

L. E. E. LIGTHART EN DR. K. GILL*

Encopresis in de huisartspraktijk

Dit artikel vraagt aandacht voor de klacht encopresis in de huisartspraktijk. Onduidelijk is of en in welke mate, huisartsen met dit verschijnsel geconfronteerd worden. Achtereenvolgens worden aan de hand van gegevens uit de literatuur de definiëring, etiologie en behandelingsmethoden kritisch besproken. De meeste etiologische factoren blijken zeer mager empirisch gefundeerd te zijn. Door het ontbreken van een optimaal inzicht in factoren die dit probleemgedrag veroorzaken en/of in stand houden, zijn exacte richtlijnen voor therapeutisch handelen niet te geven. Tot besluit wordt een schets van een getrapte therapeutische interventie gepresenteerd.

Inleiding

Encopresis of broekpoepen werd waarschijnlijk in 1926 voor het eerst onder deze naam beschreven door *Weissenberg*, als een equivalent van het symptoom enuresis.¹ Al eerder, in 1882 en 1892, was door *Fowler* en *Henoch* aandacht gevraagd voor deze klacht, in de vorm van casuïstische besprekingen.^{2,3} Het zou echter tot de vijftiger jaren van deze eeuw duren voordat ook resultaten van systematisch onderzoek werden gepubliceerd.⁴

Hoewel sindsdien een toenemende belangstelling voor het verschijnsel te bespeuren valt, is hetgeen *Anthony* stelde, nog steeds van toepassing: 'Clinicians on the whole, perhaps out of disgust, prefer neither to treat them, nor to write about them. The literature as compared with enuresis is surprisingly scanty...'. Bovendien schijnt er van encopresis een gering appel op medische en sociaal-pedagogische hulpverleningssystemen uit te gaan.⁵

In dit artikel hebben we gegevens uit de literatuur gerangschikt en kritisch besproken om te bevorderen dat er in de huisartspraktijk meer aandacht aan deze klacht en aan de mogelijkheden tot therapie besteed wordt.

Frequentie in de huisartspraktijk

Zich beroepend op een peiling binnen het Nederlands Huisartsen Genootschap (waarvan aard en omvang overigens niet expliciet zijn aangegeven) stellen *Bosch e.a.*, dat encopresis door huisartsen weinig wordt gesignaleerd.⁶ Globale navraag door de auteurs in een tiental huisartspraktijken laat een wisselend en wat tegenstrijdig beeld zien. Zes huisartsen zeggen dat de klacht nog nooit bij hen is gepresenteerd, de andere vier spreken van één à vier behandelde patiënten op jaarbasis. Mogelijk hangt dit fenomeen samen met het taboe dat rond de menselijke defecatie bestaat.⁷

Overigens komt encopresis frequenter voor dan doorgaans wordt verondersteld. Door diverse auteurs werden prevalenties gevonden van 13 tot 15 gevallen per 1000 schoolgaande kinderen.^{5,8} Volgens een Zwitsers onderzoek zou de incidentie in de leeftijdsgroep van 3-18 jaar 10-20 per 1000 meisjes en 20-40 per 1000 jongens bedragen.

Begripsomschrijving

Encopresis kan worden omschreven als een willekeurige of onwillekeurige defecatie, op een plaats die daartoe volgens de conventie niet bestemd is, en waarvoor geen grove lichamelijke dysfuncties verantwoordelijk kunnen worden gesteld. Het gaat om individuen ouder dan 3 jaar en het verschijnsel moet zich in de loop van drie maanden minimaal één keer per maand hebben voorgedaan.¹⁰

Evenals bij enuresis wordt onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire encopresis. Bij de eerste vorm is het kind sinds de geboorte onzindelijk, bij de tweede vorm is de onzindelijkheid, na een symptoomvrij interval van minimaal drie maanden, opnieuw opgetreden. Volwassenen kunnen dus in principe ook aan dit symptoom lijden. De gegevens over deze groep zijn echter uiterst schaars. *Gurewitsch* maakt melding van het reactief optreden van encopresisklachten bij een 31-

jarige man.¹² *Hereford et al.* legden een relatie tussen het bevuilingsgedrag bij zwakzinnige volwassen mannen en territoriumafbakening.¹³

Gevolgen

De directe lichamelijke gevolgen van encopresis zijn over het algemeen beperkt tot een vergrote kans op irritatie en ontsteking van de huid in het gebied van het perineum. Bestaat er daarnaast een langdurige obstipatie met een chronisch vergroot colon, dan is er een toegenomen kans op diverticulitis, rectumfissuren en hemorroïden en infecties aan het urologisch systeem.¹⁴⁻¹⁶ Bovendien kan een hinderlijke paradoxale of pseudodiarree ontstaan door bacteriële omzetting van de ingedikte faecesmassa.¹⁷

De sociaal-psychische gevolgen zijn ernstiger en ingrijpender en nemen toe, naarmate het individu ouder is en de klacht langer duurt. Het uitblijven van zindelijkheid of het opnieuw optreden van onzindelijk-zijn wordt door de ouders gemakkelijk ervaren als een teleurstelling en een krenking van de ouder trots. Vertwijfelde pogingen het kind toch zindelijk te krijgen, resulteren snel in gevoelens van machteloosheid en ergernis, en in verwijten aan het kind. Als de klacht lang voortduurt, verslechtert de opvoedingssituatie vaak zienderogen en wordt het kind steeds meer negatief benaderd.

Wanneer we hierbij de afwijzing en pesterijen van leeftijdgenoten voegen, zal duidelijk zijn dat een dergelijk kind snel in een sociaal isolement komt te verkeren. Schaamte en een negatief zelfbeeld, een angstige grondhouding, teruggetrokkenheid, slechte impulscontrole en agressief naast passief-lusteloos gedrag worden door een aantal auteurs gerapporteerd.^{4,5,8,18}

Etiologie

Dé etiologie van encopresis bestaat niet. Als men de literatuur overziet, treft men verschillende groepen van oorzaken of condities aan die voor het optreden van encopresis verantwoordelijk gesteld worden. Het belang dat men aan deze diverse condities hecht, blijkt niet alleen aan mode onderhevig, maar wordt ook sterk bepaald door de beroepsoptiek van waaruit men naar het symptoom kijkt. Daar komt nog bij dat diverse factoren nauwelijks deugdelijk

* Respectievelijk orthopedagoog te Oosterhout (N.Br.) en hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden.

empirisch onderzocht zijn. Op de pagina's 309 en 310 wordt uitvoerig ingegaan op de betreffende literatuur.

Therapeutische mogelijkheden

In de literatuur komt men een breed scala van methoden tegen om broek-

poepen te behandelen. Huisartsen ontbreken in de rij van auteurs, die voornamelijk uit psychiaters, pediaters en psychologen bestaan. Alleen *Easson* merkt terloops op, dat 'The family doctor must take care lest he will be drawn into the family turmoil as a supplier of enemas, laxatives and suppositories to the mo-

ther for her assault and control of the child'.⁵³

Desondanks is de effectiviteit van de diverse benaderingen met nogal wat vraagtekens omgeven en in vrijwel alle gevallen ontbreekt het aan een goede methodologische onderbouwing en documentatie.¹⁰

Etiologie van encopresis I

Somatische dysfuncties

Somatische dysfuncties liggen vooral op het gebied van de obstipatie en diarree, waarbij in het merendeel van de gevallen een psychische grondslag verondersteld wordt. Ook lokale irritaties in het anale gebied, abnormale faecessubstanties, en recidiverende buikklachten kunnen het gebeuren rond de stoelgang zo aversief maken dat het kind de defecatie drang bewust onderdrukt en ernstig geobstipeerd raakt.

Blijkens gegevens van *Fitzgerald* zou 95 procent van de kinderen aan obstipatie lijden.¹⁹ *Levine* kwam in 1975 aanvaankelijk tot 20 procent van de onderzochte 102 kinderen die aan encopresis leden, doch in een latere publikatie komt hij tot 85 procent van al dan niet occulte obstipatie.²⁰⁻²¹

Tenslotte wees *Woodmansey* op de dynamische relatie tussen encopresis en het diarree-megacolon continuum.²³

Zonder iets te willen afdingen op de constatering dat encopresis vaak tezamen met obstipatie en diarree voorkomt, zij erop gewezen dat al deze gegevens aan patiëntenbestanden zijn ontleend, en daarmee bezwaarlijk representatief geacht kunnen worden voor een totale populatie.

Vaardigheidsdefecten

Bij vaardigheidsdefecten heeft het individu tijdens de zindelijkheidstraining op inadequate wijze geleerd het defecatiemechanisme te beheersen. De overtuiging dat er een causale relatie zou bestaan tussen de training tot zindelijkheid en het feitelijk bereikte niveau van zindelijkheid, heeft het denken over encopresis diepgaand – en nogal eenzijdig – beïnvloed. Vooral de populariteit van het psychoanalytisch verklaringsmodel tussen 1940 en 1970 is hiervoor verantwoordelijk te stellen. Encopresis wordt binnen dit denkkader gezien als óf een regressief symptoom waarin diepgewortelde angsten, al dan niet verdrongen agressie of protest tegen de opvoeders worden geuit, óf een substituuut voor onderdrukte seksualiteit van anale of genitale aard. Het probleem van deze psychoanalytisch georiënteerde publikaties is vooral gelegen in het feit dat de theorie en de gepresenteerde casuïstiek een gesloten geheel vormen, dat zichzelf bewijst en moei-

lijk toegankelijk is voor empirisch onderzoek.²⁴⁻²⁵

Blijft de vraag naar de aard van de relatie tussen het proces van zindelijkheid worden en het uiteindelijk bereikte niveau van zindelijkheid. De veel aangehaalde publikaties van *Huschka* en *Anthony* over een mogelijk causale relatie kunnen de toets der kritiek niet doorstaan. Bij *Huschka* rijzen er bedenkingen van methodologische aard: slechts in één geval is er duidelijk sprake van een kind dat zich bevuilde, en hiervan valt niet vast te stellen of het een 'coercive' training onderging.²⁷ Bij *Anthony* kan kritiek worden geuit op de strak gehanteerde dichotomie van waaruit primaire en secundaire encopresis verklaard worden. Eerstgenoemde vorm zou altijd samenhangen met de simpele nalatigheid om te trainen, een nalatigheid die moeders uit lagere sociale milieus zou kenmerken. De secundaire vorm zou optreden bij 'middle-class' moeders, die door een ziekelijke preoccupatie met de zindelijkheidstraining het kind te vroeg, te snel en te rigide trainen. Via een 'battle of the bowel' worden deze kinderen aanvaankelijk wel zindelijk, doch dit blijkt een Phyrus-overwinning: op latere leeftijd beginnen zij zich uit protest te bevullen.⁴

Beide studies hebben slechts aandacht gevraagd voor het mogelijk risicodragend karakter van factoren als intensiteit (mate van druk die op het kind uitgeoefend wordt om zindelijk te worden) en kwaliteit (kwalitatieve aard moeder-kind relatie) van de zindelijkheidstraining.

Het risicodragend karakter van deze factoren wordt door methodologische beter gefundeerde onderzoeken slechts indirect bevestigd.

Madsen et al. vergeleken een vijftal trainingsmethoden, waaruit bleek dat jonge kinderen (12-14 maanden) moeilijk trainbaar zijn, doordat de myelinisatie van de pyramidale banen die de sfincters innervieren, niet voltooid is, hetgeen traumatiserend kan werken.³¹ *Church* wees erop dat straffen onnodig is en waarschijnlijk het tijdstip van de zindelijkheid eerder vertraagt. Late training met een *laissez faire* karakter kan nauwelijks als risicodragend

worden beschouwd.³² De groep kinderen ouder dan 2 jaar in het onderzoek van *Madsen et al.* bleek sneller en zonder problemen zindelijk te worden dan de jongere leeftijdsgroepen.

Belangrijker wellicht dan het zoeken naar in het verleden gelegen causale factoren is de benadering van behavioristen (leertheoretici) die via functionele analyse van het actuele gedrag zoeken naar factoren die een bepaalde vorm van probleemgedrag in stand houden. Angst als geconditioneerde vermijdingsdrive staat in dit verklaringsmodel centraal.³⁴⁻³⁶ Dit kan zowel angst voor pijn tijdens de defecatie door fissuren zijn als angst voor afkeuring of straf, omdat men niet aan de eisen of verlangens van de omgeving kan voldoen. In het kort samengevat verloopt het proces als volgt:

Aandring, de sensatie van een volle ampulla recti, leidt bij het zeer jonge kind tot een reflexmatige lozing van faeces. Door een inadequaat leerproces wordt deze aandachtssstimulus gekoppeld aan een inadequate respons: het ophouden (eventueel leidend tot obstipatie en paradoxale diarree) of het op een verkeerde plaats deponeren van de ontlasting. Verstoppen van vuil onder- of beddegoed is in deze samenhang te zien als een secundaire vermijdingsreactie met betrekking tot straf en/of afkeuring.

Deze gedachtengang is zowel toepasbaar op primaire als secundaire encopresis. In het eerste geval is het kind van het begin af aan inadequaat getraind; in het tweede geval leidt het tijdelijk verloren gaan van een al dan niet voldoende verworven vaardigheid tot forse en repressieve reacties van de opvoeders.

Ter afsluiting kan gesteld worden dat, parallel lopend aan de verminderde invloed van de psychoanalyse op de psychosomatiek het idee van de specificiteit het laatste decennium sterk aan populariteit heeft ingeboet. Meer en meer aandacht is komen te liggen op het generaliteitsprincipe: de invloed van omgevingsfactoren, algemeen psychologische factoren bij kind en ouder en het effect van stress op gezondheid.³³

Klassieke behandelingswijzen

De klassieke medische behandelingswijzen zijn vooral gericht op het opheffen van obstipatie door het (eventueel gecombineerd) gebruik maken van dieetmaatregelen, laxantia en klysmas.^{17 53 54}

Op zichzelf genomen zijn deze methoden effectief bij het bestrijden van obstipatie. Wanneer ze echter geïso-

leerd worden toegepast bij encopresis, rijzen er vragen bij deze 'bucket en spade' methode. Verschillende auteurs wijzen op het feit dat kinderen soms langdurige behandelingen met laxantia ondergaan, zonder dat dit tot verbetering van de klachten leidt.⁵⁵⁻⁵⁷

Een 'bredere' benadering die de mechanische weg combineert met systematische toilettraining, voorlichting aan

ouder en kind en een of andere vorm van psychotherapie, verdient zeker de voorkeur.⁵⁸⁻⁶¹ In welke mate zulke benaderingen ook feitelijk bijdragen tot succes, is onduidelijk, omdat het óf aan een controlegroep, óf aan duidelijke base-line gegevens, óf aan follow-up ontbreekt.

Tot welke curieuze methoden een eenzijdig somatische benadering kan

Etiologie van encopresis II

Psychische spanning of stress

In onze cultuur wordt een verschijnsel als encopresis vaak in verband gebracht met psychische spanning of stress. De imponerende waarneming dat er aan het optreden van secundaire encopresis in een aantal gevallen een duidelijk emotionele gebeurtenis is voorafgegaan, heeft deze beeldvorming in hoge mate versterkt.

Het overtuigend aantonen van een eenduidig verband door middel van gecontroleerde onderzoeksgegevens heeft, voor zover ons bekend, niet plaatsgevonden. De informatie beperkt zich voornamelijk tot casuïstische studies met een vaak anecdotisch karakter. Niet duidelijk wordt of men het verband moet zien als psychogeen verband, waarbij een voorafgaande stresssituatie het broekpoepen mede zou oproepen; hiervoor pleiten de vele plotseling optredende 'stressful life-events', die door een groot aantal auteurs worden gerapporteerd:

- rolverandering van het kind, zoals bij overgang naar een andere school of de geboorte van een broertje of zusje;
- rolveranderingen van naaste familieleden, waarbij vooral het gaan werken van de moeder een belangrijke plaats zou innemen, naast het plotseling werkeloos worden van de vader;
- belangrijke veranderingen in de lichamelijke gezondheid of dreiging daarvan, zoals een ziekenhuisopname van ouder of kind, of een ongeluk;
- het overlijden van een ouder, vriendje of geliefd familielid; kinderrouw neemt vaak een als lichamelijke klacht geuite vorm aan, zoals het (tijdelijk) verlies van verworven zindelijkheid;³⁶
- verhuizing met het aanvankelijk daarbij behorende sociaal-psychische isolement.^{10 37}

In plaats van het hierboven beschreven 'triggering-effect' van life-events kan men ook een formatief effect veronderstellen, waarbij het optreden van encopresis gezien moet worden als een uiting van een algehele malaisietoestand. Het zou dan

meer gaan om een synchroon verloopend proces of, zoals Eller het zegt: 'Weniger um einmahlige dauernde psycho-traumatische Erlebnisse, sondern vielmehr um längerdauernde pathogene Einwirkungen.'³⁹

In vele situaties wordt gewezen op de disharmonische gezinssituatie, gecombineerd met een langdurige pathogene interactie in het gezin die vaak tot een echtscheiding voert.⁴⁰⁻⁴⁴ Encopresis valt in dit verband te zien als symptoom van een psychogene depressie met een reactief neurotisch of uitputtingskarakter.⁴⁵⁻⁴⁷ Overigens is hetgeen Rutter met betrekking tot enuresis opmerkt, ook hier van toepassing: het mechanisme waarmee korte of langdurige spanningen zich specifiek zouden uiten in broekpoepen, is niet helemaal duidelijk.⁴⁸ Is het een kwestie van een negatieve interferentie met het leerproces van zichzelf schoonhouden, of is het een specifieke vorm waarin een emotioneel conflict zich uit?

Ook de fysiologische grondslag van het proces is onvoldoende verklaard. De relatie tussen stressor (psychologische stress) en het menselijk weefsel kan in het geval van encopresis in principe op twee manieren bestaan:

- Psychologische stress leidt tot weerstandsvermindering, waardoor bepaalde preëxistente factoren, zoals familiair bepaalde tot dysfunctioneren neigende darmen (bijvoorbeeld bij obstipatie), als zwakke lichamelijke schakel functioneren en de kans krijgen zich in negatieve zin verder te ontwikkelen.⁴⁹ In dit verband introduceerde Wolters het begrip 'somatopsychische vulnerabiliteit', een soort nieuwe 'locus minoris resistentiae' variant, die hij definieerde als: 'een milde afwijking ten opzichte van de hypothetische norm van een uitgebalanceerd en geïntegreerd primair lichamenlijk functioneren.'⁵ Een vage omschrijving die lastig te operationaliseren valt. Hij slaagde er overigens niet in aan te tonen dat somato-psychische fenomenen bij kinderen met encopresis frequenter zouden voorkomen.
- Psychologische stress zou ook kunnen

leiden tot vegetatieve stoornissen die op hun beurt leiden tot stoornissen in de betrokken organen van de maag-darm tractus. Een tweeledige verklaring staat hierbij open:

- een voortdurende emotionele spanning leidt uiteindelijk tot min of meer permanente inhibitie van de defecatiereflex, uiteindelijk uitmondend in obstipatie met alle consequenties van dien;³⁴
- een emotionele spanning leidt tot verhoogde darmmotiliteit, zich uitend in angstdiarree;²³ dit plotseling verloren gaan van de al verworven vaardigheid 'zindelijk zijn', leidt secundair tot het krampachtig onderdrukken van de defecatiereflex met de hiervoor besproken gevolgen.

Secundair gewin

Ondanks alle vervelende repercussies kan de klacht encopresis ook iets opleveren voor de betrokken patiënt en z'n omgeving. Encopresis moet men dan niet zozeer zien als het vermijden van angst, maar als een reactief symptoom, als middel wat een gevarieerd doel kan dienen. De volgende invalshoeken worden in de literatuur belicht:

- het symptoom kan functioneren als een manier van aandacht vragen omdat het kind deze in het gezin onvoldoende krijgt: de klacht encopresis wordt via positieve bekrachtiging in stand gehouden, door de aandacht die ermee verkregen wordt;^{5 36}
- het symptoom dient om spanning in het gezin te reduceren: door het probleemgedrag leidt het kind de aandacht van bijvoorbeeld een echtelijk conflict af en fungeert daarmee als zondebok, en/of als bindmiddel in een situatie die het gevaar van desintegratie in zich draagt;^{50 51}
- encopresis kan een succesvol middel zijn om de omgeving te manipuleren en pressie op de opvoeders uit te oefenen, zodat het kind in allerlei situaties zijn zin kan door-drijven;^{5 52}
- broekpoepen kan ook als negatieve bekrachtiger functioneren en is dan een middel om andere problemen of verantwoordelijkheid te ontlopen.

leiden, wordt geïllustreerd door de aanpak van Sir Denis Brown.⁶² Deze adviseert een rubberen kruik met saline oplossing ongeveer anderhalve meter boven de anus van het kind in de WC op te hangen. Wanneer het kind naar het toilet gaat, dient het zelf het slangetje in het rectum aan te brengen en de kraan te openen tot een gevoel van aandrang volgt. Brown rapporteert – overigens niet nader gespecificeerde – gunstige resultaten met deze methode.

Van anecdotische waarde voorlopig zijn tenslotte enkele 'casehistories' die gaan over het gebruik van psychofarmaca zoals imipramine.⁶³⁻⁶⁷ Zij verdienen nader onderzoek.

Psychodynamische methoden

De psychodynamische behandelingsmethoden, gericht op het opheffen van onbewuste, verdrongen conflicten, vaak in de vorm van speltherapie of spelanalyse, zijn zo slecht gedocumenteerd dat de effectiviteit niet valt vast te stellen. Ze zijn vaak zeer langdurig^{68, 69} en leiden volgens enkele auteurs weleens tot verergering van de klachten.²⁵ Soms fungeren zij echter met succes als een laatste redmiddel, een 'ultimum therapeuticum', wanneer andere methoden hebben gefaald.⁷⁰

Leertheoretische behandelingsmethoden

Leertheoretische methoden stelen op de overtuiging dat het gehele gedragsrepertoire, inclusief ongewenst gedrag, is aangeleerd. Dit aangeleerde gedrag kan 'afgeleerd' worden en ontbrekend gedrag, dat het ongewenste gedrag mede in stand houdt, kan 'bijgeleerd' worden. De 'wet van effect' speelt daarbij een grote rol: gedrag dat tot ongewenste gevolgen leidt, zal afnemen (uitdoven-extinction), gedrag dat positieve gevolgen heeft zal herhaald worden (bekrachtigen-reinforcement).⁷¹

Op grond van deze gedachtengang bevatten de meeste gedragsmodificatie programma's bij encopresis de volgende aspecten:

- het positief versterken van de stoelgang op het toilet;
- het positief versterken van het al dan niet periodiek schoon zijn;
- het negeren of neutraal ingaan op bevulde kleren;
- het aversief ingaan op vuil-zijn door intrekken van privileges of 'time-outs';

- het regelmatig naar het toilet sturen en/of ondergoed controleren;
- het toedienen van laxantia bij obstipatie, hetgeen vooral in medische settings wordt toegepast.^{34, 72-75}

Hoewel de gedragstherapeutische behandelingen qua documentatie gunstig afsteken tegen de psychodynamische benaderingswijzen, belangrijk korter duren en meestal tot succes leiden, staat de effectiviteit daardoor niet a priori vast. In een eerdere publikatie bespraken we 36 studies, waarvan de meerderheid uit case studies van het type n=1 bestond; verder waren er zeven case-verzamelingen van beperkte omvang (n < 10) en slechts zes van grotere omvang (n > 10). Deze laatste van Wright (n=36) gaan jammer genoeg gehuld in vaagheden met betrekking tot de gevolgde procedure, de leeftijd en het type encopresis.^{10, 76} Daarbij komt nog dat de meeste auteurs alleen succesvol afgesloten behandelingen vermelden, zodat gemakkelijk een vertekend beeld met betrekking tot het effect van deze gedragstherapeutische behandelingen kan ontstaan.

Recent publiceerde Bosch een goed gedocumenteerde empirische evaluatie van een op gedragsmodificatie berustende mediatietherapie.⁷² Hoewel deze methode succesvol bleek, lijkt zij voor huisartsen nogal arbeidsintensief.

Gezinsgerichte interventies

De terreinwinst die de systeemtheorie in de hulpverlening de laatste jaren heeft geboekt, bracht een groeiende belangstelling teweeg voor gezinsgerichte interventies bij encopresis-klachten. Het probleemgedrag van het kind wordt volgens deze visie in verband gebracht met de interactie en communicatiepatronen binnen het gezinssysteem.

Gezien het feit dat encopresis in veel gevallen waarschijnlijk samenhangt met complexe transacties tussen somatische dysfuncties, vaardigheidsdefecten en mogelijk familiair-genetische predispositie enerzijds en psychosociale risicofactoren anderzijds, kan een dergelijke therapeutische aanpak een deugdelijk behandelingsalternatief voor encopresis vormen. Het probleem is echter dat het merendeel van de beschikbare publikaties niet meer geeft dan een eerste accumulatie van klinische anecdotes, successories van enthousiaste gezinstherapeuten, die een kritische afweging van de feitelijke effectiviteit van deze be-

handelingsmethode nog niet mogelijk maken.^{50, 51, 77-78} Daarnaast ontbreekt het nog aan een voldoende uitgewerkt en empirisch getoetst gezinsmodel met betrekking tot psychosomatische stoornissen.

Besluit: hoe te handelen bij encopresis?

De voorafgaande bespreking heeft wellicht meer vragen opgeroepen dan beantwoord. De diverse etiologische verklaringen klinken wel plausibel, maar de empirische basis is erg smal. In feite weten we op dit gebied weinig en daardoor worden we bij de diagnostiek gedwongen alle mogelijke factoren in overweging te nemen.

Voor de diverse behandelingsmethoden gaat een vergelijkbaar verhaal op: de potentiële keus lijkt erg groot, de feitelijke effectiviteit is nauwelijks goed gedocumenteerd en empirisch onderzocht. De strikt medische benaderingen en gedragstherapeutische interventies steken hierbij gunstig af.

Dit alles maakt de hulpverlening door de huisarts er niet eenvoudiger op. Doordat het ontbreekt aan voldoende inzicht in de factoren die encopresis veroorzaken c.q. in stand houden, zijn exacte richtlijnen voor therapeutisch handelen niet eenvoudig te geven.

De volgende algemene richtlijnen of stappen lijken van belang:

1. Een eerste aanpak bestaat uit een steunende, geruststellende benadering van ouder en kind.^{23, 53} Een belangrijk doel van deze fase is 'demystificatie' van de klacht om deze zoveel mogelijk te ontdoen van gevoelens van schaamte en geheimzinnigheid bij ouder en kind.
2. Vanaf dat moment is het belangrijk in het hulpverleningsproces een tweesporenbeleid te volgen, waarbij nauwkeurig lichamelijk onderzoek de basis vormt waarop begeleidende psychosociale problematiek in diverse richtingen nader geëxploreerd kan worden. Hierbij is het zinvol na te gaan in welke context de problemen zijn ontstaan en welke mechanismen het probleemgedrag in stand houden, vooral in die gevallen waarbij de klacht als stabilisator in een conflictueuze gezinssituatie fungeert.
3. Hoewel voor de huisarts wellicht de verleiding groot blijft het bij encopresis vooral in de richting van obstipatie te

zoeken en deze strikt medisch te gaan benaderen, betekent dit niet dat het opheffen van een geconstateerde obstipatie achterwege zou moeten blijven. Zij vormt als het ware de basis van de behandeling, waardoor de neuromusculaire functie van het colon hersteld wordt.

4. De volgende stap is een directe benadering van het probleemgedrag door middel van een gedragsmodificerend programma. In het geval van retentieve encopresis kan dit het best gericht worden op positieve bekrachtiging van de stoelgang en adequaat toiletgebruik. Bij niet retentieve vormen richt men zich op het positief bekrachtigen van het zichzelf schoonhouden.

5. Wanneer tenslotte de begeleidende problematiek of de mate van pathologie bij kind en/of gezin groot is, kan gekozen worden voor intensievere vormen van psychotherapie (speltherapie, gezinsinterventies, psychiatrische evaluatie, opname in een ziekenhuis of residentiële setting).

Literatuur

De literatuurlijst bij dit artikel kan worden opgevraagd bij de auteurs: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden; telefoon 071-148333.

Rectificatie

In het artikel van Wibaut in het julinum-mer (pp. 298-200) zijn helaas enkele fouten in de tabellen geslopen:

Tabel 1: het aantal primiparae Amsterdam moet zijn: 668; het aantal multiparae Paramaribo moet zijn: 4395; het aantal multiparae Amsterdam moet zijn: 631.

Tabel 2: Het aantal vaginale bevallingen in de periode 1977-1981 moet zijn: 3658.

D. H. ARENTZ*

Hyperventilatie: geruststellend of zorgwekkend?

Hyperventilatie geldt als een onschuldig aandoening, lastig maar ongevaarlijk. Aan de hand van casuïstiek en literatuurgegevens wordt aannemelijk gemaakt dat dit niet altijd het geval is: hyperventilatie kan leiden tot ischemie van de hartspier en daarmee waarschijnlijk bijdragen aan angina pectoris, hartinfarct en acute hartdood. Geadviseerd wordt om hyperventilatie bij cardiaal getinte klachten als een risicofactor te beschouwen.

Inleiding

Het hyperventilatiesyndroom is een symptomencomplex dat ontstaat wanneer iemand dieper of sneller ademhaalt dan nodig is om in zijn zuurstofbehoefte te voorzien. Het kan een psychische of een organische oorsprong hebben. Algemeen wordt gewaarschuwd om geen organische ziekte als oorzaak van hyperventilatie over het hoofd te zien. Sommige auteurs menen dat de diagnose psychisch bepaalde hyperventilatie alleen per exclusionem gesteld mag worden, andere vinden dat het onderzoek bij voorkeur door de huisarts moet worden verricht en dus eenvoudig gehouden kan worden.¹⁻⁵

Wanneer organische oorzaken uitgesloten zijn, kan een begin gemaakt worden met de behandeling, die gebaseerd is op geruststelling, informatie en ontspanningsoefeningen.⁶ Die behandeling kan zelfs bestaan uit het provoceren en leren beheersen van hyperventilatie.³ Behalve voor therapeutische doeleinden wordt de provocatie van hyperventilatie ook vaak gebruikt als aanvulling op de diagnostiek.²

In het algemeen wordt hyperventilatie dus beschouwd als een onschuldige aandoening, lastig maar ongevaarlijk.

Op pagina 313 worden drie ziektegeschiedenissen beschreven, die illustreren hoe moeilijk het kan zijn de psychisch bepaalde hyperventilatie te onderscheiden van de hyperventilatie die een symptoom is van of gepaard gaat

met onderliggende organische pathologie. In alle drie de gevallen was er sprake van hyperventilatie die uiteindelijk gepaard bleek te gaan met cardiale pathologie. In alle drie de gevallen was de algehele conditie van de patiënten zo goed, stond de hyperventilatie zo op de voorgrond en lagen de cardiale klachten zo op de achtergrond, dat de diagnose gesteld werd op psychogene hyperventilatie. In geen van de gevallen was er zo'n pijn, dat de patiënten daardoor zouden hyperventileren, noch was er een ander teken van organische pathologie, dat een analyse in die richting vereiste.

De gedachte dat het ging om onschuldige symptomen, werd nog versterkt door twee opvattingen:

- symptomen die opgewekt kunnen worden door vrijwillige hyperventilatie, zijn onschuldig;
- symptomen die tijdens hyperventilatie bestaan en bedwongen kunnen worden met *rebreathing*, geruststelling en normalisering van de ademhaling, zijn eveneens onschuldig.

De onderliggende opvatting is dat hyperventilatie zelf onschuldig is. Het is echter de vraag, of dit wel altijd het geval is en of hyperventilatie niet een causale factor kan zijn bij het ontstaan van cardiale pathologie.

ECG-veranderingen

Het is al langer bekend dat hyperventilatie ECG-afwijkingen kan veroorzaken in de vorm van ST-segment dalingen, omkeringen van T-toppen, QRS-veranderingen en ritmestoornissen.²

Aanvankelijk werd het zeer onwaarschijnlijk geacht, dat deze ECG-afwijkingen zouden ontstaan door een tekort aan zuurstof in het myocard, ten gevolge van een verminderde circulatie in de arteriae coronariae en een verminderde afgifte van zuurstof aan de weefsels.² Vaak werd het verschijnsel dan ook pseudo-angina of pseudo-ischemie genoemd.⁷⁻⁹ Inmiddels is echter duidelijk geworden dat hyperventilatie zowel bij normale coronaire arteriën als bij coronaire sclerose tot een verslechtering van de zuurstofvoorziening van het myocard

* Huisarts te Haarlem.