

ENKOPREZİSİ OLAN ÇOCUKLARIN TEDAVİSİNDE DAVRANIŞÇI TERAPİ VE İLAÇ TEDAVİSİNİN ETKİNLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dilşad Foto Özdemir*, Elvan İşeri**, Esin Gökçe***, Billur Demiroğulları****, Aylın İlden Koçkar***, Barış Bağbancı*****, Buket Dalgıç*****

ÖZET

Amaç: Bu çalışma enkoprezisi olan çocukların değerlendirilmesinde bir çok değişkeni göz önünde bulundurarak davranışçı ve ilaç tedavisinin etkinliklerini karşılaştırmayı, etkin tedavi yaklaşımını araştırmayı amaçlayan bir ön çalışmadır. **Yöntem:** Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Gastroenteroloji birimlerine dışkı kaçırma şikayeti ile getirilen ve organik etiyoloji açısından değerlendirilen, yaşları 5 -14 arasında olan 25 çocuk ve anne babaları, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde psikometrik testlerle değerlendirildi. Hastalar seçkisiz iki gruba ayrılarak ilaç tedavisi ya da davranışçı terapi uygulandı. **Sonuçlar:** Değerlendirmeler sonucunda 7 hastada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, 4 hastada Enürezis ve Öğrenme Güçlüğü, 2 hastada Mental Retardasyon (IQ < 70) tanısı konmuştur. Aile Değerlendirme Ölçeğinde "Gerekli İlgii Gösterme" ye yönelik alt testlerde sorun olduğu görülmüştür. Davranışçı terapi ve ilaç tedavisine yanıt açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında fark bulunmamıştır. Hastaların anorektal monometrelerinde eşik hacimlerinin ortalamasının ve tedaviye yanıt vermeyen grupta yanıt veren gruba göre ortalama istirahat basıncının daha yüksek olduğu görülmüştür. **Tartışma:** Küçük bir örnekleme yapılan bu çalışmanın bulgularının genellenmesi yanıtıcı olabileceğinden, daha geniş bir örnekleme tekrarlanması bu alandaki bir çok sorunun yanıtlanabileceğini düşündürmüştür. Enkoprezis tanısı alan çocuklarla yapılan çalışmalarda karıştırıcı etkenlerin çokluğu ve bunların çalışmanın sonuçlarının güvenilirliğini azalttığı dikkat çekicidir.

Anahtar sözcükler: Enkoprezis, psikometrik değerlendirme, monometri, kalın barsak boşalma zamanı
SUMMARY: COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF BEHAVIORAL AND DRUG THERAPY FOR THE TREATMENT OF CHILDREN WITH ENCOPIRESIS

Objective: This study is a pilot study which takes into account many variables and aims to compare the effectiveness of behavioral and drug therapy for the treatment of encopresis and tries to find out an effective intervention for this psychopathology. **Method:** 25 children between ages 5-14 who had encopresis and were in follow up in pediatric surgery and pediatric gastroenterology departments for the organic etiologies were also evaluated in the child psychiatry department with clinical diagnostic interviews and psychometric tests. Patients were randomly divided into two groups and one group took behavioral therapy while the other group used drug. **Results:** 7 children had comorbid attention deficit and hyperactivity disorder, 4 children had comorbid learning disorder and 2 children had comorbid mental retardation (IQ<70). "Affective Involvement" subtest of the Family Assessment Test showed abnormal results in these children. Significant difference was not found between two groups in respect to behavioral and medical treatments. Mean threshold volumes of all children measured with anorectal monometry were higher than values in the literature. The mean resting pressure values were found to be higher in patients with no response to treatment than patients with treatment response. **Discussion:** It has been concluded that replicating this study with a larger population can be useful to find out the answers of many questions about encopresis because generalizing the results of this study which had been conducted in a small sample can be misleading. It must be considered that there are many external variables effecting the results of the studies conducted with children with encopresis and these variables decrease the reliability of the studies.

Key words: Encopresis, psychometric evaluation, monometry, colonic transit time

* Öğr. Gör. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

** Doç. Dr., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

*** Uzm. Psk., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

**** Doç. Dr., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara.

***** Araş. Gör. Dr., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara.

***** Prof. Dr., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara.

GİRİŞ

Enkoprezis, çoğunlukla istemsiz, bazen de kasıtlı olarak, yineleyen bir biçimde dışkının uygunsuz yerlere yapılması olarak tanımlanmıştır. Bu durumun en az üç ay süreyle ayda en az birkez olması ve çocuğun takvim yaşının en az 4 olması gerekmektedir. Enkoprezisin görülme biçimine göre DSM-IV'de konstipasyon ve taşma inkon-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 12 (3) 2005

ÖZDEMİR VE ARK.

tinansı ile giden, konstipasyon ve taşma inkontinansı ile gitmeyen şekilde iki tipi tanımlanmıştır (APA 1994). Enkoprezis pediatri kliniklerinde yaygın olarak görülen bir bozukluktur. Çocuklarda bu bozukluğun görülme oranı % 1-3 olarak bildirilmiştir (Chaney 1995, Hackett ve ark. 2001). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise bu oranın % 4 olduğu bildirilmiştir (Bulut ve Tekant 1991, Doğanç ve ark. 2001). Enkoprezisin % 95 kabızlığa bağlı geliştiği ve kabızlığa bağlı dışkı kaçırmının (DK), dışkının kalın barsağın son bölümünde birikerek taşması (retansif enkoprezis) şeklinde olabileceği gibi geride dışkı birikimi olmadan da (nonretansif enkoprezis) meydana gelebileceği bildirilmiştir (Loening-Baucke 1995). Klasik olarak kabızlığa bağlı dışkı kaçırmının tedavisinde çocuk ve ailenin eğitimi, ruhsal ve davranışsal yaklaşımlar, tuvalet eğitimi ve posalı diyet yer alır. Gerek görüldüğünde dışkıyı yumuşatıcı ilaçlar ya da lavmanlar eklenebilir (Rasquin-Weber ve ark. 1999). Enkoprezis tedavisinde imipramin, amitriptilin gibi trisiklik antidepressanların da yararlı olabileceğini bildiren çalışmalar vardır (Jenike ve ark. 1987, Mikkelsen 2001). Bazı yayınlarda tedaviye dirençli olgularda davranış düzenleme programlarına ek olarak çocuğun anal sfinkterinin farkında olmasını ve sfinkter gücünün artırılmasını sağlayan Basınç Biofeedback Yöntemi'nin uygulanmasının anorektal işlevini ve yaşam kalitesini anlamlı olarak düzelttiği bildirilmiştir (Tüzün ve ark. 2005).

Enkoprezis süregen ve tekrarlayan bir bozukluk olması nedeniyle çocuk ve aile için stres yaratan bir durum olup, sıklıkla tıbbi ve ruhsal belirtilerle ilişkilidir (Rockney ve ark. 1996). DK belirtisi olan çocuklar genellikle Çocuk Gastroenterolojisi, Çocuk Cerrahisi ya da Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri'nde tedavi edilmektedir. Bu kliniklerin herbirinin enkoprezis tedavisine yaklaşımları birbirinden oldukça farklıdır (Mikkelsen 2001, Loening-Baucke 1996, Loening-Baucke 2004). Bu çalışmada dışkı kaçırmaya şikayeti ile gelen hastalarda biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunların araştırılması, yanıtı etkileyen etkenlerin belirlenmesi, davranışçı ve ilaç tedavisi karşılaştırılarak etkinliklerinin araştırılması planlanmıştır.

YÖNTEM

Örnekleme

Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Gastroenteroloji kliniğine DK nedeniyle başvuran ve organik etiyojisi

açısından değerlendirilen, yaşları 5 -14 arasında olan 25 hasta, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları tarafından değerlendirildi. Bu çocuklar öncelikle Çocuk Cerrahisi polikliniği tarafından değerlendirilerek kabızlık dışında DK'ya yol açabilecek diğer anatomik, nörojenik ya da metabolik hastalıklar dışlandı. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu ve ailelerin onayı alınarak Kalın Barsak Boşalma Zamanı (KBBZ) ve Anorektal Manometri (ARM) ölçümleri yapılarak haftalık dışkılama ve DK sayıları standart formlara not edildi. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde iki çocuk ruh sağlığı uzmanı tarafından klinik görüşme yapılarak, DSM-IV ölçütlerini karşılayan ve enkoprezis tanısı alan çocuklara psikometrik testler uygulandı. Çocukların tamamına Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-R (WISC-R) (Savaşır ve Şahin 1995), Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Öy 1991), Çocuklar için Sürekli Kaygı Ölçeği (ÇSKÖ) (Özusta 1993) uygulandı. 6 yaşın altında 2 hasta Stanford-Binet Zeka Testi'yle değerlendirildi. Eş tanılardan Öğrenme Güçlüğü'nü ayırt etmek için zeka testine ek olarak Gesell Gelişim Figürleri, Kendi Bedeninde ve Karşısındakinin Bedeninde Sağ-Sol Ayırt Etme (Head) Testi, Harris Lateralleşme Testi, Görsel-İşitsel Sayı Dizileri Testi, Saat Çizimi, Okuma-Yazma Becerisi değerlendirildi. Aynı zamanda çocukların annelerine Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Öner 1996), öğretmenlerine ise Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (Şener ve Dereboy 1995) verildi. Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt testlerinde 2'nin üzerindeki değerler aile işlevselliğinde bozukluk olarak değerlendirildi. Çocuklar seçkisiz dağılımla iki gruba ayrılarak 3 ay süreyle ilaç tedavisi [imipramin (Tofranil, Novartis Pharma AG, Basel, İsviçre)] ya da davranışçı terapiyle takip edildi. Davranışçı terapi yarı yapılandırılmış bir programla iki uzman psikolog tarafından sürdürüldü. Beş hastanın tedaviyi yarım bırakması nedeniyle bu tedavi süreci 20 hastada (7 kız, 13 erkek) tamamlanabildi. Tedavi sonucunu olumsuz etkileyebileceği ve karıştırıcı etki göstereceği düşünülerek belirlenen eş tanılar ve organik patolojiler açısından iki grubun karşılaştırılması yapıldı. Dışkı kaçırmaya belirtisinin tamamen düzelmesi tedaviye yanıt olarak değerlendirildi.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Aile ve çocuğun sosyodemografik özellikleri,

doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası özelliklerin sorgulandığı sosyodemografik veri formu ebeveynden alınan bilgiler doğrultusunda klinisyen tarafından doldurulmuştur.

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Çocuklarda da depresyon olduğu, gözlenip ölçülebileceği ve özelliklerinin erişkinlere benzediği varsayımlarından yola çıkarak hazırlanmış bir öz bildirim ölçeğidir. Beck Depresyon Ölçeği esas alınmış, ancak cinsellikle ilgili sorular çıkarılarak okul durumu, arkadaş ilişkisi alanlarında sorular eklenmiştir. 7 yaş ve üzerindeki çocuklarda kullanılabileceği bildirilmektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Öy 1991).

Çocuklar İçin Sürekli Kaygı Ölçeği (ÇSKÖ)

Ölçek çocukların sürekli kaygılarını 20'şer soruyla ölçen bir öz bildirim ölçeğidir. Genellikle 9-18 yaşlar arası kullanılmaktadır ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özusta 1993). Sürekli kaygı ölçeğiyle (ÇSKÖ) kaygı yatkınlığında bireysel farklılıkların ölçümü amaçlanmıştır. Çocuğun "genellikle" kendini nasıl hissettiğini işaretlemesi istenir.

Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Formu (CÖDÖ 28)

Conners öğretmen formunun ilk biçimi 39 soru içerirken, daha sonra geliştirilen kısa form ise 28 soru içermektedir. Her soru dörtlü Likert skalasında yanıtlanmaktadır (0: Hiçbir zaman, 1: Nadiren, 2: Sıklıkla, 3: Her zaman). Üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar; 8 soruluk dikkat eksikliği/edilginlik ölçeği, 7 soruluk hiperaktivite ölçeği ve 8 soruluk davranım sorunu alt ölçeğidir (Conners ve ark 1994). Şener ve arkadaşları (1995) yaptıkları çalışmada Türkçe CÖDÖ'nün geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu ve Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları'nı taramaya yönelik çalışmalarda kullanılabileceğini belirtmişlerdir (Şener ve Dereboy 1995).

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Esptein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Bulut (1989) tarafından ülkemize uyarlanmış olan Aile Değerlendirme Ölçeği çalışma ve kontrol grubuna uygulanmıştır. Aile Değerlendirme Ölçeği toplam 60 madde içermektedir ve Problem

Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler olarak 7 alt ölçek içermektedir. Bu alt ölçeklerden alınan 2'nin üzerindeki puanlar, bu alanlarda sorun bulunduğunu düşündürmektedir. Ölçeğin 12 yaşın üzerindeki tüm aile bireyelerine uygulanabileceği belirtilmektedir (Öner 1996)

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-R (WISC-R)

Wechsler tarafından geliştirilmiş olup Türkçe'ye uyarlaması Savaşır ve Şahin (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir. WISC-R sözel ve performans testi olup, 6-16 yaş arası çocuklara bireysel olarak uygulanır. Testin sözel bölümünün biri, performans bölümünün ise tümü sürelidir. Sözel ve performans becerileri içeren 12 alt testten oluşur. Sözel test; "genel bilgi", "benzerlikler", "aritmetik", "sözcük dağarcığı", "yargılama", "sayı dizisi" olarak 6 alt testten oluşur. Performans testi; "resim tamamlama", "resim düzenleme", "küplerle desen", "parça birleştirme", "şifre", "labirentler" olarak üzere 6 alt testten oluşmaktadır. Bu testin sayılar ve labirentler alt testleri yardımcı ek testlerdir.

Davranışçı Terapi

Davranışçı terapi uygulanan çocuklar ve aileleri eğitilerek, çocuğun sabah kahvaltısı ve akşam yemeklerinden 10-15 dakika sonra tuvalete oturması ve 10-15 dakika süreyle tuvalette kalarak barsaklarını boşaltmaya çalışması istendi. Ayrıca günün diğer zamanlarında da defekasyon ihtiyacı olduğu takdirde oyun ya da başka sebeplerle tuvalete gitmeyi ertelememesi vurgulandı. Özellikle anne babalarla inatlaşmayı engellemek için hatırlatıcı yöntemler ve ödüllendirme önerildi. 3 ay süreyle 2 haftada bir değerlendirilen hastalar her görüşmede verilen ödevler üzerinden çalışılarak tedavinin uygulanıp uygulanmadığı kontrol edildi. Aile içi ilişkiler, okul ve arkadaş ilişkileri ele alındı. Eş tanı konulan enkoprezisli çocuklar bu açıdan da değerlendirilerek davranışçı yaklaşımla çalışıldı.

İlaç Tedavisi

Trisiklik antidepresan grubundan olan imipramin çocuklara başlangıçta 25 mg/gün başlanarak, gerekli görüldüğünde en fazla 35 mg /gün olacak şekilde doz ayarlandı. Bu çocuklar 3 ay süreyle

ÖZDEMİR VE ARK.

iki haftada bir Çocuk Ruh Sağlığı Kliniği'nde aynı klinisyen tarafından görülerek yan etkiler ve etkinlik açısından değerlendirildi. Tedaviye iyi yanıt vermeyen hastaların başlangıçta belirtilen ölçülerde ilaç dozları artırıldı.

Kalın Barsak Boşalma Zamanı (KBBZ) Tekniği

Bouchoucha ve arkadaşları (1991) tarafından tanımlanmış olan "çoklu alım, tek film" tekniği uygulandı. Grafiler aynı yazar tarafından değerlendirilerek hesaplanan KBBZ sonuçları daha önceden bildirilmiş olan değerler ile karşılaştırıldı (Bautista ve ark. 1992).

Anorektal Manometri (ARM) Tekniği

Manometri çalışmaları, konusunda uzman bir teknisyen ve aynı yazar tarafından, çocuklara herhangi bir sakinleştirici madde verilmeden gerçekleştirildi. Tüm çocuklarla işlem sırasında tam bir uyum sağlandı. İşlem, "durağan teknik" olarak tanımlanan yöntem uygun bir şekilde yapıldı (Timmcke 1995) ve istirahat basıncı (İB), sıkma basıncı (SB), rektoanal inhibitör refleksi (RAİR), ilk dışkılama hissini oluşturan eşik hacim (EH) ve acil sıkışma hacmi (ASH) değerlendirildi. Sonuçlar aynı yazar tarafından değerlendirilerek önceden bildirilmiş olan normal değerlerle karşılaştırıldı (Loening-Baucke 1990).

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS Windows paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare, Mann Whitney U testlerinden yararlanılmıştır. Bütün istatistiksel testlerde en düşük anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

SONUÇLAR

Çalışmayı 7 kız (% 35), 13 erkek (% 65) olmak üzere toplam 20 çocuk ve aileleri tamamlamıştır. Hastaların yaş ortalaması 9.00 ± 2.55 (5 - 14 yaş) idi. Davranışçı ve ilaç tedavisi grupları arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hastalarla yapılan klinik görüşme ve psikometrik değerlendirmeler sonucunda 7 hastada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), 4 hastada Enürezis, 4 hastada Öğrenme Güçlüğü (ÖG) ve 2 hastada Mental Retardasyon (MR) (IQ < 70) eş tanıları konmuştur. MR tanısı konulan hastalara ve 7 yaşın altındakilere ÇDÖ ve ÇSKÖ verilmemiştir. Sadece klinik görüşmeyle değerlendirilmiştir. Davranışçı tedavi ve ilaç tedavisi grupları arasında eş tanılar açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çocukların depresyon ve anksiyete ölçeklerinin iki grup arasında karşılaştırılması Tablo1' de gösterilmiştir. İki çocuk depresyon ve anksiyete ölçeklerinden yüksek değerler alma-

Tablo 1: Çocukların Psikometrik Değerlendirilmesinin İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Psikometrik Testler	Ortalama \pm Standart Sapma		z	p
	Davranışçı Tedavi	İlaç Tedavisi		
ÇDÖ	8.45 \pm 6.75	7.55 \pm 1.94	-0.653	0.552
ÇSKÖ	27.45 \pm 7.46	24.22 \pm 5.47	-0.954	0.370
WISC-R Toplam	101.11 \pm 15.95	82.00 \pm 25.73	-0.606	0.601
ADÖ				
Problem Çözme	1.99 \pm 0.26	1.91 \pm 0.75	- 0.772	0.461
İletişim	1.77 \pm 0.26	1.63 \pm 0.51	- 0.257	0.808
Roller	2.03 \pm 0.43	1.89 \pm 0.46	- 1.872	0.073
Duygusal tepki verebilme	1.75 \pm 0.44	1.66 \pm 0.49	- 0.086	0.933
Gerekli ilgiyi gösterme	1.99 \pm 0.21	2.30 \pm 0.49	- 1.446	0.154
Davranış Kontrolü	1.91 \pm 0.32	1.87 \pm 0.48	- 0.342	0.808
Genel işlevler	1.84 \pm 0.43	1.86 \pm 0.68	- 0.600	0.570

ÇDÖ: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, ÇSKÖ: Çocuklar İçin Sürekli Kaygı Ölçeği, WISC-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği, ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği
Mann-Whitney U Testi

larına karşın ayrıntılı klinik görüşmeyle değerlendirildiklerinde majör depresyon ya da anksiyete bozukluğu düşünülmemiştir. Çocukların DK belirtilerinin başlama yaşı ortalama 6.88 ± 2.18 (5-12 yaş), bu belirtinin başlamasından tanı konana kadar geçen süre ise ortalama 2.92 ± 2.32 (1-8 yıl) olarak değerlendirilmiştir. Belirtilerin başlama yaşı ve tanı konana kadar geçen sürelerin ortalamaları açısından da iki grup arasında fark belirlenmemiştir. Hastaların % 35'ine (n=7) birincil enkoprezis, % 65'ine (n=13) ikincil enkoprezis tanısı konmuştur. Davranışçı terapi ve ilaç tedavisi enkoprezisin tipine göre karşılaştırıldıklarında seçkisiz yöntemle ayrılan bu iki grup arasında fark bulunamamıştır (Ki kare= 3.039, p= 0.081).

Çalışmaya alınan hastaların babalarının yaş ortalaması 39.65 ± 6.94 (33 -62 yaş), annelerin yaş ortalamaları 35.30 ± 4.47 (28 - 44 yaş) olarak değerlendirilmiştir. Babaların %15'i (n=3) ilköğretim, % 45 (n=9) lise, % 40'ı (n=8) üniversite mezunu, annelerin %30'u (n=6) ilköğretim, % 35'i (n=7) lise, % 35'i (n=7) üniversite mezunudur. Babaların 12'si memur (% 60), 5'i (% 25) serbest meslek

sahibi, 1'i (% 5) işçi, 2'si (% 10) emekliken, 20 annenin 9'u (% 45) ev hanımı, 11'i (% 55) tam zamanlı bir işte çalışmaktadır. Çocukların aile yapılarına bakıldığında bir çocuğun geniş ailesi ve bir çocuğun anne-babasının boşanmış olmasının dışında hepsinin ailesi çekirdek aile yapısındadır. Çocukların aile öykülerinde % 20 (n= 4) psikiyatrik hastalık olduğu öğrenilmiştir. İki hastanın babasının ve bir hastanın annesinin geçmişte depresyon tanısı aldığı, hastalardan birinin kardeşinin DEHB tanısıyla izlendiği belirlenmiştir. Aile Değerlendirme Ölçeği'nin alt testleri açısından iki grubun karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçları Tablo 1'de verilmiştir (p>0.05). Annelerin doldurduğu Aile Değerlendirme Ölçeği'nin alt testlerinin ortalamaları grubun genelinde bakıldığında 2.00'ye çok yakın olmakla birlikte sadece "Gerekli ilgiyi gösterme" ortalaması 2.00'in üzerinde bulunmuştur ve sorunlu alan olarak değerlendirilmiştir [ort ± ss(min-max) = 2.09 ± 0.34 (1.66-2.86)]. Çalışmaya alınan hastaların özelinde değerlendirildiğinde ailenin işlevinde farklı alanlarda 2'nin üzerinde değer aldıkları ve sorunlar olduğu görüldü.

Tablo 2: Enkoprezisi Olan 20 Çocuğun Yaş, Cinsiyet, Enkoprezis Tipi, Boşalma Zamanı, Tedavisi ve Tedaviye Cevabı

Yaş	Cinsiyet	Tip	Eş Tanı	KBBZ	Tedavi	Tedaviye Cevap
5	E	Birincil	MR, Enürezis s, DEHB	N	İT	negatif
6	K	Birincil	DEHB, Enürezis	N	İT	negatif
7	K	Birincil	MR	N	İT	negatif
8	K	İkincil	ÖG,DEHB	N	İT	negatif
11	E	Birincil	ÖG	uzun	İT	pozitif
5	K	Birincil	-	N	İT	pozitif
12	E	İkincil	DEHB	uzun	İT	pozitif
7	E	İkincil	-	N	İT	pozitif
8	K	İkincil	-	N	İT	pozitif
10	E	Birincil	ÖG,DEHB	N	DT	negatif
14	E	İkincil	-	N	DT	negatif
13	E	İkincil	-	uzun	DT	negatif
12	E	İkincil	DEHB	N	DT	negatif
9	E	Birincil	-	N	DT	negatif
9	E	İkincil	-	N	DT	pozitif
9	E	İkincil	-	uzun	DT	pozitif
11	K	İkincil	ÖG,DEHB	N	DT	pozitif
8	E	İkincil	Enürezis	uzun	DT	pozitif
7	K	İkincil	-	uzun	DT	pozitif
9	E	İkincil	Enürezis	N	DT	pozitif

KBBZ: Kalın Barsak Boşalma Zamanı, E: Erkek, K: Kız, MR: Mental Retardasyon, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ÖG: Öğrenme Güçlüğü, DT: Davranışçı Terapi, İT: İlaç Tedavisi

ÖZDEMİR VE ARK.

Kalın Barsak Boşalma Zamanı (KBBZ) değerlendirilen 20 hastanın 6'sında (% 30) barsak boşalma zamanının uzamış olduğu belirlenmiştir. Bu olgular Tablo 2'de gösterilmiştir. İki grup arasında kalın barsak boşalma zamanlarında da fark görülmemiştir ($p>0.05$)(Tablo 3).

Anal manometride olguların eşik hacimlerinin ortalaması yazın bilgisine göre daha yüksek değerlendirilmiştir. 5 çocuğun (% 25) eşik hacmi yüksektir. Anal manometri sonuçları davranışçı ve ilaç tedavisi alan iki grup arasında karşılaştırıldığında ortalama istirahat basıncının davranışçı terapi alan grupta ilaç tedavisi alan gruba göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($z = -2.446$, $p = 0.014$) (Tablo 3). Ancak davranışçı terapi ve ilaç tedavisi karşılaştırıldıklarında seçkisiz yöntemle ayrılan bu iki grup arasında çocukların tedaviye yanıtı açısından fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde 3 ay tedavi alan çocukların tedaviye yanıtları anorektal monometri sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. Sadece istirahat basıncında gruplar arasında önemli farklılık görülmüştür ($z = -2.219$, $p = 0.027$). Tedaviye yanıt vermeyen grupta anorektal manometri değerlendirmesinde yanıt veren gruba göre ortalama istirahat basıncının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4). Yine iki grup karşılaştırıldığında psikometrik testlerden tüm zeka puanının yanıt veren grupta anlamlı yüksek olduğu görülmüştür ($z = -2.649$, $p = 0.008$).

TARTIŞMA

Enkoprezisi olan hastaların tuvalet eğitimi, davranış terapisi, farmakolojik ve fizyopatolojiye yönelik yaklaşımlara % 80 yanıt verdiği bildirilmiştir (Rasquin-Weber ve ark. 1999). Biz bu çalışmada küçük bir örneklem grubunda enkoprezis hastalarını değerlendirirken çok fazla değişkenin göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünerek hastaları biyopsikososyal açılardan değerlendirdik. Bizim çalışmamızda klinik değerlendirmede ve psikometrik değerlendirmede Major Depresyon ya da Anksiyete Bozukluğu bulunmamıştır ancak psikiyatrik eş tanıları özellikle de DEHB (% 35) ve Enürezis (% 20) yazın bilgisine benzer oranlarda görülmüştür (Mikkelsen 2001 , Mikkelsen 1996). Çalışmaya alınan hastaların % 55'inde bir ya da daha fazla eş tanı konmakla birlikte yazın bilgisinde bildirilenin aksine enkoprezisin birincil ya da ikincil olmasıyla eş tanı dağılımı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada enkoprezis tanısı alan çocuklarda en az bir eş tanı alma oranı % 74.1 olduğu ve birincil enkoprezisin eş tanı alma oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Ünal ve Pehlivan Türk 2004). Örneklem grubunun küçüklüğü sonuçların farklılığının nedeni olabileceği düşünülmüştür. Çalışmaya alınan hastaların dışkı kaçırmaya belirtileri ortalama başlama yaşı 6.88 ± 2.18 (5-12 yaş) ve belirtiler başladıktan sonra tanı konana kadar geçen ortalama süre 2.92 ± 2.32 (1-8 yıl) olarak değerlendirildi ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumlu bulundu (Ünal ve Pehlivan Türk 2005). Çalışmamızda annelerin

Tablo 3: Kalın Barsak Boşalma Zamanı'nın (KBBZ) ve Anorektal Manometri Sonuçlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

KBBZ	Ortalama \pm Standart Sapma		z	p
	Davranışçı Tedavi	İlaç Tedavisi		
Sağ Kolon	7.90 \pm 5.46	6.88 \pm 5.62	-0.612	0.552
Sol Kolon	9.90 \pm 15.41	6.00 \pm 6.61	-0.427	0.710
Rektosigmoid	23.21 \pm 15.23	19.33 \pm 17.93	-0.798	0.456
Tüm Kolon	40.58 \pm 19.22	30.00 \pm 20.37	-1.521	0.131
Anorektal Manometri				
İstirahat Basıncı	73.60 \pm 32.22	47.14 \pm 10.94	-2.446	0.014*
Sıkma Basıncı	203.00 \pm 26.11	172.85 \pm 68.06	-1.123	0.270
Eşik Hacmi	28.88 \pm 14.52	22.85 \pm 11.12	-0.767	0.470
Acil Dışkılama Hacmi	115.55 \pm 40.96	90.00 \pm 19.14	-0.983	0.351

Mann-Whitney U Testi

* $p < 0.05$

Tablo 4: Tedaviye Yanıt Veren ve Yanıt Vermeyen İki Grubun Psikometrik Testler, Kalın Barsak Boşalma Zamanı ve Anorektal Manometri Sonuçlarının Karşılaştırması

Psikometrik Testler	Ortalama ± Standart Sapma		z	p
	Tedaviye Yanıt (-)	Tedaviye Yanıt (+)		
ÇDÖ	9.44 ± 7.36	6.90 ± 1.57	-0.538	0.591
ÇSKÖ	28.33 ± 7.68	24.09 ± 5.35	-1.221	0.222
WISC-R Toplam	79.16 ± 19.87	105.62 ± 14.54	-2.649	0.008*
KBBZ				
Sağ Kolon	10.00 ± 5.22	5.36 ± 4.82	-1.912	0.056
Sol Kolon	4.88 ± 5.79	10.81 ± 15.36	-0.777	0.437
Rektosigmoid	20.00 ± 14.08	22.67 ± 18.28	-0.190	0.849
Tüm Kolon	32.66 ± 12.45	38.40 ± 24.83	-0.646	0.518
Anorektal Manometri				
İstirahat Basıncı	77.75 ± 33.53	49.33 ± 14.38	-2.219	0.027*
Sıkma Basıncı	197.87 ± 51.95	184.11 ± 47.40	-0.193	0.847
Eşik Hacmi	28.75 ± 16.42	23.75 ± 9.16	-0.489	0.625
Acil Dışkılama Hacmi	113.75 ± 38.89	95.00 ± 29.76	-0.975	0.330

Mann-Whitney U Testi

* p< 0.05

doldurduğu ADÖ'nün alt testlerinde ve ailenin genel işlevinde sorunlar olduğu görülmekle birlikte sadece "Gerekli İlgiyi Verebilme" alt testinin ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastaların özelinde değerlendirildiğinde ailenin işlevinde farklı alanlarda sorunlar olduğu görüldü. Bu sonuçlar DK belirtisiyle getirilen hastanın çok yönlü ve bütüncül olarak ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Birçok çalışmada enkoprezisi olan çocuklarda davranışçı yaklaşımın yanında imipraminle olan farmakolojik tedaviyi birlikte kullanmanın yararlı bulunduğu bildirilmiştir (Dossetor ve ark. 1998, Geormaneau ve Voiculescu 1980, Jenike ve ark. 1987). Biz bu çalışmada enkoprezisi olan çocukları seçkisiz iki gruba ayırdık ve her bir gruba ilaç ya da davranışçı terapi uyguladık. Çalışma sonuçlarımız bu iki yaklaşımın birbirine üstünlüğü olmadığını gösterdi. İmipramin tedavisi verdiğimiz gruba hiçbir öneride bulunmamamıza karşın davranışçı terapideki sıklıkla klinik düzelmeyi ve yan etkiyi değerlendirmemiz ailenin ve çocuğun tedavi ekibinden aldığı destek açısından karıştırmacı etken olmuş olabilir. Bu tür çalışmalara üçüncü bir grup olarak ilaç ve davranışçı terapinin birlikte uygulandığı grubun eklenmesinin önemli olacağı düşünüldü. Çalışmamızda tedavi yakla-

şımından sadece biri uygulandığında gruplar arasında fark görülmedi. Çalışma grubu tümüyle değerlendirildiğinde tedaviye yanıt % 55 olarak bulundu. Bu oran yazın bilgisinde bildirilenlere göre düşük bir yanıt olmasına karşın gruplara sadece bir tedavi yaklaşımın uygulandığı düşünüldüğünde bu sonuç şaşırtıcı değildir (Rasquin-Weber ve ark. 1999).

Enkoprezisde en iyi paradigma biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkilerini değerlendirerek oluşturulur. Çocuklarda enkoprezis belirtisi çok geniş bir grup psikolojik ve/veya biyolojik bozuklukların görünümü olarak karşımıza çıkabilir (Loening-Baucke 1996, Mikkelsen 1996, Loening-Baucke 2004). Çalışmamızda enkoprezisi olan çocukların % 30'unda KBBZ uzamış olarak değerlendirilmiştir. Yani bu grup retansif enkoprezis tipindeydi. Ancak bu grup hastaların tedaviye yanıtlarında retansif olmayan gruba göre anlamlı bir fark görülmemiştir. Yazın bilgisinde de kronik konstipasyon ve retansif tip enkoprezisi olan hastalarda yapılan karşılaştırılmalı çalışmalarda kontrol grubuna göre KBBZ uzun olduğu bildirilmiştir (Benninga ve ark. 2004). Ancak tedaviye yanıt verme açısından KBBZ'nin etkisini gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada imipramin tedavisi, hem normal sınırlarda hem

de uzun KBBZ olan çocuklarda iyi yönde etki göstermiştir. Şimdiye kadar ki çalışmalarla karşılaştırıldığında bu sonuç uzun KBBZ'lı çocuklar için şaşırtıcıdır. Etki mekanizması düşünüldüğünde bu çocuklarda imipraminin KBBZ'yi daha da uzatması beklenecektir. Çalışma sonunda tekrar ölçüm yapılmadığı için uzamış KBBZ'lerinde bir kısalma olup olmadığı hakkında yorum yapamayız. Ancak, haftalık dışkılama sayısının etkilenmemesine karşın DK sayısının azalması en azından iyi yönde bir değişiklik olduğu sonucunu doğurmaktadır. İmipraminin bu çocuklarda kaygı azaltıcı etkisi ile tedaviye uyumu artırdığı, antikolinergik etkisinin tedaviye yanıtı gölgelemediği düşünülebilir. Bizim çalışmamız, trisiklik antidepressanların daha çok dışkı birikimi ile olmayan enkoprezisler için uygun olduğunu öne süren yazarları desteklememektedir (Mikkelsen 2001).

Çocuk Cerrahisi kliniğinde yapılan Anorektal Fonksiyon Testleri bazı çocuklarda bozuk olarak değerlendirilmiştir. Çalışma grubumuzda çocukların % 25'inde eşik hacmi yüksek olarak bulunmuştur, yani bu çocukların ilk dışkılama hisleri normalden daha geç oluyordu. Bu sonuçlar retansif tip enkoprezis ve çocuklarda görülen süregen konstipasyonda yapılan anorektal fonksiyon çalışmalarıyla uyumludur (Benninga ve ark. 1993). Anorektal manometri istirahat basınçları internal ve eksternal anal sfinkter tonik aktivitesini gösterir. Bazı çalışmalarda tedaviye dirençli enkoprezislerde Basınç Biofeedback (BF) tedavi sonrası en yüksek anal kanal istirahat basıncında anlamlı azalma sağlanarak ilk dışkılamanın külotu kaçırılmasından sonra çocuğun dışkısının geri kalan kısmını rektum içinde tutmak için eksternal anal sfinkteri bilinç dışı olarak kontrakte etmesine bağlı edinilmiş bir kontrol mekanizması sağlandığı bildirilmektedir. BF tedavisi ile normal defekasyon dinamikleri öğretilen çocuklarda uygun olmayan kontraksiyonun düzeldiği gösterilmiştir (Tüzün ve ark. 2005). Çalışmamızda tedaviye dirençli olan grupta anorektal manometri istirahat basıncı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Davranışçı ve ilaç tedavisi alan iki grup karşılaştırıldığında ise davranışçı tedavi alan grupta istirahat basıncı yüksek olarak bulunmuştur. Anorektal manometride davranışçı tedavi uygulanan grupta istirahat basıncının diğer gruba oranla yüksek olması davranışçı tedaviden yararlanımı olumsuz etkilediği düşünülmüştür. Tedaviye dirençli enkoprezis hastalarının alternatif tedavilerden yararlandığını

görüyoruz. Hastalığın fizyopatolojisini araştıran değerlendirmelerin yapılması ve tedavide klinikler arası işbirliği gerekli görülmektedir.

Bu çalışma küçük bir örnekleme yapılmış olup, ön çalışma niteliği taşımaktadır. Bulguların bu açıdan genellenmesi yanıltıcı olabileceğinden daha geniş bir örnekleme tekrarlanması bu alandaki bir çok sorunun yanıtlanabileceğini düşündürmüştür. Enkoprezis tanısı alan çocuklarla yapılan çalışmalarda karıştırıcı etkenlerin çokluğu ve bunların çalışmanın sonuçlarının güvenilirliğini azalttığı dikkat çekicidir. Bu çalışmada eş tanuların çokluğu, ilaç tedavisi almasına karşın MR eş tanısı olan hastaların dışlamaması, ilaç tedavisinin sabit doz aralığında uygulanmış olması ve örneklemin küçüklüğü sonuçların değerlendirilmesinde sınırlayıcı olmuştur. Çalışmada davranışçı tedavi ile ilaç tedavisi arasında tedaviye yanıt açısından fark görülmemiştir. Ancak bu çalışmaya iki yaklaşımın birlikte uygulandığı üçüncü bir grubun alınmasının daha çok yol gösterici olabileceği düşünülmüştür. Enkoprezisli çocuklarda farklı disiplinlerde farklı yaklaşımların uygulanması ve bu çocuklarda biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunların bir arada bulunması tedaviye yanıtı zorlaştırmakta ve hastalık süresini uzatmaktadır. Enkoprezisde çocukların tedaviye yanıtının artması için multidisipliner yaklaşımı içeren tedavi modellerinin geliştirilmesi için çalışmalar yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) DSM-IV Mental bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı. Dördüncü baskı, (çev.ed Köroğlu E) Hekimler yayın birliği, Ankara.

Bautista CA, Varela CA, Villanueva J ve ark. (1991) Measurement of colonic transit time in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 13:42.

Benninga MA, Büller HA, Tamiriau JA (1993) Biofeedback training in chronic constipation. *Arch Dis Child* 68:126.

Benninga MA, Voskuyl V, Akkerhuis G W ve ark. (2004) Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders. *Arch Dis Child* 89:13.

Bouchoucha M, Devroede G, Arhan P ve ark. (1992) What is the meaning of colonic transit time measurement? *Dis Colon Rectum* 35:773.

Bulut M, Tekant G (1991) Encopretic children: experience with fifty cases. *Turk J Pediatr* 27:35-46.

Chaney CA (1995) A collaborative protocol for enkopresis management in school-aged children. *J Sch Health* 65:360-364.

- Conners CK (1994) Conners abbreviated symptom questionnaire. North Tonawanda NY, Multi Health Systems.
- Doğanrı T, Acun C, Yaşar Z ve ark. (2001) Kronik kabızlığı olan 71 vakanın değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 44:226-230.
- Dossetor D, Stiefel I, Gomes L ve ark. (1998) A case of predominantly nocturnal soiling treated with amitriptyline. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 7:114-118.
- Geormaneau M, Voiculescu V (1980) Treatment of encopresis with imipramine. *Neurol Psychiatr* 18:209-210.
- Hackett R, Hackett L, Bhakta P ve ark. (2001) Enuresis and encopresis in a South Indian population of children. *Child Care Health Dev* 27:35-46.
- Jenike M, Vitagliano H, Rabinowitz J ve ark. (1987) Bowel obsessions responsive to tricyclic antidepressants in four patients. *Am J Psychiatry* 144:1347-1348.
- Loening-Baucke V (1990) Modulation of abnormal defecation dynamics by biofeedback treatment in chronically constipated children with encopresis. *J Pediatr* 116:214-222.
- Loening-Baucke V (1995) Biofeedback treatment for chronic constipation and encopresis in childhood: long-term outcome. *Pediatrics* 96:105-110.
- Loening-Baucke V (1996) Encopresis and soiling. *Pediatr Clin N Am* 43:278-298.
- Loening-Baucke V (2004) Functional fecal retention with encopresis in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 38:79-84.
- Mikkelsen EJ (1996) Modern approaches to enuresis and encopresis. *Child and Adolesc Psychiatry içinde*, Lewis M (ed) Williams & Wilkins, Baltimore, s:593-601.
- Mikkelsen EJ (2001) Enuresis and encopresis: ten years of progress. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1146-1158.
- Öner N (1996) Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, 2. basım, Boğaziçi Üniversitesi yayınları, İstanbul.
- Öy B (1991) Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2:132-136.
- Özusta ř (1993) Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S ve ark. (1999) Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 45:60-68.
- Rockney RM, McQuade WH, Days AL ve ark. (1996) Encopresis treatment outcome: long-term follow up 45 cases. *J Dev Behav Pediatr* 17:380-385.
- Savaşır I, Şahin N (1995) Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) 'nin Türkçe çevirisi ve uyarlaması. *Türk Psikologlar Derneği yayınları*.
- Şener ř, Derebey İF (1995) Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2:131-141.
- Timmcke AE (1995) Methodology and applications of water perfusion anal manometry. *Practical Guide to Anorectal Testing 2*, baskı içinde, Smith LE (ed) Igaku-Shoin, New York, s:27.
- Tüzün Ç, Tıkız C, Ünlü Z ve ark. (2005) Standart tedavilere dirençli enkoprezisli çocuklarda davranış düzenleme programı ve basuñ biofeedback yöntemi etkinliği. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi* 51:103-107.
- Ünal F, Pehlivan Türk B (2005) Encopresis: long-term clinical outcome of 67 cases, *Turk J Pediatrics* 47:53-57.
- Ünal F, Pehlivan Türk B (2004) Comorbid psychiatric disorders in 201 cases of encopresis. *Turk J Pediatrics* 46:350-353.