

אנקופרזיס – סקירת ספרות

תמי רונן*

תופעת האנקופרזיס שכיחה בקרב ילדים בני 4–14, ובכל זאת, לא זכתה התופעה לתשומת לב מרובה והמידע עליה מועט. התופעה מלווה ברגשי אשם, בושה ותסכול, ולכן נמנעים הורים מלפנות לטיפול ואילו מטפלים מתחמקים מלטפל בתופעה. כתוצאה מכך מחריפה התופעה וסבלם של הילד ובני משפחתו רב. מטרת המאמר לסקור אינפורמציה רלוונטית, אשר תספק תמונה מקיפה על התופעה, שכיחותה, דפוסייה, מאפייניה ושיטות הטיפול המקובלות בה. פתיחת נושא זה לפני הורים ומטפלים תאפשר שינוי עמדות, איתור מוקדם וטיפול נכון, אשר ימנע את התפתחות הסימפטום כבר בשלביו הראשונים, בטוהם יהפוך להרגל ויתלו לו סימפטומים נוספים. אימפליקציה נוספת – הדרכת הורים בחינוך נכון לניקיון בגיל הרך.

את התופעה הזכיר לראשונה פאולר ב־1882 בהתייחסו להתלככות ילד בן שבע, אשר הוריו כפו עליו תכנית לימודים נוקשה במיוחד. את המונח עצמו טבע ב־1926 ויזנברג, שהתייחס לסימפטום פיזיולוגי, המבטא בעיות רגשיות (Anthony, 1957). האנקופרזיס, על אף שכיחותו הגבוהה, לא זכה לתשומת הלב לה זכו תופעות אחרות, כמו: הרטבה, גמגום, טיקים וכו' (Doleys, 1979). מטפלים, בני אסכולות שונות, אינם להוטים לטפל בנושא ומפגינים חוסר תקווה וחוסר רצון (Schafer, 1979). אצל הילד גורמת התופעה לגיחוך ובושה. אצל ההורים היא מעוררת גועל ואשמה, היא מביכה חברי משפחה, מטרידה מחנכים ומטפלים ולעתים אף גורמת להרחקת הילד מהחברה.

הגדרה

העברת צואה בכל כמות שהיא באופן קבוע לבגדים, או למקומות אחרים לא מתאימים בהעדר פתולוגיה אורגנית ולאחר גיל שלוש (Doleys, 1979).

* ד"ר תמי רונן, מרצה בבית הספר לעבודה סוציאלית על שם בוב שאפל, אוניברסיטת תל אביב.

ילדים אנקופרטים מתחלקים לשתי קבוצות עיקריות. האחת – ילדים אשר ההתלככות שלהם מופיעה לאחר תקופות ארוכות של עצירות (יכוננו בהמשך – המתאפקים) והשניה – ילדים שההתלככות שלהם היא התנהגות יום יומית, הקשורה לסירובם לשבת בשירותים (יכוננו בהמשך – המלכלכים). אנתוני (Anthony, 1957) מסביר את השוני בין שני הטיפוסים:

המתאפק – ילד שעבר אימון קיצוני לניקיון. במשך תקופה קצרה, תוך כדי מאבק יום יומי בינו לבין האם, הראה הילד שליטה מדומה במעיים. הלחץ, שמפעילה האם על הילד להתרוקן באופן סדיר, מחזק את התנגדותו של הילד ליציאות, והנושא הופך להיות מוקד ביחסייהם. הילד מתאפק ימים רבים ומפתח עצירות ממושכת. האם מודאגת ומשתמשת בנרות, חוקנים ומשלשלים. כתוצאה מכך, העצירות משתחררות והילד מלכלך. האם משוכנעת, שמדובר בבעיה אורגנית, לוקחת את הילד לרופאים רבים ודורשת בדיקות מסובכות. הבדיקות, מכאיבות ומחזקות את התנגדותו של הילד להתרוקן. אצל ילד כזה ההתלככות היא מעין "הרע במיעוטו". הפנייה לטיפול באה עקב התלככות, אך ההתערבות מתמקדת בבעיית העצירות, שכן ההתלככות נתפשת כתוצאה של עצירות.

המלכלך – ילד זה אינו סובל מקשיים בזמן ההתרוקנות, אולם הוא מסרב לשבת בשירותים. הוא מתלכלך פעמים מספר במשך היום בכמות קטנה בכל פעם, ובדרך כלל בשעות אחר הצהריים (לא בבית הספר ולא בלילה). סוג זה קשור בדרך כלל לפחד מפני הישיבה על האסלה או מסיבות אחרות. פעמים רבות מלכלך הילד במתכוון גם אם ביכולתו לשלוט על צרכיו. לסוג זה של אנקופרוזיס, הפרוגנוזה הטובה ביותר. לאחר טיפול ייגמל הילד מהר, ולא יפתח סימפטומים חלופיים (Doleys, 1979).

דרך נוספת להבחין בין טיפוסי אנקופרטים היא ראשוניות לעומת שניוניות (רגרסיבי).

הילד הראשוני: אנתוני (Anthony, 1957), מתאר ילד בן המעמד הנמוך. למשפחה היסטוריה ארוכה של הרטבה ואנקופרוזיס, והתנהגות זו נסבלת במשפחה. ההורים פונים לטיפול רק לאחר לחץ קשה מצד המוסדות המפנים, מגלים עוינות, ומתקשים לספק אינפורמציה מהימנה. הילד סובל מיציאות מועטות מדי, מלכלך ללא רגשות אשמה, בושא או גועל, ולעתים אף מורח את הצואה סביבו.

עם התבגרותו של הילד, פוחתת עוצמת הבעיה, אך מתעוררת אגרסיביות, הילד נשאר אימפולסיבי וילדותי. קיים סיכוי רב, שילד אנקופרטי יגדל בבגרותו ילדים אנקופרטים (Schafer, 1979).

הילד השניוני: מדובר בילד שהיה נקי שישה חודשים לפחות, ולאחר מכן חזר ללכלך. אנתוני (Anthony, 1957) מתאר את הילד כקומפולסיבי, בן למשפחה קומפולסיבית, מופנם, עצור, רואה בתופעה סוד נוראי המעורר בו רגשות מעורבים של אשמה וחרדה. הילד מתגונן כל הזמן ולכן מקשה על הטיפול בו. ההורים נוטים להסביר את התופעה כפעולה הנובעת מעצלות. עם התבגרותו, בולטת יותר הנוקשות והוא מפתח ריטואלים אובססיביים קומפולסיביים. לילד כזה אם נוקשה וסמכותית. עולמה מחולק באופן

דיכטומי לטוב, שהוא נקי ומסודר, ולרע, שהוא מלוכלך ומבולגן. ההתלככות מזהה את הילד עם דמות הרע והוא הופך שער לעזאזל במשפחתו.

אפידמיולוגיה ומאפיינים

שכיחות התופעה — כשלושה אחוזים מהאוכלוסייה לוקים באנקופרזיס (ללא הבחנה בין הסוגים השונים) (Levine, 1975; Doleys, 1979; Yeates, 1979). הנתונים מבוססים על פניות לטיפול בקליניקות פסיכיאטריות. מכאן יש לשער, שהשכיחות גבוהה יותר, ורכים אינם מרווחים.

גיל — בלמן (Bellman, 1966), מדגיש, שהגיל שבו נחשבת הבעיה לפתולוגית, תלוי בגורמות החברתיות. ישנם הרואים אנקופרזיס כבעייתי כבר בגיל שנתיים (Bakwin, 1956) ואילו אחרים מציינים את גיל ארבע, כגיל שבו הילד חייב להיות נקי. התופעה קיימת בגילאים של 4–13, וממוצע גיל האנקופרטים הוא 7.4 שנים (Levine, 1975). אין נתונים על ילדים אנקופרטים מעל גיל 13, אם בשל הבושה לפנות לטיפול או מפני שהילד "גדל מתוך הסימפטום" ומפסיק ללכלך אף ללא התערבות מקצועית.

מין — התופעה נפוצה יותר בקרב בנים מאשר בקרב בנות, והיחס הוא 1:3. הבנים האנקופרטים הם מטיפוס המלכלכים ואילו הבנות הן מסוג המתאפקות.

מיקום במשפחה — רוב האנקופרטים הם בנים בכורים (Freeman, 1978).

סוגי אנקופרזיס — 39 אחוזים מהאנקופרטים הם ראשוניים, והשאר הם שניוניים (Levine, 1975; Doleys, 1979). אין נתונים מדויקים על החלוקה בין מתאפקים למלכלכים (נוסף למה שהוצג בסעיף העוסק במין הילד).

החלמה ספונטנית — לקראת גיל ההתבגרות גדל הילד, בדרך כלל, מתוך הסימפטום, ומפסיק ללכלך גם ללא טיפול (Wright, 1975).

שפר (Schafer, 1979) מדווח, ש־28% מהאנקופרטים נגמלים באופן ספונטאני ללא התערבות מקצועית.

היסטוריה משפחתית — הספרות מציגה את הילד הסובל מאנקופרזיס ראשוני כבן להורים, שסבלו אף הם מהתופעה. אולם, אין נתונים מחקרניים מדויקים על כך שכן, משפחות רבות מתביישות בתופעה ולא מרווחות עליה. אנתוני (Anthony, 1957) קושר את האנקופרזיס לרקע חברתי בעייתי, לגירושין ופרידה במשפחות.

בעיות נילוות — DSM III (1980) מציין, ש־30% מהאנקופרטים גם מרטיבים. הוא מדווח של־30% יש בעיות, כמו: קומפולסיות, בידוד חברתי, או הישגים אקדמיים נמוכים.

קשר בין אנקופרזיס להרטבה — תופעות אלו, על אף שהן מוזכרות פעמים רבות יחד, שונות זו מזו. האנקופרזיס נחשב לתופעה קשה יותר ושכיחה פחות מהרטבה. שתי התופעות אינן תלויות זו בזו והפחתת האחת אינה משפיעה על השניה.

התפתחות השליטה על מכניזם ההתרוקנות

תינוק מתרוקן ברגע שהוא מתמלא. השליטה על מכניזם ההתרוקנות היא אחת ההתנהגויות המסובכות ביותר הנדרשות מהילד. דרישה זו עולה כשעה, שהילד עדיין אינו שולט כראוי בשפה. עם זאת, עליו ללמוד לבטא את צרכיו באופן מילולי (Dollard & Miller, 1950). עליו לפתח רגישות לגרויים פנימיים, לרמוז לאם שיש ברצונו להתרוקן, לדחות את הרחף המידי להתרוקן ולעשות זאת רק במקום, שהחברה קבעה (Anthony, 1957).

הילד תלוי באם. עליה לקרוא את הסימנים שהוא מעביר לה ולקחת אותו לשירותים. צורת החינוך לניקיון, דפוס האימון ומצב בשלותו של הילד בזמן החינוך, הם גורמים מרכזיים המשפיעים על יכולתו לרכוש דפוסי ניקיון נאותים או לחילופין לפתח בעיות הקשורות ליציאותיו בשלבים מאוחרים יותר.

תהליך ההתרוקנות מתבצע בעזרת סדרת התכווצויות, המעבירות את הצואה לתעלה האנלית ומשם אל הרקטום. ניתן לדחות את הרחף להתרוקן מספר פעמים, אבל התאפקות ממושכת מדי גורמת שנוזל הצואה נספג חזרה בגוף, והצואה מתקשה ומצטברת ברקטום. כמצב כזה השרירים אינם יכולים להתכווץ ולהעביר את הצואה הלאה. לאורך זמן, גורמת ההתאפקות לאבדן הרגישות ולאבדן היכולת לזהות לחץ וגרוי ליציאה (Freeman, 1978).

התאפקות במשך תקופה ארוכה, משמעותה אי הפעלת שרירי המעי הגס והיא פוגמת בגמישותם. השימוש במרככים ומשלשלים תורם אף הוא לגיוון השריר והילד מפתח עצירות כרונית (Freeman, 1978).

הסברים ושיטות טיפול

דרכי הטיפול באנקופרזיס כוללות טיפול רפואי או טיפול פסיכוסוציאלי.

הגישה הרפואית

הרפואה רואה באנקופרזיס דפוסי יציאות לא נורמלים של ילדים. לרפואה מספר הסברים לתופעה:

1. גורמים פיזיים אורגניים

קיימות מחלות פיזיות, הגורמות לילד ללכלך. המחלות הן מגקולון ניאורוגני, או מחלת הירשפרונג, והן גורמות להעדר התכווצויות, הדוחפות את הצואה מהמעיים לכיוון הרקטום. ילדים חולים במחלות אלו, סובלים מעצירות מתמשכת, וכאשר הם מתרוקנים סוף סוף, קיבתם קשה ויבשה והם מתלכלכים. ההתלכלכות אצלם היא תופעת לוואי בלבד. במקרה זה אין מטפלים באנקופרזיס והבעיה נפתרת לאחר התערבות כירורגית.

לעתים נובע האנקופרזיס מהיצרות של שריר האנוס, אשר אינו מאפשר לצואה לעבור דרכו. בשל הפתח הצר, קשה לילד להתרוקן בצורה מלאה והוא מלכלך פעמים רבות במשך היום בכמות קטנה מאוד. הרחבת שריר האנוס היא פעולה פשוטה מאוד, והרופא יכול לפתור מיד לאחר שאיתר את הבעיה.

2. תזונה לא נכונה

יש מקרים שלילד אין מחלה פיזית כלשהי ובכל זאת לאחר תקופת ארוכות של עצירות הילד מלכלך. במקרים אלו תולה הרפואה את הבעיה בעצירות מתמשכת, אשר גרמה אצל הילד לשתי בעיות – האחת פחד מהתרוקנות, והשנייה – אובדן גמישות שרירי המעי הגס. במקרה זה מתמקד הטיפול הרפואי בתזונה נכונה שמטרתה למנוע התקשות הצואה מחד, ושלושלים מאידך. ההנחה היא, שלאחר תקופה מתמשכת של יציאות רכות יפסיק הילד לפחד ויהיה מוכן לשבת בשירותים ולוותר על לכלוך במכנסיו.

3. ריבוי מרככים ומשלשלים

ילד, המקבל תרופות לריכוך הקיבה או להתקשותה, מתרגל להסתמך עליהן, מפסיק להפעיל את שרירי המעי הגס ולהתאמץ. השריר מתנוון והילד שוב אינו יכול להתרוקן במלואו ללא עזרת חומרים מלאכותיים והתוצאה – התלכלכות קבועה.

דרך ההתערבות

הרפואה מטפלת בתופעה כהתאם לגישה נורו-התפתחותית. בשלב ראשון כודקים את המעיים ביסודיות, ואת תפקוד המכניזמים האנטומיים-פיזיולוגיים. אם נשללו הליקויים האורגניים, מתמקד הטיפול בשימוש במשלשלים, במרככים, בחוקנים או בנרות ומשלב אותם בדיאטה נכונה. לעתים מומלץ להשתמש בתרופות, כמו: אימפרמין, טופרניל ואנטי-דפרסנטים (Nisley, 1976). דווידסון ועמיתיו (Davidson, et. al., 1963) חקרו 119 אנקופרטים וכנו תכנית טיפול בת שלושה שלבים:

שלב ראשון – בניית תכנית אימון לפעולת מעיים תקינה. שימוש קבוע במשך חודש בחוקנים ובמרככים על-מנת ליצור הרגל של יציאות קבועות. שלב שני – הפסקה הדרגתית של התרופות (במשך חודשיים) ונסיון לשמור על יציאות קבועות. שלב שלישי – ייעוץ להורים כיצד למנוע התפתחות התופעה בעתיד.

הערכת הגישה

הבדיקות הרפואיות הן שלב ראשון והכרחי בכל התערבות בתופעת האנקופרוזיס. קיימים מקרים, שבהם ההתערבות הרפואית מצליחה להפחית את התופעה, בעיקר כאשר קיים בסיס אורגני להתלכלכות.

טיפול הרפואי חסרונות בשלושה תחומים: א. השפעת התרופות על התפתחות הילד; ב. מקומה של המשפחה בהיווצרות הבעיה ובשימורה; ג. תמיכה מחקרית ביעילות הגישה.

החסרון הראשון מקורו בטיפול התרופתי עצמו – שימוש ממושך במרככים ומשלשלים, עלול לפגוע ביכולתו של הילד להתרוקן בכוחות עצמו, וליצור תלות בתרופות. יש לזכור, שמדובר בילדים בתהליך גדילה ולהיזהר משימוש יתר בתרופות. החסרון השני עניינו השפעתה של תפיסה צרה, הרואה בהתלכלכות תופעה רפואית

בלבד. חשוב לעורר את מודעות הרופאים לדינמיקה המסובכת הנוצרת בין ההורים לילד בשל ההתלככות. הגברת המודעות להשלכות שיש לתופעה על חיי המשפחה תאפשר לרופא, לאחר שהפחית את ההתלככות, להפנות את המשפחה לטיפול פסיכוסוציאלי. ללא טיפול כזה, קיים חשש, שהשינוי יהיה זמני בלבד והבעיה תחזור. (Doleys, 1979).

החסרון השלישי – העדר מחקרים מבוקרים על הטיפול בתופעה. המחקרים הרפואיים אינם מספקים אינפורמציה על נתוני קו בסיס, אין בהם תיאור של תדירות הלכלוך ועצמתו, תיאור הפרוצדורה אינו ברור ואין מעקב לאחר טיפול. המחקרים מתייחסים להפחתת הלכלוך בלבד; ואין לדעת מתוכם, האם רכש הילד הרגלי ניקיון נכונים או שפיתח עצירות.

הטיפול הפסיכוסוציאלי באנקופרוזיס מתמקד בשתי גישות עיקריות: טיפול דינאמי וטיפול התנהגותי.

התיאוריה הדינאמית

התיאוריה הדינאמית רואה באנקופרוזיס, כמו בכל בעיה אחרת, סימפטום חיצוני לבעיה נפשית, שמקורה בקונפליקטים תוך אישיותיים פנימיים. גישה זו מציעה הסברים מספר לתופעת האנקופרוזיס:

1. ההתלככות כביטוי ישיר או עקיף לתוקפנות כלפי ההורים. הילד מבוכלב ואינו יודע או עדיין אינו מסוגל לספק את רצון האם, להרציא את צרכיו בסיר, תהליך ההתרוקנות הופך למאבק כוח בין ההורים ובין הילד. ההורים רוצים לקחת מהילד את הצואה ואילו הוא מתנגד והופך את יציאותיו לכלי נשק כלפי הוריו (Kessler, 1966).

2. תחליף לסיפוק מיני מודחק או לאוננות (Freud, 1916, 1924). הילד המאונן אפוף רגשי אשם על מעשיו וחושש מסירוס כעונש. הצואה נתפסת כחלק אינטגרלי של הגוף והפרידה ממנה, כתהליך הסירוס שאותו מנסה הילד למנוע (Freud, 1924; Anthony, 1957; Doleys, 1979).

3. שאיפה לרגרסיה ולמניעת התפתחות. לפי הסבר זה ילד שהופרד מדמות משמעותית (או חושש לאבדה עקב טראומה כמו לידת אח, יציאת אם לעבודה וכו') נסוג לשלב קודם – שלב תינוקות – שבו זכה מהאם לטיפול ודאגה (Silber, 1969; Yeates, 1970; Halpern, 1974; Pierce, 1975).

הטיפול הדינאמי, מתייחס לאנקופרוזיס כמו לכל תופעה אחרת. מטפלים במקור הבעיה במטרה להביא את הילד לתובנה של מצבו. ההנחה היא, שאם יבין הילד את מקור הבעיה וישחרר את התוקפנות החבויה בו, יוכל להיפטר מהסימפטום. בטיפול עוסקים באינטרפרטציה של רגשות, ניתוח חלומות, משחקים ועוד.

יש מחקרים מעטים על טיפול באנקופרוזיס והם מופיעים בצורה של ניתוח מקרים בלבד. פינקרטון (Doleys, 1979) מדווח על פסיכותרפיה אצל 30 אנקופרטרים. הטיפול התמקד בפיתוח תובנה למקור האמוציונאלי של ההתלככות. 17 ילדים נגמלו, אך אין פירוט מדויק של התהליך.

הערכת הטיפול הדינאמי

יתרונו העיקרי, שהוא מתייחס להשפעת היחסים הבין-אישיים על תהליך היווצרות הבעיה ורואה חשיבות, שהילד יקח על עצמו אחריות בתהליך פתרון הבעיה.

הביקורת:

1. חוסר ייחודיות של הגישה. התיאוריה אינה מסבירה מדוע בחר הילד בהתנהגות אנקופרטית ולא בהרטבה, גמגום, או טיקים, למשל.
2. הפסיכותרפיה היא תהליך ארוך ואינטנסיבי. הטיפול נמשך חודשים רבים ובינתיים ממשיך הילד לכלוך ולסכול.
3. המחקרים שנעשו מועטים ואינם מספקים אינפורמציה מדוייקת. קשה להסיק מהממצאים מסקנות חד משמעיות על יעילות הגישה, ואין אפשרות לחזור במדויק על הטיפול. אין מידע מהימן על אחוזי גמילה, נסיגה או כישלון, או על רמת הפחתת הלכלוך תוך כדי טיפול.

הגישה ההתנהגותית

הגישה ההתנהגותית מיישמת בטיפול טכניקות למידה. ההנחה הבסיסית היא, שהתנהגות סוטה כמו התנהגות רצויה נלמדות לפי אותם עקרונות. לכן, התנהגות לא רצויה יש לשנות לפי אותם עקרונות למידה.

הגישה מסבירה את האנקופרזיס כסימפטום הנובע מסיבות אחדות:

- א. בשל אימון לא מתאים, לא עקבי, או נוקשה מדי לא רכש הילד הרגלי ניקיון נאותים.
 - ב. בשל כאב בזמן ההתרוקנות, או בשל פחד מעונש, חשש הילד להתרוקן ולמד להימנע מעשיית צרכים.
- שיטות הטיפול העיקריות הן: טיפול באמצעים מכניים, ביופידבק, שיטות המורכבות ממתן חיזוק חיובי להתרוקנות, דהסנסיטיזציה, שיטות המענישות בשל לכלוך, ותכניות מורכבות.
- שיטות אלו יוצגו להלן ביתר פירוט.

שיטות מכניות

השיטות המכניות מתחלקות לשני סוגים:

1. אמצעים לזיהוי מידי של אפיזודות לכלוך.
 2. אמצעים לסימון תחושת לחץ ברקטום.
- הראשונים מטרתם לתת חיזוק מידי או זיהוי מידי לאפיזודות הלכלוך. הכוונה לסיר, המנגן כאשר הילד מתרוקן (Azrin & Fox, 1971), או לטרנזיסטורים, המחוברים לבגדים ומאותתים מיד עם ההפרשות הראשונות. השניים, אמצעים אלקטרוניים המחוברים לאזור האנלי, שולחים גירוי אלקטרי מיד עם הפעלת לחץ בספינקטורים. אמצעים אלו נועדו לעזור לילד, להורים ולמטפל לזהות את הגירוי ולחזק את התגובה הרצויה.

הערכה

התרשמות ראשונית מאמצעים אלו מורה, שטמון בהם פוטנציאל לפתרון הבעיה. אולם יש להיזהר בשימוש בהם ואין הם מומלצים לשימוש בגיל הרך. המחקרים עדיין מעטים, ואינם מספיקים כדי להסיק מסקנות חד משמעיות.

ביופידבק

שימוש במכשיר על מנת לתת לאדם אינפורמציה על תהליכים פיזיולוגיים, שאינו מודע להתרחשותם (Engel, et al., 1974).

מכשירי ביופידבק לטיפול באנקופרזיס מורכבים מבלונים מלאי אוויר המוחדרים לרקטום. הבלונים גורמים להרפיית רפלקס הספינקטור הפנימי ולתחושה של מליאות ברקטום. תחושה זו מעוררת צורך להתרוקן. השימוש במכשיר מעורר את המטופל לזהות רמזים של הצורך להתרוקן ולנסות לשלוט על הספינקטורים. ישנם מחקרים המתארים אלימינציה מוצלחת של אנקופרזיס בעזרת ביופידבק. הם מתוארים בעיקר לפי מערך מחקר יחידי, כך שקשה להסיק על משך הטיפול, אחוזי הגמילה, או הנסיגה.

הערכה

הביופידבק הוא טכניקה יעילה להפחתת אנקופרזיס. חסרונה, שהטיפול כרוך בכאב, ואינו מומלץ לטיפול בילדים קטנים. מכיוון שהתופעה שכיחה בעיקר בגיל הילדות אין בטכניקה פתרון אלא במקרים בודדים בלבד.

שינוי התנהגות באמצעות חיזוק חיובי

שתי תכניות טיפול מבוססות על יישום החיזוק החיובי:

1. חיזוק למכנסיים נקיים.
2. חיזוק לתנועות מעיים.

בתכניות המחזקות מכנסיים נקיים, נותנים בעקביות חיזוק לילד בכל פרק זמן, שבו לא לכלך את מכנסיו. יש המוסיפים לטיפול שימוש בפעמון מעורר המצלצל בכל פעם, שהילד מלכלך את מכנסיו ומחזקים את הילד כל שעה שהפעמון אינו מצלצל.

מחקרים מדווחים על אחוזי הצלחה גבוהים בשימוש בשיטה זו (Logan & Garner, 1971).

הערכה

ייתרון העיקרי של הגישות ההתנהגותיות, שהן מטפלות בתהליך ההתלככות עצמו ועוזרות לילד לפתח שליטה על תהליך ההתרוקנות. משך הטיפול הוא שבועות מועטים והילד, שחווה הצלחה מהירה מתעורר להמשיך ולנסות. חסרונה העיקרי של השיטה, שפעמים רבות אין הילד רוכש הרגלי ניקיון נכונים, אלא, הרגלי התאפקות, ויש חשש, שגם אם התכנית תפחית את הלכלוך היא עלולה לגרום להתאפקות לא רצויה.

לכן, מקובלת יותר התכנית לחיזוק תנועות המעיים. נותנים לילד חיזוקים על נסיונותיו לבצע תנועות מעיים בשירותים ומשליבים בטיפול גם תרופות, שיקלו על היציאות בשלבים הראשונים. מושיבים את הילד על הסיר פעמים אחדות במשך היום ולאחר פעמים מספר שהתרוקן מבקשים ממנו, שכאשר ירגיש צורך יתיישב על הסיר בעצמו. ניל (Neale, 1963) ויאנג (Young, 1973) מדווחים על 100% גמילה ללא נסיגה בתוך תקופה של ארבעה עשר שבועות.

הערכה

שיטת חיזוק תנועות המעיים יעילה מאוד לשינוי ההתנהגות, כאשר לא קיימת בעיה של עצירות, והיא עדיפה על שיטת החיזוק הקודמת (מכנסיים נקיים). חסרונה, בצורך בתשומת לבם של ההורים בכל פעם, שהילד נכנס לשירותים. כמו כן, קיים קושי לזהות אם הילד אכן ניסה וביצע תנועות מעיים או שהוא רק מדווח על כך.

דה־סנסטיזציה

ישנם ילדים, שפיתחו תגובות פוביות לשירותים: בכי, היסטריה, או חשש להתקרב למקום, מפני שבעבר סבלו כאב בזמן יציאה, בשל עצירות או בשל שלשול. ילדים אלו מטופלים בעזרת דה־סנסטיזציה. האם מחזקת את הילד ומפחיתה את פחדו על ידי מתן חיזוק ממשי (ממתקים) או חיזוק חברתי בכל פעם, שהוא מתקרב לשירותים. התכנית מיושמת בדרך של משחק ומנסה להביא את הילד למצב של רגיעה, עד שהוא מוכן לשבת על האסלה כשהוא רגוע ומשוחרר לחלוטין. אשכנזי (Ashkenazi, 1975) דיווח, שמתוך קבוצה של 18 אנקופרטים 16 ילדים נגמלו. הילדים נשאר נקיים גם במעקב שנערך לאחר שישה חודשים.

הערכה

שיטת הדה־סנסטיזציה יעילה מאוד, ומשמשת דרך התערבות עיקרית אצל ילדים, שסיבת התלכלכותם, היא הפחד להתקרב לשירותים, אך אינה פותרת את הבעיה השכיחה יותר — ילדים שמלכלכים מסיבות אחרות.

יישום פרוצדורות עונש

בניגוד למחקרים קודמים התומכים בגישות המחזקות התנהגות רצויה ומתעלמות מאפיוזדות של לכלוך, קיימים מחקרים המראים שלשילוב של פרוצדורות ענישה יש יעילות רבה יותר.

תכניות אלו, מורכבות משלבים:

שליחת הילד לחדרו כעונש, לאחר כל אפיוזדת לכלוך.

כביסת התחתונים המלוכלכים במים קרים וסבון גס.

רחצה במים קרים לאחר כל לכלוך.

אדלמן (Edelman, 1971) הציג דרך טיפול בנערה בת 12, שלאחר כל לכלוך נשלחה לחדרה לשלושים דקות. הטיפול נמשך 22 שבועות עד שנגמלה, ובמעקב שנמשך שלושה חודשים לאחר תום הטיפול לא חזרה לכלוך. פרינדן וואן הנדל (Frienden &)

(Van-Handel, 1976) השתמשו בשיטה של רחיצה כמים קרים ובכביסה כסבון יבש כעונש על התלכלכות. הם השיגו הפסקת אנקופרזיס לאחר ארבעה חודשי טיפול.

הערכה

כמו בשאר הטכניקות ההתנהגותיות, גם לשיטה זו תוצאות מהירות יחסית. השיטה מתאימה לילדים, אשר מלכלכים במכוון כדי לזכות בתשומת לבה של האם, או בשל מאבק כוח איתה. הגישה אינה מתאימה לילדים, הפוחדים מפני השירותים או מלכלכים לאחר עצריות ממושכות. החשש העיקרי בשימוש בגישה זו, שהילד יפתח צווינות וכעס כלפי הסוכן המעניש ותיווצר אינטראקציה שלילית בין הילד להורה. המחקרים נעשו על מקרים יחידים וקשה להסיק מהם מסקנות.

תכניות מורכבות

ברוב התכניות ההתנהגותיות משלבים טכניקות שונות לטיפול בתופעה: חיזוק חיובי, עונש, שימוש בתרופות ואימון לניקיון. תכנית כזו פיתחו פוקס ואזרין (Fox & Azrin, 1973) ויישמו אותה על אוכלוסיות ילדים מפגרים.

בתכנית היו שני מרכיבים: אימון מלא לניקיון ותרגול חיובי. האימון לניקיון דורש מהילד לנקות עצמו ואת בגדיו לאחר כל התלכלכות. ההנחה היא, שהאחריות תשפיע על התנהגות הילד ותגביר אצלו את המוטיבציה להתנהגות רצויה. הם השתמשו בחיזוקים מוחשיים מידיים וכן בחיזוקים חברתיים. תרגול חיובי דורש מהילד להציג יציאה נכונה על כל שלביה. כלומר, לתאר את הלחץ, ללכת לשירותים, להוריד מכנסיים, לשבת, לנסות להתרוקן, להוריד את המים וכו'.

על בסיס זה הציג דוליס (Doleys, 1979) תכנית, שהוסיפה שלב נוסף — בדיקת תחתוני הילד אחת לשעה, ומתן חיזוק גם על תחתונים נקיים. הלפרן (Halperin, 1974) הוסיף לתכנית אלו גם תרפיה אורגנית, שכללה שימוש בתרופות לרכישת הרגל חדש של התרוקנות ושכנוע ההורים להתעלם מאפיזודות של לכלוך או התאפקות, כדי למנוע רווח משני של הילד מההתנהגות. רייט (Wright, 1975) הציג את התכנית הרחבה ביותר, שכללה בדיקות פיזיות רחבות, שיחה עם ההורים והדרכה מפורטת, כיצד למנוע מהילד רווח וכיצד לחזק נכון, שימוש בתרופות להתרוקנות, הושבת הילד בשירותים בזמנים קבועים, חיזוק על התרוקנות, עונש על לכלוך וחיזוק נוסף על הימנעות מלכלוך. כל התכניות הנ"ל מדווחות על אחוזי הצלחה גבוהים (בין 90%–100%) תוך תקופת טיפול של 4–14 שבועות, כמעט ללא נסיגה.

הערכה

הגישה ההתנהגותית מציעה תכניות ספציפיות לטיפול באנקופרזיס, המותאמות לבעיה הספציפית של כל ילד. תכניות, המיועדות להפחית פחד אצל ילדים, אצל אחרים נועד הטיפול להקנות הרגלי התפנות נכונים או לשנות הרגלי התרוקנות לא נכונים. כל התכניות ההתנהגותיות מדווחות על שיפור במצב הילד ומציגות מחקרים, התומכים בדיווחים אלו.

בניגוד לשיטות הטיפול הרפואיות, או הדינאמיות, הטיפולים ההתנהגותיים קצרים ומציעים פתרון לבעיה תוך מספר שבועות. יתרונה העיקרי של השיטה ההתנהגותית, שהיא מתייחסת הן אל הילד והן אל בני משפחתו. מלבד הטיפול בילד עצמו במטרה להקנות לו שליטה על יציאותיו, מדריכים את ההורים, כיצד להגיב לילד מלכלך וכיצד לנהוג כשהוא מתרוקן נכון.

חסרונן העיקרי של הגישות ההתנהגותיות הוא בעיקר התחום המחקרי. השיטות יושמו על אוכלוסיות קטנות של ילדים, בדרך כלל בין 4-10, אין נתונים מדויקים על דפוסי הלכלוך או ההתאפקות לפני הטיפול, ולכן קשה להתרשם מהשינוי. כמו כן אין מעקב לאורך זמן, אשר יצביע אם הילד הפסיק, אמנם, ללכלך או שרכש הרגלי התאפקות.

ללא נתונים מדויקים קשה להסיק מסקנות חד משמעיות. יד צורך לחקר תופעה זו בצורה סיסטמטית, כך שניתן יהיה להגיע לתכנית יעילה, המאפשרת רפליקציה מדויקת. מצב זה בבעיה, שהיא שכיחה כל כך, מצביע על מכוכה ועל חוסר רצונם של החוקרים להתמודד עם תופעה זו.

לסיכום, אם כי המחקרים מועטים ולא מספקים, הספרות המקצועית מעידה, שניתן באמצעות יישום שיטתי של טכניקות התנהגותיות לפתור את תופעת ההתלכלכות תוך זמן קצר. חשוב, שאנשי מקצוע יהיו ערים למשמעות התופעה ויעודדו הורים לפנות ולטפל בבעיה במהירות האפשרית. כמו כן, חשוב לתעד את הטיפולים בנושא זה, כדי שיתרמו ויפתחו את הידע הקיים וישפרו את דרכי הטיפול בתופעה.

מקורות

- סמילנסקי, ש., בעיות שכיחות המועלות על ידי אמרות בקבוצות הורים. פרסום 666, משרד החינוך והתרבות, המחלקה לחינוך מבוגרים, מכון הנרייטה סולד, ירושלים, תשמ"ה (1985).
- Anthony, E.J., An experimental approach to the psychopathology of childhood encopresis. *British Journal of Medical Psychology*, 30, pp. 146-175, 1957.
- Ashkenazi, Z., The treatment of encopresis using a discriminative stimulus and positive reinforcement. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 6, pp. 155-157, 1975.
- Azrin, N.H. & Fox, R.M., A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4, pp. 89-99, 1971.
- Bakwin, H., Constipation in children. *Pediatric Clinics of North America*, 3, pp. 146-175, 1956.
- Bellman, M., Studies in encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavia*, vol. 170, 1966.
- Davidson, M., Kugel, M.M. & Bauer, C.H., Diagnosis and management in children with severe and protracted constipation and obstipation. *Journal of Pediatrics*, 62, pp. 261-275, 1963.
- Doleys, D.M., "Assessment and treatment of childhood encopresis". In: A.G. Finch & P.C. Kendall (eds.), *Clinical Treatment and Research in Child Psychopathology*. S.P. Medical & Scientific Books, New York, 1979.
- Dollard, J. & Miller, N., *Personality and Psychotherapy*. Norton, New York, 1950.
- DSM III: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 3rd ed. American Psychiatric Association, pp. 81-82, 1980.
- Edleman, R.F., In: Doleys, D.M., "Assessment and treatment of childhood encopresis". In: A.G. Finch & P.C. Kendall (eds.), *Clinical Treatment and Research in Child Psychopathology*. S.P. Medical & Scientific Books, New York, 1979.

- Engel, B.T., Nikoomanish, P. & Schuster, M.M., Operant conditioning of rectosphincteric responses in the treatment of fecal incontinence. *The New England Journal of Medicine*, March 21, pp. 646-649, 1974.
- Fox, R.M. & Azrin, N.H., *Toilet Training the Retarded*, Champaign, Ill., Research Press.
- Freeman, N.V., Faccal soiling and constipation in children. *The Practitioner*, 221, pp. 333-337, 1978.
- Freud, S., *Three Contributions to the Theory of Sex*. Nervous & mental Disease, Pub., New York, 1910.
- Freud, S., *The disposition to Obsessional Neurosis*. In collected papers, 1916-1924.
- Frienden, W. & Van-Handel, D. In Doleys, D.M., "Assessment and treatment of childhood encopresis". In: A.G. Finch & P.C. Kendall (eds.), *Clinical Treatment and Research in Child Psychopathology*. Medical & Scientific Books, New York, 1970.
- Halpern, W.I., The child guidance clinic in community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 10, pp. 292-300, 1974.
- Kessler, J.W., *Psychopathology of Childhood*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J., 1966.
- Levine, D., Children with encopresis: A descriptive analysis. *Pediatrics*, 56, pp. 412-416, 1975.
- Logan, D.L. & Garner, D., Effective behavior modification for reducing chronic soiling. *American Journal for the Deaf*, 116, pp. 382-384, 1971.
- Neale, D.H., Behavior therapy and encopresis in children. *Behavior Research and Therapy*, 1, 139-149, 1963.
- Nisley, D.D., Medical overview of the management of encopresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 4, pp. 33-34, 1976.
- Pierce, C.M., "Enuresis and encopresis". In: A.M. Friedman, H.I. Kaplan & B.Y. Sadock (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2nd ed. The Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1975.
- Schafer, C.E., *Childhood Encopresis and Enuresis Causes and Therapy*. Nostrand Reinhold Company, 1979.
- Silber, D.L., Encopresis: Discussion of etiology and management. *Clinical Pediatrics*, 8, pp. 225-231, 1969.
- Wolters, W.H.G., A comparative study of behavioral aspects in encopretic children. *Psychotherapy Psychosomatics*, 24, pp. 86-97, 1974.
- Wright, L., Outcome of a standardized program for treating psychogenic encopresis. *Professional Psychology*, 6, pp. 453-456, 1975.
- Yeates, A.J., *Behavior Therapy*, Wiley, New York, 1970.
- Young, G.C., The treatment of childhood encopresis by conditioned gastroileal reflex training. *Behavior Research and Therapy*, 11, pp. 499-503, 1973.