopresis.

12 — Uit het onderzoek komt als indruk naar voren dat de behandeling c.q. begeleiding zoals die verlopen is ten aanzien van de behandelde kinderen resultaat heeft opgeleverd. Uit het klinisch materiaal hebben we de indruk dat ten aanzien van de leefbaarheid van de alledag-situatie ook bij de ouders verbetering is opgetreden.

### Summary

*Treatment and follow-up of children's encopresis* — In this description of the treatment and follow-up of children's encopresis, the integrated medical and psycho-social approach is emphasized. Also described are a number of issues which, to the authors' opinion, are crucial for the psycho-social care within a medical organization. Finally the varied elements which form a part in the treatment of encopresis are discussed.

A plea is made for the setting of a limited goal in treatment. The study makes clear that a significant number of cases are not able or do not want to let themselves being helped by the existing professional channels. Nevertheless the symptom disappears after some time in a number of cases of the non-treatment group. In the treatment group there was seen after treatment not only the disappearance of encopresis but also less prevalence of other symptoms.

### Literatuur

- Balson, P. M., Case Study: Encopresis: A case with symptom substitution. *Behavior Ther.* 4, 134-136, 1973.
- Bellman, M., Studies on encopresis. *Acta paediat. scand. suppl.* 170, 1966
- Berger, M., Stationäre Behandlung eines sechsjährigen Einkoters. *Prax. Kinderpsychol.* 23, 5-11, 1974.

- Bodian, M., Stephens, F. D. and Ward, B. C. H., Hirschsprung's disease and idiopathic megacolon. *The Lancet* I, 6-11, 1949.
- Bonekamp, A. L. M., Zieke kinderen in kinderziekenhuizen. *Jeugd en Samenleving* 1, 273-290, 1971.
- Chess, S. and Lyman, M. S., A psychiatric unit in a general hospital pediatric clinic. *Amer. J. Orthopsychiat.* 39, 77-85, 1969.
- Cockin, M. and Gairdner, D., Faecal incontinence in children. *Brit. med. J.* 2, 1175-1180, 1960.
- Duhamel, J., Bensaid, F. et Koupernik, C., A propos de 33 cas d'encopresie. *Arch. franç. Pédiat.* 14, 1031-1049, 1957.
- Edelson, M., *Sociotherapy and Psychotherapy*, p. 223 (The University of Chicago Press, Chicago 1970).
- Fournier, E. P., Ouders en kinderen in de gedragstherapie. In: *Psychologen over het kind*. Kinderpsychologische opstellen 3. Wit, J. de, Bolle, H. en Jessurun Cardozo-van Hoorn, R. (red.), pp. 227-238 (Tjeenk Willink, Groningen 1973).
- Gelber, H. and Meyer, V., Behaviour therapy and encopresis: The complexities involved in treatment. *Behav. Res. Ther.* 2, 227-231, 1965.
- Graham, Ph., Child psychiatry and psychotherapy. *J. Child. Psychol. Psychiat.* 15, 59-66, 1974.
- Heiner, J., Gedragsmodificatie in een residentieel behandelingscentrum. In: *Psychologen over het kind*. Kinderpsychologische opstellen 3. Wit, J. de, Bolle, H. en Jessurun Cardozo-van Hoorn, R. (red.), pp. 239-252 (Tjeenk Willink, Groningen 1973).
- Herzog-Weisedel, D., Zum Problem der Symptomheilung bei Kindern nach der biographischen Anamnese. *Prax. Kinderpsychol.* 22, 84-87, 1973.
- Keehn, J. D., Brief case-report: Reinforcement therapy of incontinence. *Behav. Res. Ther.* 2, 239, 1965.
- Kok, J. F. W., *Struktopathische kinderen, een orthopedagogisch behandelingsstype*. Proefschrift, Nijmegen 1970 (Malmberg, 's-Hertogenbosch 1970).
- Kok, J. F. W., *Structopathic children. A sociotherapeutic treatment type*. Part I: Description of disturbance type and strategies (Rotterdam University Press, Rotterdam 1972).
- Lourie, N.V. and Lourie, B. P., A noncategorical approach to treatment programs for children and youth. *Amer. J. Orthopsychiat.* 40, 684-693, 1970.
- Madsen Jr., Ch. H., Positive reinforcement in the toilet training of a normal child: a case report. In: *Case studies in behavior modification*. Ullmann, L. P. and Krasner, L. (ed.), pp. 305-307 (Holt, Rinehart and Winston, New York 1965).
- Neale, D. H., Behaviour therapy and encopresis in children. *Behav. Res. Ther.* 1, 139-149, 1963.
- Pinkerton, Ph., Paediatrics and child psychiatry. The case for collaboration. *Arch. Dis. Childh.* 48, 970-974, 1973.
- Scuderi, F. e Rapisarda, V., L'Encopresi: interpretazioni etiopatogenetiche e risultati terapeutici con 'Fosfostimol'. *Acta neurol.* (Napoli) 27, 28-36, 1972.
- Sonis, M., Implications for the child guidance clinic of current trends in mental health planning. *Amer. J. Orthopsychiat.* 38, 515-526, 1968.
- Suchman, E. A., Medical 'Deprivation'. *Amer. J. Orthopsychiat.* 36, 665-672, 1966.
- Veeneklaas, G. M. H., Gobée, J. I. A. en Van der Kloot Meyburg, W. J., *Kind en ziekenhuis. De derde persoon aan het ziekbed*. (Stenfert Kroese,

Leiden 1972).

Vliegthart, W. E., *Algemene orthopedagogiek*. (Wolters-Noordhoff, Groningen 1973).

Wolters, W. H. G., Encopresis. *Psychother. Psychosom.* 19, 266-287, 1971.

Wolters, W. H. G., Psycho-sociale zorg in de kindergeneeskunde. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 28, 327-341, 1973.

Wolters, W. H. G. and Wauters, E. A. K., *A study of somatopsychic vulnerability in encopretic children* (in the press).

Wolters, W. H. G., *A comparative study of behavioural aspects in encopretic children* (in the press).

Wolters, W. H. G., *The influence of environmental factors on encopretic children* (in the press).

Young, I. L. and Goldsmith, A. O., Treatment of encopresis in a day treatment program. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 9, 231-235, 1972.