 ISSN 2221-2582

УДК 615.851+159.96+616.3-008.14-053.2+616.352-008.222-092+616.899.2-08

ЭНКОПРЕЗ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ЛЕЧЕНИЕ (ЛЕКЦИЯ)

© Северин Вячеславович Гречаный

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

Контактная информация:
Северин Вячеславович Гречаный — д. м. н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии. E-mail: svgrechany@mail.ru

Поступила: 24.09.2021 **Одобрена: 03.11.2021** **Принята к печати: 17.11.2021**

Резюме: Энкопрез — это функциональное недержание кала, непроизвольное его выделение при отсутствии аномалий строения кишечника и анального сфинктера. Диагноз устанавливается с 4 лет. Энкопрез нередко является моносимптомным расстройством, стойким и резистентным к лечению. Выделяют две основные разновидности недержания кала: ретентивное (связанное с запорами) и неретентивное (функциональное). Энкопрез встречается у 1–3% детей в 5 лет. Выделяют следующие формы энкопреза: невротический, неврозоподобный, протестно-демонстративный, первичный. В этиологии энкопреза имеют значение конституционально-наследственные, резидуально-органические, дизонтогенетические, психотравмирующие, средовые, семейные и соматические факторы. Теоретические положения функционального энкопреза опираются на эволюционно-динамическую концепцию психического дизонтогенеза В.В. Ковалева (1985), согласно которой энкопрез является продуктивно-дизонтогенетическим синдромом регрессивного характера, и клинико-этологический подход Ю.С. Шевченко (2018), согласно которому энкопрез — это этологический прообраз неспецифического маркировочного поведения. Диагностические критерии отражены в классификации функциональных гастроинтестинальных расстройств «Римские критерии IV», классификации «Психические и поведенческие расстройства МКБ-10» и «Руководстве по диагностике и статистике. 5-я редакция» Американской психиатрической ассоциации (DSM-V). Лечение энкопреза в зависимости от этиологии включает: 1) адекватное обучение ребенка навыкам пользования туалетом; 2) коррекция способов воздействия на ребенка; 3) выявление и коррекция сопутствующих проблем в микросоциальном окружении ребенка.

Ключевые слова*: энкопрез у детей; неретентивное недержание кала у детей; умственная отсталость; классификации функциональных гастроинтестинальных расстройств «Римские критерии IV»; лечение энкопреза у детей.*

ENCOPRESIS IN CHILDHOOD: ETIOLOGY, CLINICAL FORMS AND TREATMENT (LECTURE)

© Severin V. Grechany

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

Contact information:
Severin V. Grechany — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology.
E-mail: svgrechany@mail.ru

Received: 24.09.2021 **Revised: 03.11.2021** **Accepted: 17.11.2021**

Summary: Encopresis is a functional fecal incontinence, its involuntary discharge in the absence of abnormalities in the structure of the intestine and anal sphincter. The diagnosis is established from the age of 4. Encopresis is often a monosymptomatic disorder, persistent and resistant to treatment. There are two main types of fecal incontinence — retentive (associated with constipation) and non-retentive (functional). Encopresis occurs in 1–3% of children aged 5 years. There are the following forms of encopresis: neurotic, neurosis-like, protest-demonstrative, primary. In the etiology of encopresis, the constitutional-hereditary factor, the residual-organic, dysontogenetic, psychotraumatic, environmental, family and somatic factors are important. The theoretical provisions of functional encopresis are based on the evolutionary-dynamic concept of mental dysontogenesis of V.V. Kovalev (1985), according to which encopresis is a productive-dysontogenetic syndrome of a regressive nature, and the clinical-ethological approach of Yu.S. Shevchenko (2018), according to which encopresis is an

ethological prototype of non-specific labeling behavior. The diagnostic criteria are reflected in the classification of functional gastrointestinal disorders "Roman Criteria IV", the classification "Mental and behavioral disorders ICD-10" and "Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition" of the American Psychiatric Association (DSM-V). Treatment of encopresis, depending on the etiology, includes: 1) adequate training of the child in the skills of using the toilet; 2) correction of ways of influencing the child; 3) identification and correction of concomitant problems in the microsocial environment of the child.

***Key words**: encopresis in children; non-reproductive fecal incontinence in children; mental retardation; classification of functional gastrointestinal disorders "Roman criteria IV"; treatment of encopresis in children.*

Автор сообщает об отсутствии конфликта интересов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Энкопрез — это функциональное недержание кала, непроизвольное его выделение при отсутствии аномалий строения кишечника и заболеваний нижнего отдела кишечника (таких как аганглиоз толстой кишки, болезнь Гиршпрунга) и анального сфинктера [1]. Об энкопрезе говорят с 4-летнего возраста, так как в более раннем возрасте процесс формирования навыка опрятности может быть еще не завершен. Энкопрез нередко является моносимптомным расстройством, стойким и резистентным к лечению [2].

РАЗНОВИДНОСТИ ЭНКОПРЕЗА

Начиная с классификации функциональных гастроинтестинальных расстройств «Римские критерии III» [3], все случаи недержания кала были разделены на 2 формы: 1) ретентивные, связанные с запором, и 2) неретентивные, не связанные с ним [4].

При ретентивном энкопрезе эпизоды непроизвольной дефекации возникают относительно редко и в основном в дневное время. Данную форму энкопреза еще называют ложной, или парадоксальной, когда скопившееся в прямой кишке большое количество каловых масс отходит длительно малыми порциями [5].

При функциональном неретентивном энкопрезе стул у детей наблюдается не реже 1 раза в день, нормальной формы и консистенции, а дефекация носит прерывистый характер. Таким образом, отсутствуют объективные причины, препятствующие дефекации. Эта форма энкопреза чаще сочетается с психическими и поведенческими расстройствами. Так, дефекация может происходить в неподходящей обстановке, и фекалии могут оставаться на видном месте.

Для описания неретентивного энкопреза традиционно использовались такие термины, как функциональный энкопрез, первичный неретентивный энкопрез, отказ от туалета и др. В зарубежной литературе часто применяется термин «функциональное неретентивное недержание кала» («Functional nonretentive fecal incontinence», FNRFI) [6].

Выделяют первичный энкопрез как следствие общего психического (интеллектуального) недоразвития. В этом случае навык опрятности изначально отсутствует или не полностью развит. О вторичном энкопрезе говорят в случае регресса ранее сформированного навыка.

По разным данным, ретентивный энкопрез составляет от 75 до 80–95% всех случаев недержания кала [2, 6, 7].

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

В возрасте 5 лет энкопрез выявляется, по разным данным, у 1–3% детей [1, 6]. Приводятся и более высокие цифры — 1,4–16% [8]. Вариабельность данных о распространенности энкопреза связана с большим числом нераспознанных случаев. Неретентивный энкопрез составляет 0,6–0,8% детского населения [5]. Это примерно в 10 раз меньше по сравнению с энурезом. Энкопрез чаще встречается у мальчиков.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНКОПРЕЗА

Несмотря на то что в педиатрической литературе энкопрез в большинстве случаев рассматривается как явление соматогенное, имеющее очевидную и потенциально устранимую причину (запор, сопутствующие заболевания прямой кишки и др.), в практике детского психоневролога гораздо чаще встречается неретентивное недержание кала. Более того, показано, что значительное число таких пациентов страдают еще и запорами [5, 9, 10]. Это свидетельствует не только об относительности разграничения ретентивного и неретентивного энкопреза, но и о психогенной природе самих функциональных запоров.

С позиции детского психоневролога энкопрез является нозологически неспецифичным явлением, встречающимся в структуре различных психических расстройств. В связи с возрастающим интересом специалистов и представителей родительских сообществ к диагностике детского аутизма и расстройств аутистического спектра, выявлению симптомов энкопреза при педиатрическом осмотре ребенка стало уделяться усиленное внимание.

Существует несколько клинико-этиологических разновидностей энкопреза. В педиатрической

литературе обычно выделяются 4 формы: 1) энкопрез вследствие первично несформированного навыка опрятности; 2) энкопрез у детей с «боязнью туалета»; 3) энкопрез у детей, манипулирующих каловыми массами; 4) энкопрез у детей с синдромом раздраженного кишечника [6].

В психиатрической литературе (Шевченко Ю.С. и др., 2018) различают первично-дизонтогенетический, конституционально-симптоматический, вторично-энцефалопатический, невротический и патохарактерологический (протестный) варианты энкопреза [11].

Обобщая имеющиеся данные, можно выделить следующие **клинические формы энкопреза**:

1. ***Невротический энкопрез.*** Относится к системным (моносимптомным) неврозам. Данная форма возникает на основе сформированного навыка опрятности, т.е. энкопрез является вторичным. Большая часть случаев приходится на возраст 7–9 лет. Соотношение мальчиков и девочек по разным данным 3–10:1 [12].

При невротическом энкопрезе отмечается небольшое выделение каловых масс в дневное время. Чаще всего он просто «пачкает штаны» (каломазанье). Ощущение позыва к дефекации приглушено. Обладая принципиальным умением сдерживать позывы к дефекации, ребенок не полностью их осознает. В этом случае частичная непроизвольная дефекация масс является следствием высокого уровня эмоционального напряжения. Ребенок знает, как надо правильно поступать, но из-за тревоги и волнения «забывается» и утрачивает контроль. Нередко ребенок понимает, что с ним произошло, когда обнаруживает грязное белье или ощущает неприятный запах. Это крайне болезненно воспринимается, прежде всего самим ребенком. Он пытается скрыть свой недостаток, прячет испачканное белье. Родители могут длительное время не догадываются о существовании данной проблемы. Спрятанное белье нередко обнаруживается случайно. Характерно, что в других сферах деятельности, не касающихся физиологических отправлений, дети с энкопрезом, наоборот, бывают исключительно чистоплотны и аккуратны. Психотерапевты, работающие с этими детьми в домашних условиях, замечали необычный для их возраста порядок к комнате, симметрично разложенные вещи и т.д. Это можно рассматривать как компенсаторную реакцию. Ребенок относится к собственному недостатку излишне критично, и поэтому во всем остальном старается быть аккуратным и чистоплотным.

В большинстве случаев невротическому энкопрезу сопутствует дистимический (капризно-раздражительный) фон настроения, дети легко расстраиваются, обижаются на близких, плачут. Данная форма энкопреза чаще развивается у тревожно-мнительных, педантичных, сензитивных личностей. Преобладающий «тормозимый» темперамент определяет склонность пациентов к «эмоциональной скованности», подавлению собственных эмоций.

Сильное чувство стыда, как правило, заставляет ребенка избегать ситуаций, в которых его недостаток может быть обнаружен другими. Неблагоприятным последствием невротического энкопреза является отказ пациентов от совместного проживания с другими (лагерь, многодневная экскурсия), а иногда даже от посещения школы. Выраженность сопутствующих энкопрезу психогенных личностных реакций зависит от степени принятия/отторжения ребенка взрослыми в связи с имеющимся недостатком, используемыми мерами наказания и от того, насколько осведомлены о страдании ребенка сверстники [5].

2. ***Неврозоподобный (резидуально-органический) энкопрез.*** Как и при невротическом энкопрезе, навык контроля дефекации при данной форме сформирован, но нестоек. Ребенок легко перестает контролировать позывы к дефекации вследствие физической усталости, изменения функционального состояния центральной нервной системы, например, под влиянием метеофакторов и др. Критическая оценка происходящего и чувство брезгливости снижены. Ребенок часами может не замечать того, что у него произошла непроизвольная дефекация, не обращая никакого внимания на неприятный запах и не реагируя на замечания окружающих.

Недостаточность контроля навыков опрятности является в данном случае проявлением несовершенства механизмов центральной регуляции, в том числе по причине преходяще-возрастной слабости вегетативной нервной системы, контролирующей работу желудочно-кишечного тракта (невропатический фактор). Этому может сопутствовать темповая задержка развития и психическая инфантильность.

3. ***Протестно-демонстративный энкопрез.*** Энкопрез как пассивная оппозиционно-протестная и/или демонстративная реакция подробно описан в классических пособиях, посвященных неврозам у детей [13]. Акцент сделан на причастность этого явления к истерическому неврозу. Подчеркивается, что для конверсионного (истерического) энкопреза характерна «условная желательность», подкрепляемая излишней прикованностью внимания матери к акту дефекации ребенку. Кроме того, характерна общая озабоченность здоровьем ребенка, проявляющаяся созданием «культа болезни» с чрезмерной фиксацией на процессе приема пищи, диетах, калорийности продуктов, выполнении ненужных процедур (например, частые слабительные клизмы по определенной схеме), тревожным

отслеживанием физиологических отправлений ребенка и др.

В более широком контексте протестно-демонстративный энкопрез относится к примитивным реакциям регрессивного типа [12]. При этом он сопоставим с такими незрелыми формами психического реагирования, как психомоторный регресс, патологическими привычными действиями, мутизм, что отражает фиксацию психики на формах нервно-психического реагирования, характерных для более ранних стадий развития. Протестно-демонстративному энкопрезу нередко сопутствуют проявления психического инфантилизма, темповая задержка психического развития или умственная отсталость.

4. ***Первичный энкопрез.*** Представляет собой недоразвитие навыка опрятности в рамках интеллектуального (ментального) недоразвития, детского аутизма или расстройств аутистического спектра.

Отказом приучаться к туалету объясняется 5–20% всех случаев энкопреза [6]. Как правило, серьезное беспокойство у родителей возникает в случае, если ребенок не способен к самостоятельной дефекации в 4–7 лет и старше.

Положение осложняется тем, что в практической работе чаще приходится наблюдать не отсутствие навыка опрятности как такового, а его незавершенность, когда, владея отдельными приемами, ребенок все же не способен интегрировать свои действия в целостный комплекс.

Часть детей могут отслеживать позывы к дефекации и даже самостоятельно опорожняться, но категорически отказывается делать это в туалете или на горшке. Другие совершают дефекацию в неподходящем месте, например, только в углу комнаты, испытывая, по мнению родителей, «какой-то особый страх» перед горшком или унитазом. Часть детей, уже приученных мочиться в горшок или в туалете, просят надеть им памперс для того, чтобы произвести дефекацию, то есть демонстрируют приверженность сложившемуся ранее стереотипу. Некоторые, умея отслеживать позыв к дефекации, категорически отказываются реализовывать навык опрятности самостоятельно. Родители говорят, что дети сообщают о своем желании сходить в туалет особым способом, например, подойдя к маме и сняв штаны, как бы ожидая разрешения или заручаясь подтверждением правильности своих действий. При этом родители считают, что их дети «давно все умеют делать» и «вот-вот начнут пользоваться туалетом сами». Однако завершающий этап этого процесса порой длится годами. Понятно, что в этом случае оказывается невозможным водить ребенка на постоянной основе в детский коллектив. Да и в домашних условиях уход за ним возможен только со стороны самых близких, принимающих ребенка со всеми его «особенностями».

Способность отслеживать наполнение кишечника, сдерживать позыв к опорожнению, запомнить местоположение туалета — навыки, сами по себе не относящиеся к разряду сложных. Несколько труднее бывает с умением раздеться («снять штаны») и занять сидячее положение. Нередко именно неумение производить дефекацию в сидячем положении является камнем преткновения для формирования полноценного навыка опрятности. Однако «статические трудности» больше характерны для детей 2–3 лет и не имеют решающего значения для детей после 4 лет, когда упорное неусвоение привычки «ходить на горшок» должно объясняться скорее «интеллектуальными» причинами (поскольку ребенок уже умеет сидеть за столом, принимать пищу, рисовать, играть и др.).

Нередко решающее значение имеет неправильная тактика поведения родителей, их строгий контроль ребенка, неуместные словесные комментарии. С точки зрения взрослых, это должно способствовать выработке у ребенка чувства ответственности, которое, в конечном счете, приведет к закреплению навыка опрятности. Но на деле это, наоборот, только усиливает отвращение ребенка к самостоятельному пользованию туалетом. К неправильной родительской тактике относится слишком нетерпеливое отношение к процессу дефекации ребенку, когда, заметив у ребенка позыв, они тут же начинают тянуть, направлять его, требуя немедленного «результата». Подобное форсирование действий ребенка, нагнетание эмоционального давления, неприятие и осуждение ошибочных действий ребенка приводит еще к большей стагнации развития навыка опрятности. Вместе с тем у таких родителей отсутствуют навыки поощрения ребенка. Например, они не имеют представления о системе наград и бонусов за правильно совершенные действия.

К первичному энкопрезу можно отнести случаи, когда родители по разным причинам не заинтересованы в развитии у ребенка навыка опрятности. Родители неосознанно стремятся иметь рядом «маленького», инфантильного, во всем зависимого ребенка и стараются все выполнять за него. Однако, анализируя подобные случаи, помимо особенностей родительского поведения следует учитывать и объективные причины энкопреза у таких детей, например, наличие возможного интеллектуального недоразвития.

При детской шизофрении, детском аутизме/расстройствах аутистического спектра недержание кала сочетается с последующим размазыванием его по телу, пачканьем предметов окружающей обстановки калом, игровые манипуляции с каловыми массами, их поеданием (копрофагией).

Непонимание родителями механизмов отказа пользования туалетом и манипуляции каловыми массами может не только привести к нарушению детско-родительских отношений, но и повысить риск жестокого обращения с детьми.

ЭТИОЛОГИЯ ЭНКОПРЕЗА

В происхождении разных клинико-этиологических форм энкопреза играют роль: 1) конституционально-наследственный фактор, включающий наследственную предрасположенность к энкопрезу и личностную предиспозицию; 2) резидуально-органический фон (фактор «почвы»); 3) дизонтогенетический фактор, в том числе уровень ментального (интеллектуального) развития ребенка; 4) психотравмирующие, средовые и семейные факторы; 5) соматический фактор.

В зависимости от клинической формы энкопреза можно говорить о превалирующем влиянии того или иного фактора в происхождении расстройства у конкретного больного. Следует отметить, что на практике нередко приходится иметь дело со смешанными по этиологии формами энкопреза.

Конституционально-наследственный фактор. Наследственная предрасположенность проявляется врожденной уязвимостью механизмов нервной регуляции нижних отделов кишечника и аноректальной зоны. Влияние личностной предиспозиции может быть различно: невротическая форма энкопреза обычно связана с преобладанием тормозимых, сензитивных, тревожных и психастенических черт («астенический» темперамент), а оппозиционно-протестная форма — с преобладанием демонстративных, неустойчивых, возбудимостенических черт («возбудимый» темперамент).

Резидуально-органический фактор отражает наличие анте-, пери- и раннего постнатального поражения центральной нервной системы. Резидуально-органический фон (фактор «почвы») приводит к ослабленной способности к произвольному контролю дефекации, нестойкости навыка, его зависимости от физиологического состояния организма. Контроль навыков опрятности обычно снижается при астенизации ребенка, в том числе соматической, а также вследствие влияния физических, климатических, метеофакторов и др. Влияние резидуально-органического фактора на функцию дефекации нередко опосредовано клиническими проявлениями невропатии с типичными для нее симптомами в виде аффективной возбудимости, нарушенного механизма тормозящего контроля и дизрегуляции вегетативных функций. Фактор «измененной почвы» в ряде случаев может выступать этиологической предпосылкой энкопреза, а в других — условием его закрепления (преципитации), затяжного течения, терапевтической резистентности.

Дизонтогенетический фактор как причина развития энкопреза предполагает наличие сопутствующего отставания в развитии, препятствующего первичному формированию навыка опрятности. Это проявляется неспособностью отследить ощущения переполненности кишечника и неумением пользоваться туалетом. Нередко дети, умеющие контролировать дефекацию, по необъяснимым причинам все же отказываются пользоваться туалетом. В данном случае это может быть проявлением характерного для умственного отставания поведенческого упрямства вследствие недоразвития морально-этических чувств. Так, наблюдается упорный протест в ответ на просьбу взрослых соблюдать установленные правила поведения и требования, в том числе к пользованию туалетом. В настоящее время все больше внимания уделяется недоразвитию контроля дефекации у пациентов с детским аутизмом/расстройством аутистического спектра.

Психотравмирующие, средовые и семейные факторы. Психогенные причины, приводящие к энкопрезу, включают в себя хроническую психотравмирующую ситуацию в семье, в том числе в результате неправильного воспитательного подхода. В одних случаях — это чрезмерно строгие требования к детям («придирчивые родители»), использование недопустимых мер наказания, эмоциональное неприятие ребенка, приводящие к раннему формированию чувства вины, стыда. В других случаях — это гиперпротекция с мелочным контролем и одновременно взятие на себя тотальной ответственности за все происходящее с ребенком. Такие родители с рождения ребенка излишне озабочены его питанием, прибавкой в весе, регулярностью опорожнения кишечника [9]. В ребенке поощряется детскость, несамостоятельность, вследствие чего может формироваться робость и боязливость. Высокий уровень родительской тревоги нередко передается детям, вызывая у них чувство растерянности и непонимания границ личной ответственности, в том числе за собственную чистоплотность. В третьих случаях стилем воспитания может быть потворствующая гипоопека, то есть вседозволенность, попустительство, при которых родители не могут противостоять детским капризам, протестам и манипуляциям.

В качестве провоцирующих факторов начала энкопреза могут выступать смена места жительства, начало школьного обучения, рождение сибсов.

Возникновению энкопреза способствует также недостаток эмоциональных привязанностей в системе «мать–дитя», а также отрыв ребенка от матери (материнская депривация). Это может быть кратковременное помещение ребенка в стационар или постоянное проживание в условиях детского дома.

Нередко такие дети подолгу остаются в запачканных памперсах и пеленках, потому что ухаживающий персонал не может постоянно следить за их состоянием и моет и переодевает их «по расписанию». В результате дети смиряются с перманентно грязным нижним бельем, перестают ощущать в связи с этим дискомфорт. У них длительно не формируется потребность в самостоятельном пользовании туалетом с целью опорожнения кишечника. Нередко это сохраняется даже в начальной школе.

В качестве причин протестно-демонстративного энкопреза традиционно рассматривались конкурентные отношения между ребенком и его братом/сестрой или между ребенком (чаще мальчиком) и отчимом. Дефекация у ребенка в этих условиях происходит сознательно и намеренно, сочетается с демонстрацией каловых масс. Дети оставляют фекалии на видном месте, размазывая их на кровати, ковре, игрушках. Есть мнение, что подобным способом ребенок неосознанно обозначает свою территорию, вынужденно проживая рядом с отторгающим его взрослым [13]. Подчеркивается, что подобная «конкуренция» чаще заканчивается «победой» ребенка, когда отчим, столкнувшись с неспособностью повлиять на ребенка, уходит из семьи.

Раннее «приучение к горшку» как фактор риска энкопреза. Возникновению энкопреза может способствовать слишком раннее и непоследовательное приучение ребенка к туалету. Форсирование этого процесса, преждевременное и чрезмерно настойчивое высаживание ребенка на горшок, недоучитывающее объективные возможности ребенка, приводит к стрессовому состоянию и возникновению «страха перед горшком».

Соматический фактор. Включает воспалительные заболевания кишечника, дисбактериоз, пороки развития — аномалии строения и иннервации нижних отделов кишечника, трещины заднего прохода, аномалии сфинктера и другие, приводящие в одних случаях к болезненной дефекации, в других — к атонии кишечника, что в итоге определяет склонность ребенка к хроническим запорам. Так, боль при дефекации вызывает тревожное ожидание ее наступления и последующее сдерживание позыва. Склонность к запорам усиливается вследствие использования некоторых лекарственных препаратов — противосудорожных, противокашлевых и др.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО (НЕРЕТЕНТИВНОГО) НЕДЕРЖАНИЯ КАЛА

Согласно эволюционно-динамической концепции психического дизонтогенеза В.В. Ковалева (1985), энкопрез является продуктивно-дизонтогенетическим психопатологическим синдромом регрессивного характера (наряду с регрессом психомоторики, патологическими привычными действиями, мутизмом), возникающим благодаря фиксации ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования (незрелых типов реакций), «высвободившихся» из-под субординирующего контроля более зрелых, позднее сформированных функциональных систем мозга [12].

С точки зрения клинико-этологического подхода функциональный энкопрез является этологическим прообразом неспецифического маркировочного поведения (Шевченко Ю.С., 2018) [11]. Это актуально в случае, если речь идет о произвольной дефекации с последующим размазыванием каловых масс. Данная разновидность энкопреза, являющаяся протестно-демонстративной, реализуется в условиях конкурентных отношений с сиблингом или взрослым. Объектом желаемого привлечения внимания чаще всего служит мать, а если речь идет о страдающих энкопрезом мальчиках, то вообще о лицах женского пола. Таким образом, энкопрез рассматривается как примитивный способ сохранения паритета во взаимоотношениях или психологического доминирования путем территориального контроля («территориальный захват»). При этом индивид скорее «помечает» не территорию, а самого себя как носителя индивидуального пространства («запаховое самообозначение»).

Невротический вариант вторично-дизонтогенетического энкопреза, вызываемый стрессом (наподобие «медвежьей болезни»), больше связан с субмиссивно-защитными механизмами, в то время как патохарактерологический энкопрез (поведение наподобие «метания кала») больше связан с доминантно-агрессивными механизмами. В первом случае личностная предиспозиция включает в себя преобладание тревожно-фобических форм реагирования, во втором — гневливо-сверхценных.

ЭНКОПРЕЗ В КЛАССИФИКАЦИЯХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Согласно классификации функциональных гастроинтестинальных расстройств «Римские критерии IV» (**Rome IV Diagnostic Criteria for FGIDs**) [3], диагностическими критериями неретентивного недержания кала являются: 1) дефекация в недопустимых согласно социокультурным представлениям местах; 2) отсутствие подтвержденных объективных признаков задержки стула; 3) после проведения соответствующего обследования не обнаружено, что симптомы энкопреза являются проявлениями другого расстройства. Данные критерии должны наблюдаться как минимум 1 раз в месяц у ребенка старше 4 лет.

Согласно МКБ-10 [14], раздел «Психические и поведенческие расстройства», диагноз «Неорганический энкопрез» (F98.1) характеризуется повторяющимся произвольным или непроизвольным отхождением кала, обычно нормальной консистенции в местах, которые в данном социокультурном окружении не предназначены для этих целей. Состояние может объясняться первичным недоразвитием навыка (ребенок не приучен к туалету или отказывается им пользоваться), вторичной его потерей, сознательным (намеренным) отложением кала в неподходящих местах и, наконец, следствием хронических запоров. Энкопрез может быть как моносимптомом, так и проявляться в рамках прочих эмоциональных или поведенческих расстройств. Состояние ребенка рекомендуется кодировать как «Неорганический энкопрез» только в случае, если он является преобладающим феноменом в поведении ребенка. Иначе энкопрез следует рассматривать как сопутствующее или дополнительное явление, возникающее на фоне других клинических проявлений. Если же недержание кала в полной мере не объясняется соматическими причинами, такими как запор, трещина заднего прохода, гастроинтестинальная инфекция, то при постановке диагноза предпочтение отдается энкопрезу. Те же диагностические принципы соблюдаются при сочетании недержания кала с энурезом.

В «Руководстве по диагностике и статистике. 5-я редакция» Американской психиатрической ассоциации (Diagnostic and Statistical Manual V, DSM V) введена новая рубрика «Расстройства элиминации» (Elimination Disorders), объединяющая в себе энурез (307.6, F98.0) и энкопрез (307.7, F98.1) [1]. Диагностические критерии энкопреза в целом совпадают с предшествующими психиатрическими и педиатрическими классификациями. Это: (A) повторная дефекация в неподходящих местах (например, фекалии на одежде, полу), как непроизвольная, так и преднамеренная; (B) происходящая по крайней мере 1 раз в месяц в течение как минимум 3 месяцев; (C) возраст ребенка не менее 4 лет (или соответствующий этому возрасту уровень психического развития); (D) отсутствие связи этого явления с приемом лекарственных препаратов (например, слабительных) или другим заболеванием, кроме запора.

ДИАГНОСТИКА ЭНКОПРЕЗА

Диагностика энкопреза основывается на анамнестических данных и физикальном обследовании [2]. Вспомогательную роль играет ведение «Дневника туалета», фиксирующего трудности дефекации у ребенка, эпизоды непроизвольного выделения кала и их связь с гипотетическими причинами. «Дневник туалета» помогает прогнозировать время наступления ежедневной дефекации и заранее подготовить родителей к этому.

Для детей с ретентивным энкопрезом наряду с длительными запорами характерны эпизоды многократного выделения (по несколько раз в день) небольшого количества рыхлого кала, а также дефекации большим объемом. Могут предъявляться жалобы на боль или вздутие в животе. Физикальный осмотр обычно наводит на мысль о запоре. Постоянный характер дефекаций, нормальный размер и консистенция стула, отсутствие запоров свидетельствуют о неретентивном варианте энкопреза. Для выявления органических причин используется рентгенография брюшной полости, бариевые клизмы, ректальная манометрия, биопсия. Исключается также болезнь Гиршпрунга.

ЛЕЧЕНИЕ ЭНКОПРЕЗА

В настоящее время основополагающими принципами терапии энкопреза в зависимости от этиологической причины и возраста ребенка являются:

1) адекватное обучение навыкам пользования туалетом;
2) коррекция способов воздействия на ребенка, в частности отказ от обвинений, использование системы бонусов, наград и поощрений, в том числе материальных;
3) выявление и коррекция сопутствующих проблем в микросоциальном окружении ребенка, в том числе коррекция типов неправильного семейного воспитания и расстройств поведения у ребенка.

Применению **психообразовательной интервенции** при энкопрезе обычно предшествует подбор адекватного рациона питания с достаточным объемом клетчатки для обеспечения необходимой перистальтики кишечника.

Психотерапевтические методики. Выбор психотерапевтического метода зависит от ведущей причины расстройства. Преимущественно психогенный энкопрез позволяет применять методы рациональной (разъяснительной) психотерапии. У дошкольников и младших школьников можно использовать игровую (в том числе кукольную) психотерапию. Широко практикуется самовнушение (суггестивная психотерапия). Ребенок сам произносит фразу о том, что в течение дня будет чистым в любой обстановке и вовремя почувствует позыв к дефекации. Конкретная словесная формулировка может варьировать в зависимости от возраста ребенка и степени сохранности позыва к акту дефекации.

У пациентов с недостаточно критичным отношением к своему расстройству, а также у детей с психическим инфантилизмом, задержкой развития и ментальным отставанием предпочтение отдается

методам развития мотивации к чистому белью с помощью системы призов и бонусов.

При неэффективности перечисленных методов упор делают на внушение в гипнотическом состоянии и методы психорегуляции (многократные сеансы). Данные техники показали свою эффективность при разных клинических формах энкопреза, а также для устранения функциональных запоров.

При лечении протестно-демонстративного энкопреза у интеллектуально сохранного ребенка можно использовать приемы «поощрения и наказания», цель которых — сделать проявления расстройства невыгодными для самого ребенка.

В качестве вспомогающих методов назначается комплекс упражнений, укрепляющий мышцы промежности, и лекарственные препараты, влияющие на тонус анального сфинктера.

Для успешной реализации терапевтических методик необходимо полное доверие родителей психотерапевту и сотрудничество с ним.

В современной литературе подчеркивается, что если в лечении ретентивного энкопреза за последние 20 лет были достигнуты определенные успехи, то функциональный неретентивный энкопрез попрежнему представляет для специалистов серьезную проблему. Расстройство относится к числу терапевтически резистентных, требует длительной курации, в течение которой периоды улучшения состояния сочетаются с часто повторяющимися рецидивами [2].

В исследовании, посвященном лечению энкопреза, сравнивалась эффективность биологической обратной связи и слабительного. Критерием успешности была частота недержания кала менее 1 раза в 2 недели. Результаты показали, что только 29% пациентов с функциональным неретентивным энкопрезом после 2 лет интенсивной терапии имели положительные сдвиги. Но, несмотря на полное выздоровление, у 15% в возрасте 18 лет наблюдались рецидивы заболевания [15].

ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРИУЧЕНИЯ РЕБЕНКА К ГОРШКУ/ТУАЛЕТУ

Считается, что у здорового ребенка физиологические предпосылки контроля за дефекацией, а, следовательно, и возможность приучения к горшку/туалету, формируются в 1,5–2,5 года. Навык опрятности возникает только при наличии у ребенка регулярного стула, что возможно при условии развитой моторики кишечника.

Физиологическая зрелость навыка дефекации определяется возможностью контроля состояния сфинктера. Критерием готовности к пользованию туалетом является сформированность двигательных навыков, таких как захождение в туалетную комнату, сидение на унитазе, опускание и поднимание штанов, пользование клавишей, смывающей воду в унитазе. Процесс обеспечивается должным уровнем развития рецептивной (понимаемой) речи, знанием таких слов, как «штаны», «туалетная комната» и др. Немаловажное значение имеет понимание инструкций взрослых и следование им, желание идти навстречу, выполнять требования. Считается, что для успешного пользования туалетом ребенок должен последовательно и своевременно выполнить по крайней мере 7 из 10 родительских словесных инструкций [6].

В литературе, посвященной привитию навыков опрятности, большое значение придается положению тела при дефекации. Подчеркивается, что поза «сидения на горшке» — не самая естественная для ребенка. Для избегания дистресса следует придерживать ребенка за руки. Попытки произвольной дефекации можно облегчить ребенку, держа его на руках или используя положение «сидя на корточках». Несвоевременное и настойчивое приучение к горшку может привести к стойкому страху на него садиться.

На первый взгляд кажется, что если ребенок физически, когнитивно и эмоционально не готов к обучению произвольной дефекации, то разумно было бы прибегнуть к тактике ожидания [6]. Однако во многих случаях причина недержания кала — это не отсутствие готовности к пользованию туалетом, а незнание родителями стратегий по эффективному обучению этому ребенка. А иногда — это неумение применить уже имеющиеся знания [16].

Если проблема связана с дефицитом когнитивных навыков, таких как пользование горшком/унитазом, соблюдение чистоплотности и других, то рекомендуется применять поощрительные меры [6]. Родителям следует отслеживать невербальные знаки, предварительно исходящие от детей, такие как «мимика дефекации» (напряжение мышц лица), «поза дефекации» (сидение на корточках в определенном месте). Легко догадаться, что в этом случае ребенка необходимо направить в туалет. Разговор с ребенком следует вести нарративным (повествовательным) тоном, избегая резких и директивных обращений.

Если энкопрез является протестной реакцией, то семья нуждается в консультации детского психотерапевта. Цель обращения — обучение родителей навыкам эффективного воздействия на ребенка и приучение к выполнению родительских требований. Сопутствующие поведенческие проблемы нередко выступают в качестве предиктора плохих результатов обучения туалету. Устранение оппозиционно-протестных форм поведения, в том числе деструктивного типа, следует проводить до попытки приучения ребенка к туалету.

При отказе ребенка садиться на горшок/посещать туалет из-за болезненной дефекации, вначале

рекомендуется преодолеть страх перед туалетом. Для этого на выбор предлагаются приятные занятия, такие как игрушки, чтение книжек и другие, что устраняет отрицательный условный рефлекс, связанный с посещением туалета. Вначале ребенка приводят в туалет всего на 30 секунд. Далее время пребывания увеличивается до 5 минут, можно использовать таймер. Вначале цель опорожнить кишечник не ставится, и ребенок может все время находиться в памперсе. Когда ребенок сидит на унитазе, то внимательно следят за правильным положением его тела и ног. Чтобы дефекация самостоятельно произошла, ребенок должен быть полностью расслаблен.

При устойчиво негативном отношении к дефекации ребенку просто дают возможность поиграть вблизи горшка/туалетной комнаты. Постепенно его высаживают на место, где совершается физиологическое отправление. Необходимо, чтобы ребенок переживал позитивный настрой при нахождении в туалетной комнате. Это может занять до нескольких недель.

После успешного привыкания ребенка к горшку/унитазу его следует высаживать на них только в необходимый момент. Учитывая, что при энкопрезе непроизвольная дефекация может возникать до нескольких раз в день, ребенка следует высаживать на горшок до 5 раз в день по 3–5 минут. Дети, как правило, не возражают против безрезультатного сидения на горшке/унитазе при условии, если взрослые при этом им читают книжки или играют с ними. Главное, чтобы они не испытывали при этом отрицательных эмоций.

После успешного прохождения всех предварительных этапов приучения к горшку проводят так называемую «церемонию выпуска». Ребенку объявляют, что он уже большой и снимают с него подгузник. Не рекомендуют частичное возвращение к памперсу во время прогулок или посещения магазина. По мере совершенствования навыка опрятности ребенка все реже приглашают в туалет для того, чтобы он сам учился реализовывать свои желания и реже спрашивал разрешение у взрослых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fifth edition DSM-5. New School Library. American Psychiatric Association. 2013: 357–9.
2. Koppen I.J.N., von Gontard A., Chase J. et al. Management of functional nonretentive fecal incontinence in children: Recommendations from the International Children's Continence Society. J Pediatr Urol. 2016; 12(1): 56–64. DOI: 10.1016/j.jpurol.2015.09.008.
3. Drossman D.A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. Gastroenterol. 2016; 150: 1262–79.
4. Burgers R., Benninga M.A. Functional nonretentive fecal incontinence in children: a frustrating and long-lasting clinical entity. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009; 48(2): 98–100. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3181a15ec6.
5. Шишков В.В. Психотерапия функциональных расстройств. Карманный справочник врача и психолога. СПб.: Скифия. 2013: 152–62.
6. Kuhn B.R., Marcus B.A., Pitner Sh.L. Treatment Guidelines for Primary Nonretentive Encopresis and Stool Toileting Refusal. Am Fam Physician. 1999; 59(8): 2171–8.
7. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей. СПб.: Питер; 2000.
8. Boylan K., Vaillancourt T., Boyle M., Szatmari P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007; 16: 484–94.
9. Нахимовский А.И. Практическая психотерапия детей и подростков. СПб.: Речь; 2003.
10. Shishkov V.V. Rational pharmacotherapy and integrative psychotherapy of different forms of encopresis in children and adolescents. J Psychiatria Danubina. 2019; 31.
11. Шевченко Ю.С., Дерягина М.А., Астахова О.А. Клинико-этологические механизмы функционального энкопреза. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели). Под ред. Ю.С. Шевченко. М.: Медицинское информационное агентство; 2018: 179–87.
12. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей: изд. 2-е, переработанное и дополненное. М.: Медицина; 1995: 111–3.
13. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. Л.: Медицина; 1977: 133–4.
14. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: МегаПро; 2010: 132.
15. Voskuijl W.P., Reitsma J.B., van Ginkel R. et al. Longitudinal follow-up of children with functional nonretentive fecal incontinence. Clin Gastroenterol Hepatol. 2006; 4(1): 67–72. DOI: 10.1016/j.cgh.2005.10.001
16. Luxem M.C., Christophersen R., Purvis P.C., Baer D.M. Behavioral-medical treatment of pediatric toileting refusal. J Dev Behav Pediatr. 1997; 18: 34–41.

REFERENCES

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fifth edition DSM-5. New School Library. American Psychiatric Association. 2013: 357–9.
2. Koppen I.J.N., von Gontard A., Chase J. et al. Management of functional nonretentive fecal incontinence in children: Recommendations from the International Children's Continence Society. J Pediatr Urol. 2016; 12(1): 56–64. DOI: 10.1016/j.jpurol.2015.09.008.

3. Drossman D.A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. Gastroenterol. 2016; 150: 1262–79.
4. Burgers R., Benninga M.A. Functional nonretentive fecal incontinence in children: a frustrating and long-lasting clinical entity. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009; 48(2): 98–100. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3181a15ec6.
5. Shishkov V.V. Psihoterapija funkcional'nyh rasstrojstv. Karmannyj spravochnik vracha i psihologa [Psychotherapy of functional disorders]. Sankt-Peterburg: Skifija Publ.; 2013: 152–62. (in Russian)
6. Kuhn B.R., Marcus B.A., Pitner Sh.L. Treatment Guidelines for Primary Nonretentive Encopresis and Stool Toileting Refusal. Am Fam Physician. 1999; 59(8): 2171–8.
7. Isaev D.N. Psihosomaticheskie rasstrojstva u detej. [Psychosomatic disorders in children]. Rukovodstvo dlja vrachej. Sankt-Peterburg: Piter Publ.; 2000: 116. (in Russian)
8. Boylan K., Vaillancourt T., Boyle M., Szatmari P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007; 16: 484–94.
9. Nahimovskij A.I. Prakticheskaja psihoterapija detej i podrostkov [Practical psychotherapy of children and adolescents]. Sankt-Peterburg: Rech' Publ.; 2003: 383. (in Russian)
10. Shishkov V.V. Rational pharmacotherapy and integrative psychotherapy of different forms of encopresis in children and adolescents. J Psychiatria Danubina. 2019; 31.
11. Shevchenko Ju.S., Derjagina M.A., Astahova O.A. Kliniko-jetologicheskie mehanizmy funkcional'nogo jenkopreza. [Clinical and ethological mechanisms of functional encopresis]. Klinicheskaja psihoterapija (instinktivno-povedencheskie i nejropsihologicheskie modeli). Pod red. Ju.S. Shevchenko. Moskva: Medicinskoe informacionnoe agentstvo Publ.; 2018: 179–87. (in Russian)
12. Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta. [Child psychiatry]. Rukovodstvo dlja vrachej: iz. 2-e, pererabotannoe i dopolnennoe. Moskva: Medicina Publ.; 1995: 111–3. (in Russian)
13. Garbuzov V.I., Zaharov A.I., Isaev D.N. Nevrozy u detej i ih lechenie [Neuroses in children and their treatment]. Leningrad: Medicina Publ.; 1977: 133–4. (in Russian)
14. Churkin A.A., Martjushov A.N. Prakticheskoe rukovodstvo po ispol'zovaniju MKB-10 v psihiatrii i narkologii [Practical guide to the use of ICD-10 in psychiatry and narcology]. Moskva: MegaPro Publ.; 2010: 132. (in Russian)
15. Voskuijl W.P., Reitsma J.B., van Ginkel R. et al. Longitudinal follow-up of children with functional nonretentive fecal incontinence. Clin Gastroenterol Hepatol. 2006; 4(1): 67–72. DOI: 10.1016/j.cgh.2005.10.001.
16. Luxem M.C., Christophersen R., Purvis P.C., Baer D.M. Behavioral-medical treatment of pediatric toileting refusal. J Dev Behav Pediatr. 1997; 18: 34–41.