

Memento

Rapportserie från Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro

Nr 30

Enkopresbehandling
- utveckling och utvärdering av
Toalettskolan, ett behandlingsprogram vid
Psykosomatikteamet i Örebro

Bibbi Sjödin
Margareta Dahlman

2002

ISSN: 1403-6827

Rapporten kan beställas från Psykiatriskt forskningscentrum,
Primärvård, psykiatri och habilitering, Box 1613, 701 16 Örebro,
telefon 019-602 58 90, e-post pfc@orebroll.se, eller www.orebroll.se/pfc.

Innehållsförteckning

Bakgrund, syfte	5
Frågeställningar	6
Enkopres ur olika perspektiv	7
I barnmedicinsk facklitteratur	7
Behandlingsråd	8
Enkopres enligt barnpsykiatrisk litteratur	8
Behandlingsråd	9
Forskning gällande enkopres.....	10
Behandlingsstudier	10
Deskriptiva studier	11
Enkopres enligt ”beprövad erfarenhet” – klinisk praxis.....	12
Inventering i Örebro län	13
Slutsatser	14
Toalettskolan – ett integrativt arbetssätt	15
Psykosomatikmottagningen	15
Enkopresproblematiken – olika förklaringsmodeller	16
Medicinsk/somatisk förklaringsmodell	16
Psykodynamisk förklaringsmodell.....	16
Kognitiv förklaringsmodell.....	17
Systemisk förklaringsmodell	18
Några fallbeskrivningar	18
Patientgruppen.....	23
Somatisk tilläggsproblematik	24
Barnpsykiatrisk tilläggsproblematik.....	24
Bortfall - ingen Toalettskola	26
Behandlingsuppföljning	28
Urval.....	28
Metod, genomförande.....	28
Resultat	28
Två tredjedelar av barnen är enkopresfria	28
En tredjedel av barnen har förbättrats – men inte helt	30
Slutsatser, diskussion	32
Referenser	34
Bilaga 1 Följebrev till enkätundersökning	36
Bilaga 2 Svarsblankett A för uppgiftslämnare som träffat enkoprespatienter	37
Bilaga 3 Svarsblankett B för uppgiftslämnare som inte träffat enkoprespatienter	38
Bilaga 4 Brev till föräldrarna med information om kommande telefonintervju	39
Bilaga 5 Frågeformulär	40
Tidigare utgivna rapporter i Mementumserien	42

Bakgrund, syfte

Enkopres – att avföringen inte kommer i toalettstolen utan i kläderna eller på annat olämpligt ställe – är ett relativt vanligt problem i förskoleåldern. Enligt de deskriptiva diagnoskriterier som anges i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV, 1995) – manualen för psykiatrisk diagnostik – är diagnosen uppfylld om ett minst 4-årigt barn vid upprepade tillfällen, avsiktligt eller ej, har avföring på olämpliga ställen. Detta ska upprepas minst en gång i månaden under minst tre månader och det ska inte vara förorsakat av någon substans eller somatisk sjukdom/skada. 3 % av alla öppenvårdsbesök hos barnläkare och 25 % av alla besök hos barn gastroenterologer är föranledda av enkopresproblematik (Stark, Pipari, Donaldson, Danovsky, Rasile & DelSanto, 1997; Vitito, 1999). Tillgängliga epidemiologiska data tyder på att 2,8 % av 4-åringarna är drabbade och att frekvensen sedan gradvis sjunker till 1,6 % när det gäller 10-11-åringarna. Könsfördelningen pojkar/flickor varierar i rapporterna från 2, 5:1 till 6:1 (Hersov, 1994; Loening-Baucke, 1996b).

Enkopres är ett besvärligt symptom ur många aspekter: Det är ett symptom som ofta leder till att jämnåriga, föräldrar, syskon och lärare känner avsmak och motvilja. Detta i sin tur kan leda till problem i barnets relation till omgivningen, barnets självförtroende och känslan av kompetens såväl hos barnet som hos föräldrarna. Problemet kan få stor inverkan på familjens hela sociala situation och möjligheter till fritidsaktiviteter, rekreation och nära samvaro. Det är också praktiskt och tidsmässigt krävande med tvättning av barnet och kläderna. Det är kostsamt eftersom kläder slits av ständigt tvättande och ibland måste kläder och textilier i hemmet kasseras eftersom de inte går att få helt rena. Huden i stjärten kan bli sårig och ömmande av frätande avföring och idogt tvättande.

I vårt arbete inom ett specialiserat barnpsykiatriskt öppenvårdsteam med placering på Barn- och ungdomsklinikens mottagning – psykosomatikteamet - fick vi med början 1996 ett ökande antal remisser gällande barn med långvarig och svår enkopresproblematik. Vi är båda leg. familjeterapeuter och det föll sig naturligt att möta dessa patienter på vårt sedvanliga sätt, dvs. med familjesamtal och med interventioner, "hemläxor", som familjen kunde arbeta med mellan samtalen. Efter ett antal patienter med liknande problematik utformades en mer systematisk modell och vi började presentera interventionerna genom att förklara att barnet nu skulle få börja i en "toalettskola".

Den modell som utformades var dock långt ifrån färdig. Vi noterade att de olika familjer vi mötte tolkade och genomförde instruktionerna på varierande sätt och vi fick många glada överraskningar när barn och föräldrar redovisade sina hemläxor. Vi lärde oss på detta sätt många knep och förbättringar som familjerna själva kommit på och som vi i vår tur kunde ta med i behandlingsupplägget kring nya patienter.

Vi började också få en tydlig positiv respons på vårt arbete. Flertalet barn och föräldrar redovisade att symptomen minskade eller upphörde helt efter ett relativt blygsamt antal besök – åtminstone sett ur ett barnpsykiatriskt perspektiv. Inremitterande läkare skrev allt oftare "Toalettskola" direkt som remissfrågeställning. Vi fick också några förfrågningar från andra landsting, där man bland annat efterlyste någon form av samlad dokumentation.

Samtidigt märkte vi också att de iögonfallande komponenterna av Toalettskolan ibland blandades samman med hela behandlingens innehåll. Vissa föräldrar – och även vårdgivare – tyckte att man redan hade provat Toalettskolan när familjen kom för ett första besök. Det visade sig då oftast att föräldrarna hade fått instruktioner kring att exempelvis sätta klistermärken i en almanacka el. dylikt när barnet hade bajsat i toalettstolen, eller att påminna/ge belöningar efter ett särskilt system. Ur vårt perspektiv var dessa komponenter dock endast utanpåverk i den behandling vi erbjöd men ur motivationssynpunkt kunde detta bli problematiskt: "Nej, det där med klistermärken, det har vi redan provat. Det hjälpte inte". Nej, det hjälper inte alltid med relativt enkla åtgärder som att sätta klistermärken i en bok, påminna om toaletten och ge belöningar. Men för oss blev det viktigt att fundera över: Vad är det som hjälper, då?

Frågeställningar

Hur kan man utveckla och beskriva en metod för behandling av enkopresproblematik? Vilka komponenter behöver ingå för att en behandlingsmodell för enkopres ska vara framgångsrik?

Rapporten är disponerad utifrån följande delfrågeställningar:

Vad säger teoretikerna, forskarna och praktikerna om enkopresproblematik som företeelse? I studiens andra del refereras hur problemet beskrivs i barnmedicinsk och barnpsykiatrisk facklitteratur, i forskningsrapporter av olika slag samt den kliniska praxis, den "beprövade erfarenhet" vi själva hade att tillgå innan vi började utforma vår Toalettskola.

Hur vanligt förekommande är detta problem i vårt län? Hur ser klinisk praxis och behandlingsresultat ut inom elevhälsovård, barnhälsovård, vid distriktsläkarmottagningar etc.? Det tredje avsnittet i studien är en redogörelse av en inventering vi gjort i Örebro län. Den genomfördes i form av en enkätundersökning till länets BVC- och skolsköterskor, barn- och distriktsläkare samt mellanchefer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Hur kan man beskriva den metod vi använder? Rapportens fjärde kapitel är en presentation av psykosomatikmottagningen och vårt arbetssätt, av olika förklaringsmodeller gällande enkopres, av fallbeskrivningar som illustrerar hur Toalettskolan har genomförts, av den patientgrupp som ingår i vår uppföljning samt några fallbeskrivningar gällande barn som inte kunnat ingå i Toalettskolan.

Vad säger patienternas föräldrar om sin situation och om behandlingen? I det femte avsnittet beskrivs behandlingsuppföljningen: urval, metod, genomförande och resultat.

Det sjätte och sista avsnittet innehåller slutsatser och diskussion.

Enkopres ur olika perspektiv

Enligt DSM – IV föreligger följande diagnoskriterier vid enkopres:

- A. Personen har vid upprepade tillfällen, avsiktligt eller ej, avföring på olämpliga ställen (t ex i kläderna eller på golvet).
- B. Minst ett sådant tillfälle i månaden under minst tre månader.
- C. Barnets ålder är minst fyra år (eller motsvarande utvecklingsnivå).
- D. Beteendet beror inte enbart på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. laxermedel) eller av somatisk sjukdom/skada såvida inte denna orsakat förstoppning.

I barnmedicinsk facklitteratur

Enkopres definieras i barnmedicinsk facklitteratur i enlighet med kriterierna i DSM IV. Det rör sig om "bajsande på oacceptabla platser" (Hull & Johnston, 1993) och betraktas som en avvikelse från 4 års ålder. Totalt förekommer enkopres hos drygt 1 % av alla barn i skolåldern (Behrman, Kligman & Jenson, 2000) och med en övervikt för pojkar. Det är sällsynt att man finner organiska avvikelser som kan förklara symptomet (Behrman et al., 2000).

Man skiljer på primär respektive sekundär enkopres, där den **primära enkopresen** innebär att barnet aldrig uppnått kontroll över tarmfunktionerna. Denna form anses allmänt vara svårare att behandla. **Sekundär enkopres** – som innebär att barnet haft en period av tarmkontroll på minst ett år innan symptomet började uppträda - betraktas som ett regressivt fenomen. Man beskriver att symptomet ofta representerar en omedveten ilska och trots hos barnet, som kommer in i negativa, självförstärkande cirklar om föräldrar eller lärare svarar med bestraffning eller andra starka, negativa reaktioner. Inte sällan får barnet också skolproblem i form av koncentrationssvårigheter eller mobbning, vilket förstärker den emotionella press barnet är utsatt för och vidmakthåller symptomet. Sekundär enkopres kan också uppstå i samband med förstoppning, se nedan.

Man skiljer också på **enkopres med eller utan förstoppning** där förstoppningsenkopres utgör ca 2/3 av fallen (Behrman et al., 2000). Etiologiskt delar man in förstoppningsproblematiken i tre undergrupper:

- A. Organiska orsaker – vilket enligt den refererade litteraturen är mycket ovanliga även om man hos vissa barn kan se en viss ärftlig disposition. Om organiska orsaker misstänks föreslås undersökningar i form av bukundersökning, intestinal tryckmätning, coloskopi eller röntgen. Dock betonas att avvikande resultat endast kan konstateras hos "ett fåtal barn" (Lindberg & Lagercrantz, 1999).
- B. Psykiatriska/psykologiska orsaker: anorexi, depression, traumatiska upplevelser av smärta i samband med avföring samt omedveten ilska och trots.
- C. Funktionella orsaker: Inadekvat/störd träning, oregelbundna vanor, stoppande kost, otillräckligt vätskeintag, stressande miljö eller omognad hos barnet.

Behandlingsråd

När det gäller barn med förstoppningsenkopres är behandlingsråden huvudsakligen inriktade på att ge föräldrarna information, rådgivning och undervisning inriktade på att hjälpa dem att återetablera normala toalettvanor för barnet. En viktig del av behandlingen är att häva förstoppningen med varierande tonvikt lagd på tarmtömningar (lavemang), laxativ, fiberrik kost, mineralolja etc. Genomgående betonar man regelbundna toalettbesök med registreringar och belöningar om barnet följer programmet.

Samtidigt betonar man att etiologin har betydelse för vilken behandlingsmetod man bör använda. I de fall förstoppningen kan anses orsakad av trauma eller där det finns tydliga aggressiva, provokativa komponenter menar man att detta kan vara tecken på en mera allvarlig störning, ett tillstånd där familjen kan behöva barnpsykiatrisk expert hjälp. Det samma gäller de fall där ett aktivt behandlingsprogram enligt ovan inte ger effekt. Detta kan antingen bero på att programmet inte följs eller att barnet har en allvarlig emotionell störning. I båda fallen rekommenderas barnpsykiatriska insatser. Detta gäller även fallen med primär enkopres, där man varnar för alltför långvariga behandlingsförsök med laxativ och lavemang (Behrman et al., 2000). I stället förordas en försiktig träning med regelbundna toalettbesök och belöningar men man betonar att familjen kan vara i behov av psykoterapeutiska interventioner riktade till barnet och familjen.

Enkopres enligt barnpsykiatrisk litteratur

Enkoprespatienter betraktas som en heterogen grupp med multifaktoriell etiologi och med behov av en multifaktoriell behandlingsmodell. En återkommande frågeställning i den refererade litteraturen är i hur stor utsträckning enkopres är en indikator på psykiatrisk störning. Vissa författare framhåller så gott som uteslutande psykologiska/psykiatriska faktorer medan andra betonar vikten av att utesluta organiska orsaker samt att ta noggrann anamnes vad gäller mat- och toalettvanor.

Även här skiljer vissa författare på primär respektive sekundär enkopres.

Den **primära enkopresen** kan ses som en maktkamp mellan föräldrarna och barnet i trotsåldern eller som ett sätt för barnet att visa aggressivitet (mot modern). Vissa barn kan också förknippa en lustupplevelse till enkopressituationens varma och mjuka kladdighet. Den **sekundära enkopresen** kan ha sitt upphov i påfrestningar som leder till regression men också i störningar i toaletträningen. En sådan störning kan vara att träningen kommer alltför tidigt utifrån barnets utvecklingsnivå. Ett annat exempel på störning är när toaletträningen sker med olämpliga metoder, dvs. hot eller alltför stränga krav. Detta senare kan bero på personlighetsmässiga faktorer hos föräldrarna, exempelvis tvångsproblematik eller starka äckelkänslor (Cederblad, 1996; von Knorring, 1998).

Man kan också se en skiljelinje mellan att betrakta enkopres som ett utvecklingsmässigt problem som leder till sekundära psykiska pålagringar (barn med mental retardation eller omognad i CNS såsom DAMP) eller som ett delsymptom i en generell psykisk störning med sociala beteendestörningar, emotionella störningar, stark psykosocial stress, s.k. "psykogena faktorer" eller dyl. (Gillberg & Hellgren, 2000).

Man skiljer också i vissa fall på förstoppningsenkopres och enkopres utan förstoppning. I den förra gruppen ser man enkopresen huvudsakligen som symptom på en maktkamp mellan barn och föräldrar. När det gäller den senare gruppen tycker man sig kunna identifiera en grupp av barn med varierande beteendeproblem av aggressiv natur, ofta i kombination med bristande språkutveckling, hyperaktivitet, negativism och envishet (von Knorring, 1998).

Ett sätt att identifiera de psykologiska mekanismer som kan leda till enkopres är att klassificera utifrån enkopretiskt beteende:

1. En grupp barn som **kan** kontrollera avföringsprocessen men som förlägger sin avföring på olämpliga ställen. Detta kan anses bero på psykologisk stress, exempelvis systers födelse, sjukhusvistelse, skolstart eller trauma. En alternativ hypotes kan vara dysfunktion hos föräldrarna eller i familjen, eventuellt i form av hårda straffmetoder. Det senare kan misstänkas framför allt i de fall då barnet smetar med sin avföring och/eller har andra antisociala beteendestörningar.
2. Barn med oförmåga till tarmkontroll. Barnet är omedvetet om att avföringen kommer eller är medvetet men ändå oförmögen till kontroll. Detta gäller ofta barn som har enkopres både i skolan och i hemmet. Här är det viktigt att utesluta mental retardation eller annan utvecklings- eller neurologisk avvikelse. Hos friska barn förekommer denna form av enkopres ofta bland de yngre barnen, ofta i kombination med enures och social aggressivitet. Dessa barn har också ofta svårigheter i skolarbetet, kommer från socialt ansträngda familjer med föräldrar som har begränsningar intellektuellt och/eller personlighetsmässigt.
3. En tredje grupp är barn där enkopresen orsakas av mycket lös avföring. Det kan gälla barn som har diarré pga. fysisk sjukdom såsom ulcerös colit eller annan gastrointestinal sjukdom. Men diarré kan också uppstå under stress eller ångest eller om barnet tvingas konfrontera en mycket skrämmande situation. I denna grupp ingår också barn som har förstoppningsenkopres enligt detta sätt att klassificera.
4. Man kan också identifiera en fjärde grupp med stark rädsla för toaletsituationen, "toalettfobi", mestadels beroende på traumatiska upplevelser av smärta i samband med avföring (Hersov, 1994).

Behandlingsråd

Utöver somatisk undersökning och anamnes vad gäller toalett- och matvanor rekommenderas att man också utforskar behandlingsmotivationen hos barn och föräldrar samt förmågan att förstå och följa behandlingsinstruktionerna.

Vid primär enkopres rekommenderas toaletträning, dvs. schemalagda, täta "toalettsittningar" – ofta i anslutning till måltider - i kombination med att man uppmärksammar och behandlar de vidare sociala och psykiska problem som ofta finns i familjen.

Den sekundära enkopresen betraktas som ett tydligare symptom på emotionell störning och beteendestörning hos barnet, ofta i kombination med avvikande attityder hos föräldrarna gällande barnets emotionella och sociala behov. Dessa barn behöver ofta en kombi-

nation av behandlingsformer: Insatser för att åtgärda ev. förstoppning, toaletträning med belöningar och psykoterapi/familjeterapi.

Forskning gällande enkopres

Inledningsvis kan konstateras att det förekommer sparsamt med forskningsrapporter på detta område – åtminstone om man dömer efter vilket resultat en litteratursökning ("en-copresis treatment") ger i de vanligast förekommande databaserna. Flertalet rapporter är amerikanska eller engelska, inte någon gäller svenska förhållanden. De deskriptiva studierna överväger i antal.

Behandlingsstudier

Inriktningarna i dessa studier varierar. Flera artikelförfattare utgår från begrepp såsom "standard medical management" (Stark et al., 1997) respektive "conventional treatment" (Loening-Baucke, 1996a). Dessa omfattar en kombination av åtgärder och inleds med att barnet genomgår undersökning (-ar) för att utesluta organiska orsaker till problemet. Det är dock mycket sällan man gör fynd som kan stödja en sådan etiologi. För barn med samtidig förstoppning anges att det till 95 % rör sig om funktionell enkopres, dvs. utan stöd för en medicinsk förklaringsgrund. Motsvarande siffra för barn utan förstoppning är 99% (Kuhn, Marcus & Pitner, 1999).

Utöver medicinsk undersökning ingår i "standard medical management" också ofta en inledande tarmtömning (lavemang), medicinering med mjukgörande medel, daglig toaletträning och fibertillskott i kosten. Vissa författare beskriver att man i tillägg ger föräldrarna undervisning om den bakomliggande förstoppningen och (i vissa fall) också gör olika insatser inriktade på att minska sociala och emotionella problem.

I vissa studier har man funnit att ca 58 % av de barn som genomgått "standard medical management" har återställts (Rockney, McQuade, Days, Linn & Alario, 1996). Studierna har varit retrospektiva och har haft som syfte att försöka urskilja befrämjande respektive försvårande faktorer. Här beskrivs exempelvis att sannolikheten för ett gott behandlingsutfall ökar om problemet debuterat under det senaste året. Därav följer att prognosen är sämre för barn med primär enkopres jämfört med barn som har sekundär enkopres (Taubman & Buzby, 1997). Barn med förstoppningsenkopres hade också bättre resultat än barn utan förstoppning. De barn som inte blivit återställda hade också ofta kortare behandlingstider än övriga. Gruppen som tidigare gått igenom flera misslyckade behandlingsförsök hade också sämre resultat.

I en undersökning presenteras data som tyder på att en grupp på 136 barn med enkopres skiljer sig signifikant från sina jämnåriga med avseende på fem beteendekategorier, definierade som associerade beteenden till enkopretiskt beteende. Dessa kategorier är hyperaktivitet/uppmärksamhetsstörning, antisocialt/aggressivt beteende, oro/nedstämdhet, fysiska/somatiska besvär samt social tillbakadragenhet. För 65 % av barnen har behandling av typen "standard medical management" varit tillräcklig medan 35 % bedömts ha behov av mer riktade psykosociala/psykologiska behandlingsinsatser. Efter genomförd, framgångsrik behandling har barnen genomgått en signifikant förbättring gällande de första kategorierna. En hypotes som framförs är att många positiva effekter uppnås och samverkar när enkopresen upphör. I familjen reduceras antalet situationer med negativ laddning, barnet får bättre självkänsla och en större upplevelse av kontroll. Interaktionen mel-

lan barn och föräldrar blir mer positivt laddad och energi frigörs som kan användas på andra områden (Sprague-McRae, Lamb & Homer, 1993).

Andra - prospektiva - studier har varit inriktade på att ge behandling i tillägg till "standard medical management" och därefter analysera resultaten. I några fall har det rört sig om randomiserade, kontrollerade studier där kontrollgruppen erhållit "standard"-behandling och experimentgruppen har fått något behandlingsinslag i tillägg. Det har då exempelvis rört sig om bio-feedback-träning (en metod för att träna barnets sammandragande och avslappnande muskelfunktioner i rektalområdet), speciellt fiberrik diet eller interventioner riktade till föräldrarna med syfte att bättre hantera barnets beteendestörning. Resultaten tyder på att vare sig dietföreskrifter, psykoterapi i traditionell mening eller bio-feedback-träning påverkar behandlingsresultaten i mätbar positiv riktning (Loening-Baucke, 1996a, 1996c; Brooks, Copen, Cox, Morris, Borowitz & Sutphen, 2000).

I någon studie har man enbart ägnat sig åt barn som inte blivit hjälpta av tidigare interventioner av "standard"-modell och genomfört en behandling med tydliga pedagogiska, kognitiva/beteendeterapeutiska inslag. Man använder beteckningar som "psychoeducation" och "child behavior management strategies" (Stark et al., 1997) och "demystification" (Rockney et al., 1996; van der Plas, Benninga, Taminiu, & Buller, 1997) för att beskriva de interventioner som bl. a syftar till att öka barns och föräldrars kunskaper, motivation, självförtroende och kompetens. Man betonar vikten av förutsägbarhet (tydliga ramar, schemata) och riktad uppmärksamhet i kombination med avtal och belöningar för att öka behandlingsföljsamheten.

Sammantaget kan sägas att det rapporteras positiva effekter för barn med enkopres i de fall behandlingen har beendeterapeutiska inslag, vanligtvis med tillägg av mjukgörande medicinering om barnet har problem med förstoppning eller för hård avföring (Stark et al., 1997; van der Plas et al., 1997; Brooks et al., 2000; Mikkelsen, 2001).

Deskriptiva studier

Flertalet studier fokuserar på kopplingen mellan enkopres och annan problematik. Det kan gälla fysiologiska samband (exempelvis kronisk förstoppning, dålig muskelfunktion). Andra fokuserar på psykologiska / kognitiva faktorerens samband med enkopres (försenad mognad, mental retardation, AD/HD problematik) (Foreman & Thambirajah, 1996). Vanligast förekommande är dock kartläggningar gällande barnpsykiatrisk och/eller psykosocial problematik i samband med enkopres (ångest, depression, sexuella övergrepp, misshandel, trotsyndrom, problem i relationen föräldrar/barn, psykosociala påfrestningar) (Foreman & Thambirajah, 1996, 1998; Ling, Cox, Sutphen & Borowitz, 1996; Morrow, Yeager & Lewis, 1997; Taubman & Buzby, 1997; Kuhn et al., 1999; Aruffo, Ibarra & Strupp, 2000).

Vad gäller synen på kombinationen enkopres och beteendestörningar menar flera författare att man kan se en skiljelinje mellan att betrakta beteendestörningen som sekundär till enkopresproblematiken jämfört med att utgå från en gemensam etiologi som leder till både enkopres och beteendestörning.

De flesta författare identifierar en grupp barn med särskilt svårbehandlade symptom, dvs. där en allmän, pediatrik behandlingssats med medicinering och rådgivning (se "stan-

dard medical management" ovan) inte ger resultat. I denna grupp finns t ex barn med ångest, depression, trots, uppmärksamhetsstörning, hyperaktivitet, psykosocial problematik och låg kognitiv nivå. Denna grupp kan utgöra en betydande del av det totala antalet barn med enkopres, 20 – 40 % (Levine, 1982; Sprague-McRae et al., 1993; Buttross, 1999). Därför förordas noggrann anamnes och kartläggning av utvecklings- och beteendenaspekter, psykosociala stressfaktorer, föräldrarnas inställning etc.

Av beskrivningarna framgår att det stora flertalet barn med enkopres också har förstoppning eller håller tillbaka avföringen ("retention of stools"). Det kan röra sig om 80 – 95 % av barnen (Kuhn et al., 1999). Denna typ av enkopres är ofta primär och man beskriver en tydlig koppling till brister i den sociala miljön, föräldraproblematik och inlärningssvårigheter hos barnen – men också till emotionella störningar, även om dessa i vissa fall kan ses som sekundära (Levine, 1982; Waterston, 1999). Vad gäller övriga fall av svårbehandlad enkopres beskrivs att det oftast rör sig om emotionella och beteendemässiga störningar i kombination med dålig följsamhet/bristande uthållighet i behandlingsupplägget hos barn och/eller föräldrar.

Enkopres enligt "beprövad erfarenhet" – klinisk praxis

Inom barn- och ungdomspsykiatri har barn med enkopresproblematik länge ansetts mycket svårbehandlade och avsevärda resurser har avsatts till olika former av lekterapi och föräldrastöd med utgångspunkt i hypotesen att enkopres är ett symptom på tidigare upplevt trauma eller konflikt – och att terapin syftar till en bearbetning som gör att symptomet upphör. Vår egen kliniska erfarenhet är att barnen kan ha nytta av terapin vad gäller självkänsla, emotionell utveckling etc. men att enkopresproblematiken därmed inte med självklarhet upphör.

Ur barnmedicinsk synvinkel läggs också stora resurser på denna patientgrupp framför allt i form av omfattande somatiska undersökningar (coloscopi, tarmbiopsi, tryckmätning av tarmen etc.), utredningar (födoämnesintolerans) och behandlingsinsatser (rådgivning, dietföreskrifter, medicinering mm). För de patienter som kommer till vår mottagning gäller vanligen att de gått igenom flera av ovanstående åtgärder utan att man gjort några fynd som kan förklara symptomen.

Inventering i Örebro län

Syftet med denna enkätundersökning var att få en bild av situationen i länet gällande förekomst av enkoprespatienter, behandlingspraxis och resultat. I en vidare bemärkelse fanns också syftet att utifrån dessa data bedöma huruvida det är rimligt att vi från psykosomatikteamet mera regelmässigt ska kunna erbjuda Toalettskolan som en behandlingsinsats till alla länets enkoprespatienter.

Undersökningen genomfördes under september och oktober 1999 och riktades till länets BVC-sköterskor (79 st.), barnläkare i öppenvård (8 st.), skolhälsovårdssköterskor (70 st.), distriktsläkare (117 st.) samt teamledare och föreståndare inom barn- och ungdomspsykiatri (14 st.). Vi valde att inte vända oss till barn- och ungdomshabiliteringen utifrån tanken att dessa barn har varierande grader av mental retardation och/eller fysiska funktionshinder som påverkar såväl etiologi som behandlingsmöjligheter. Klinisk praxis respektive resultat blir därför svårt att värdera.

Enkäten (bilaga 1, 2 och 3) sändes ut till totalt 288 mottagare. Svar erhöles från 61 personer (21 %). I utskicket adresserades enkäten till viss person i de fall då namnet gick att utröna från interntelefonkataloger eller adresslistor. I övriga fall adresserades enkäten till funktionen "skolsköterskan på X-skolan", varför en och samma person kunde svara för upp till fyra skolenheter. De inkomna enkäterna representerar därför 72 av de funktioner som adresserats, en svarsfrekvens på 25%.

Svarsfrekvensen fördelade sig på följande sätt:

Skolsköterskor:	15 svar (representerande 26) av 70 enheter	= 37 %
BVC sköterskor:	31 svar av 79 enheter	= 39 %
Barnläkare:	3 svar av 8 enheter	= 37 %
Distr.läkare:	5 svar av 117 enheter	= 4 %
Teamled/förest:	7 svar av 14 enheter	= 50 %

Kommentar: Den mycket låga svarsfrekvensen gällande distriktsläkare kan troligen till stor del förklaras med att många tjänster varit vakanta under den period som enkäten avser. Personalomsättningen har också varit hög i denna grupp, vilket framgätt av att mängder av kuvert returnerats obrutna med hänvisning till att adressaten inte längre arbetade kvar.

Spridningen i länet:

13 svar inkom från länets södra delar (Kumla, Hallsbergs och Askersunds kommuner), representerande 15 enheter. 11 svar inkom från de norra delarna (Lindesbergs, Nora, Hällefors och Ljusnarsbergs kommuner), representerande 16 enheter. 10 svar inkom från de västra delarna (Karlskoga, Degerfors, Laxå och Lekebergs kommuner), representerande 11 enheter. 21 svar inkom från Örebro kommun. 6 svar inkom från enheter med länsövergripande verksamhet (ex. vis Birgittaskolan, specialskola för döva och gravt hörselskadade barn samt behandlingsenheter inom BUP).

Förekomst:

Totalt redovisades 13 patienter med enkopresproblematik i åldrarna 4-11 år, könsfördelning 11 pojkar och 2 flickor. Vårdgivare inom BUP redovisade sex av dessa patienter. Därutöver kontrollerade vi också diagnosregistreringarna för öppenvårdsbesöken vid Barn- och ungdomsklinikens mottagning för den aktuella perioden. Där återfanns ytterligare tre patienter, två 6-åriga pojkar och en 7-årig flicka.

Under samma period hade vi på psykosomatikmottagningen besök av 10 patienter med enkopres. Barnen var i åldrarna 5-14 år och könsfördelningen 7 pojkar och 3 flickor.

Inget barn redovisades av mer än en vårdgivare.

Praxis och resultat:

Tre av patienterna har efter besöket remitterats vidare till psykosomatikteamet. För fyra av patienterna har vårdgivaren inte angivit något under rubriken "vidtagna åtgärder". Övriga patienter har erhållit insatser av rådgivande karaktär gällande kost- och toalettvanor, ofta i kombination med lösende medicinering. För två av patienterna har insatserna innefattat familjesamtal i samband med instruktioner om toalettbesök. Båda dessa patienter har behandlats inom barnpsykiatrisk öppenvård och har sedan redovisats som symptomfria i enkäten. För sex av patienterna har rutan "resultat" lämnats obesvarad. För resterande patienter har vårdgivarna angivit vissa förbättringar eller skrivit "vet ej ännu"(1) eller "provar ytterligare"(1).

Slutsatser

Inledningsvis kan konstateras oklarheter när det gäller till vilken kategori/enhet enkätsvaren ska föras eftersom det inte alltid klart framkommer i vilken utsträckning de svarande har kombinationstjänster (ex vis skola/BVC). Då kommunerna respektive kommundelarna i länet har mycket skilda konstruktioner på tjänster i stödteam, resursteam, elevhälsovård etc. är det möjligt att fler enheter skulle kunna bockas av om förhållandena varit bättre kända. Det är dock rimligt att anta att många barn träffar fler än en person bland enkätmottagarna och att detta i sig innebär en något mindre risk att barn "faller mellan stolarna".

Enligt denna inventering sökte således 26 patienter i länet någon form av vårdgivare på grund av enkopresproblematik under september och oktober 1999. Barnen var i åldrarna 4-14 år, 10 av barnen var förskolebarn, dvs. under 7 år. Könsfördelningen var 20 pojkar och 6 flickor. Samtliga förskolebarn var pojkar. 10 av barnen (38 %) sökte på psykosomatikmottagningen och ytterligare tre barn fick remiss utfärdad till psykosomatikmottagningen efter besöket.

Hur många barn skulle man förvänta sig utifrån prevalensen, dvs. hur vanligt förekommande är detta problem? Siffrorna gällande prevalens varierar mellan olika kliniker och forskare men anges vanligen inom intervallen 1-3 % av alla barn (Stark et al., 1997; Kuhn et al., 1999; Vitito, 1999; Aruffo et al., 2000). Detta måste dock betraktas som mycket osäkra värden. De bygger företrädesvis på gamla undersökningar och några aktuella siffror har vi inte lyckats hitta, inte heller någon uppgift gällande svenska förhållanden.

I länet fanns 9 553 barn i åldrarna 4-6 år den 31 december 2000 (Nicklasson, 2001). Räknat på den lägsta prevalenssiffran – 1 % - skulle man kunna förvänta sig ca 100 barn i försko-

leåldern, vilket innebär 10 gånger så många barn som vi fått uppgift om. Vid samma tidpunkt fanns 14 992 barn i åldrarna 7-10 år. Samma prevalenssiffra skulle resultera i ett förväntat resultat på ca 150 barn i dessa åldersgrupper, dvs. 10 gånger så många barn som de 16 barn i åldrarna 7-10 år som vi fått uppgifter på.

Det finns ytterligare en faktor som gör ovanstående resultat osäkert: I enkäten bad vi mottagarna redovisa de **patientbesök** som förekommit under en viss tvåmånadersperiod och där besöket föranleddes av enkopresproblematik. När vi går till vårt eget patientmaterial kan vi konstatera att vi hade kontakt med många enkoprespatienter under denna period men att vissa återbudade besök eller hade glesare besök just under dessa två månader – därmed blev de heller inte redovisade i denna sammanställning. Möjligen gäller samma förhållanden för de patienter som haft kontakt med andra vårdgivare i länet.

Ambitionen och syftet med enkäten var att få en bild av situationen i länet gällande förekomst av enkoprespatienter, behandlingspraxis och resultat. Tyvärr måste vi konstatera att detta syfte inte uppfyllts. Detta beror dels på det mycket stora bortfallet i svarsfrekvens, men också på flera andra osäkerhetsfaktorer som redovisats ovan.

Toalettskolan – ett integrativt arbetssätt

Psykosomatikmottagningen

Psykosomatikteamet är en barn- och ungdomspsykiatrisk behandlingsresurs förlagd till Barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro. Vi arbetar på uppdrag (efter remiss) främst från barnläkare runt om i länet. Resursen är blygsam: 10 timmar psykolog, 10 timmar kurator samt 4 timmar läkare per vecka. Årligen mottar vi ca 60-70 remisser och vi har därför inte möjlighet till långa eller täta behandlingskontakter. Vi arbetar som psykolog respektive kurator på teamet och är båda legitimerade psykoterapeuter med familjeterapiinriktning utöver vår psykodynamiska "grundskolning".

I vårt generella sätt att arbeta på psykosomatikmottagningen har vi alltmer inriktat oss på att i första hand använda lösningsfokuserade strategier, dvs. att ta fasta på det som fungerar och vidga dessa områden - som alternativ till att utforska problemen med frågeställningar som "varför" eller att utforska bakomliggande faktorer - även om vi själva kan ha hypoteser om att sådana faktorer kan finnas. När det gäller att förstå problemet har vi ofta pratat i termer av "onda cirklar" eller att barnet/familjen kommit in i ett mönster av tankar och samspel som vidmakthåller symptomet. I detta sätt att resonera har vi närmat oss den kognitiva psykologin men här finns också tydliga systemteoretiska inslag i vårt sätt att förhålla oss till problemen. Till detta integrativa synsätt kommer givetvis också teorier och hypoteser om rent somatiska faktorer samband med de beskrivna symptomen. Sådana hypoteser framförs tämligen ofta också av föräldrarna, som ju initialt sökt den somatiska sjukvården för att få hjälp.

Enkopresproblematiken – olika förklaringsmodeller

När vi började träffa enkoprespatienter och deras familjer föll det sig naturligt att använda ovan beskrivna integrativa synsätt även här. Man skulle kunna beskriva de olika komponenterna på följande sätt:

Medicinsk/somatisk förklaringsmodell

Föräldrarna har sökt den somatiska sjukvården utifrån föreställningar om någon somatisk skada, dysfunktion eller reaktion som orsak till enkopresen. Utifrån detta resonemang har de också förväntningar på att problemet ska åtgärdas via somatiska "åtgärder" (alltifrån glutenfri kost till stomioperation). Barnen har vanligen genomgått mängder med undersökningar och behandlingsförsök men dessa har inte hjälpt i någon nämnvärd grad.

Integrativt synsätt: Vi har stor respekt för familjens inställning i detta avseende och går noggrant igenom föräldrarnas tankar om tidigare undersöknings- och behandlingsresultat. Det viktigaste är att höra om föräldrar och barn kan känna sig säkra på att man "gjort allt" för att utesluta att enkopresen är symptom på någon oupptäckt, allvarlig sjukdom. Vi rekommenderar alltid föräldrarna att fortsätta med de medicinska behandlingsmetoder som behandlande läkare ordinerar. Vi går ordentligt igenom barnets matvanor och diskuterar hur man bäst kan hjälpa barnet att äta mer av sådant som är bra (och samtidigt gott) och mindre av sådant som kan förvärra problematiken. Vi för också ett resonemang kring temat "känslig mage" med en tydlig strävan att normalisera detta så mycket som möjligt. Ofta visar det sig att barnet på detta sätt kan få höra att även andra i familjen är "känsliga" - även om de för den skull inte har just detta symptom. Vi normaliserar också genom att tala om att vi på mottagningen ofta möter barn med just detta problem. Sist men inte minst ger vi barnet en lektion kring hur mage, tarm och bajs fungerar. Denna genomgång har som främsta syfte att avmystifiera symptomet, att ge barnet en enkel, benämnbart modell för hur symptomet kan förklaras och avhjälpas.

Psykodynamisk förklaringsmodell

För många föräldrar ter det sig naturligt att söka efter psykologiska förklaringar när de somatiska undersökningarna inte kunnat ge svar på frågor om hur eller varför symptomet uppstått. Föräldrarna kan på detta sätt själva vara inne på hypoteser om traumatiska upplevelser, exempelvis upplevda smärtor i samband med avföring eller låsningar av annan orsak.

Utifrån denna förklaringsmodell har föräldrarna ofta förväntningar på att barnet behöver individualpsykologisk behandling i någon form - alltifrån enskilda psykologsamtal till hypnos. Det är inte ovanligt att föräldrarna själva försökt hjälpa barnet att rekonstruera hypotetiska trauman och att de på detta sätt - ofrivilligt - bibringar barnet uppfattningen att detta med rekonstruktion/återupplevande är en förutsättning för att bli av med enkopresen.

För en grupp patienter kan enkopresproblematiken tydligt ses som en del i en mer omfattande problematik, exempelvis rörande övergreppstrauman eller omfattande relationsproblematik mellan föräldrarna eller i familjen i övrigt. Det är vår erfarenhet att toalettskolan som behandlingsmodell är fullt möjlig att genomföra som komplement till samtliga, mer omfattande insatser.

Integrativt synsätt: Vi har ingen strävan efter att ifrågasätta föräldrarnas tankegångar om traumatiska upplevelser eller andra psykologiska faktorer betydelse för utvecklandet av symptomet. Vi är dock noga med att kartlägga om barnet visar andra symptom som kan härröras till dessa psykologiska faktorer. Hit hör exempelvis olika regressiva symptom eller tecken på krisreaktion. Tämligen ofta beskriver föräldrarna att barnet i allt väsentligt fungerar åldersadekvat, bortsett från sådana problem som kan sägas vara en direkt följd av enkopresen, och att de problem man kan definiera i den aktuella situationen är relaterade till detta symptom.

Kognitiv förklaringsmodell

Från ett kognitivt perspektiv kan man se ett symptom eller ett agerande som en slags coping-strategi, dvs. individens sätt att hantera tankar, inre bilder, minnen, föreställningar och förväntningar samt tolkningar av olika situationer. Flera föräldrar beskriver att deras barn utvecklat någon form av rädsla eller undvikande beteende kopplat till toalettbestyr och avföring. I vissa fall kan också föräldrarna ange någon situation eller period då barnet haft speciella svårigheter i samband med bajsandet. Såväl barn som föräldrar kan också efter en lång tids problem förmedla upplevelsen "nu har vi försökt allt, men ingenting har hjälpt", dvs. en hopplöshetskänsla där både barn och föräldrar ser sig som offer för saker- nas tillstånd. Med upplevelsen att "allt" redan prövats följer också lätt en rädsla för ytterligare besvikelser. Det känns motigt att än en gång satsa tid och energi på ytterligare behandlingsförsök när tidigare försök redan misslyckats.

Ytterligare ett exempel på kognitiva aspekters betydelse har med maten att göra. Föräldrarna kan t ex i många fall vara väl medvetna om hur barnet borde äta för att förebygga alltför hård eller lös avföring. Samtidigt kan de beskriva hur svårt det är att förmå barnet till detta och hur de ofta kapitulerar inför barnets hårdnackade motstånd att behöva äta sådant som definierats som äckligt. Påtagligt många barn har visat sig ha en mycket begränsad repertoar av sådant som de kan äta utan problem.

Integrativt synsätt: En kognitiv förklaringsmodell kan oftast utgöra en mycket konstruktiv utgångspunkt när det gäller att hitta faktorer som kan befrämja en positiv utveckling. Det som har lärts in fel kan läras om. Om man har hypoteser om vad det är som försvårar innebär det ofta att man faktiskt kan vända på steken för att se vad som kan underlätta.

En tydligt försvårande faktor i detta sammanhang är den känsla av hopplöshet och den offerkänsla som nämnts ovan. Följaktligen är det vår tydliga ambition att till både barn och föräldrar förmedla att detta är en metod som vi vet har hjälpt väldigt många barn att få kontroll över sitt problem och bli av med det "t o m barn som är flera år äldre än Du". Vi berättar hur dessa andra barn har upplevt situationen som hopplös och hur de tycker sig ha prövat "allt" ("och det har väl ni också gjort?"). Vi håller med om att familjen verkligen har slitit hårt med problemet med tillägget att man kanske gjorde behandlingsförsöken när barnet inte var riktigt moget eller att man inte höll på tillräckligt länge. En förälder har sagt: "Första gången vi sågs talade ni om att det tar lika lång tid att arbeta bort problemen som den tid man har haft dem." Ingen av oss kan erinra sig detta yttrande, men denna förälder tyckte det var en trösterik tanke när det ibland blev bakslag i behandlingen. Sedan dess har vi citerat denna "tumregel" då och då till andra föräldrar.

Systemisk förklaringsmodell

Utifrån detta perspektiv kan man betrakta symptomet (enkopresen) som ett budskap som oftast inte kan finna andra uttrycksformer i just detta system och som också fyller en funktion i systemet, dvs. familjen. Vilken innebörd symptomet har kan utforskas bl. a genom att undersöka interaktionsmönstret före resp. efter symptomdebuten, vilka i systemet som förts närmare resp. längre ifrån varandra, hur man hjälpts åt. Andra aspekter kan vara att symptomet innebär ett hinder för någon/några men också en större frihet för andra. Det som en gång orsakade att ett symptom uppstått behöver naturligtvis inte heller vara orsak till att problemet kvarstår.

Många av de föräldrar vi möter beskriver processer i familjen som gör det rimligt eller t o m logiskt att barnet har enkopresproblem. Symptomet kan exempelvis ha en avledande funktion där de vuxna behöver ägna sig åt samarbete i stället för (en underliggande) konflikt. Ett annat exempel är att barnet genom sin enkopres får välbehövlig uppmärksamhet och tid av föräldrarna som kanske annars har fullt upp med något syskon eller med bekymmer av något slag.

Integrativt synsätt: Den behandlingsmodell som beskrivs i Toalettskolan innebär att barn och föräldrar engageras i ett samarbete där barnet också får mycket tid och uppmärksamhet. I den föreskrivna modellen ligger dock mycket tonvikt på att uppmärksamma det som fungerar, fira framgångar etc. Toalettskolan fyller alltså i många fall delvis samma funktion i systemet som symptomet tidigare gjort - med den viktiga skillnaden att Toalettskolan medför ett betydligt större mått av positiva inslag, positiv uppmärksamhet och målriktat samarbete.

Några fallbeskrivningar

Pojken A är 5 år när han remitteras av en barnläkare i öppenvård. Han kommer tillsammans med båda föräldrarna, som beskriver en välordnad social situation: A bor med båda sina föräldrar, har en välfungerande, 7-årig bror och förefaller trivas på sitt dagis och i bostadsområdet.

A har primär enkopres men blev däremot torr dag och natt i normal tid. Man ser inget tydligt mönster vad gäller A:s enkopres. Ibland bajsar han i byxorna flera gånger per dag och ibland glesare. Ibland kan han klara sig utan enkopres under timmarna på dagis, ibland inte. A har inga problem med maten.

A ger i samtalssituationen ett blygt och försiktigt intryck. Han har svårt att svara för sig på de frågor vi ställer men nickar eller skakar på huvudet om han får ja/nej-frågor. Han ger ett yngre intryck än sina 5 år.

Vi berättar för honom att vi har fått brev från hans doktor eftersom doktorerna på sjukhuset vet att vi kan hjälpa barn som bajsar på sig. När vi berättar att vi träffat många andra barn "till och med sådana som är äldre än Du, som har börjat skolan" och att vi hjälpt dem, blir A lite mer intresserad. Vi pratar om bajs och om kopplingen mellan mat och bajs, vi orienterar oss om familjens tider och vanor exempelvis gällande morgonrutiner, måltider och sänggående. A själv börjar kunna bidra alltmer i samtalet, berättar om sina kompisar och vad de tycker om att göra tillsammans.

A och föräldrarna får instruktioner kring Toalettskolan med inköpslista, rutiner kring hur träningen ska göras, exempel på hur registreringarna ska föras och instruktioner kring hur framgångarna ska firas. Föräldrarna får också i uppdrag att instruera dagispersonalen.

Vid andra besöket sex veckor senare har A och föräldrarna skött toalettskolan exemplariskt. Han har haft tre enstaka enkoprestillfällen, men vi kan konstatera att A har avföring mycket sällan, det kan ibland gå upp till en vecka mellan gångerna. Vi pratar en hel del med A om vilken sorts mat han tycker om, sedan berättar vi vilken mat som är lösande respektive stoppande och ger tilläggsinstruktioner att öka respektive minska på de olika livsmedel som A anger.

Två månader senare är det dags för återbesök. A kommer nu med sin mamma och storebror. A har inte haft några enkopreser under dagistiden men de senaste veckorna har han varit hemma, eftersom mamma har blivit arbetslös. Familjen har nu förlorat en del av sina tidigare rutiner och det har varit lite si och så med motivationen, toaletträningen och registreringarna. Det har också hänt enstaka "olyckor" när A varit hemma i lägenheten eller ute och lekt. När vi tittar i de registreringar som gjorts, konstaterar vi att vi kan ändra en del i instruktionerna för att situationen ska bli mindre tjatig. Vi ger också mycket beröm och strävar på olika sätt efter att stärka motivationen hos A och föräldrarna.

Ytterligare två månader senare är det dags för nytt återbesök. I familjen har man nu tagit nya tag, trots att mamma fortfarande är arbetslös. Det framkommer nu ett tydligt mönster i A:s enkopres. Om han bajsar på toaletten 2-3 gånger per vecka klarar han sig helt utan enkoprestillfällen. Om avföringarna däremot är glesare, kommer det "lite kladd" i byxor. Detta har inträffat vid fyra tillfällen under de sista två månaderna. Det visar sig att A:s mamma trots att dessa enkoprestillfällen beror på att A är alltför lös i magen och vi resonerar därför en stund kring hur förstoppningar kan byggas upp och det läckage som kan uppstå vid sidan om. Vi tar också ett nytt varv kring kostråd och har A:s medverkan i vad som är möjligt och acceptabelt ur hans synpunkt.

Två månader därefter har A inte längre någon enkopresproblematik och bygger heller inte upp någon förstoppning. Vi avslutar därför kontakten. Vid uppföljning efter sex månader är A fortfarande symptomfri.

Flickan B är 13 år när hon remitteras av läkare på Barn- och ungdomskliniken, som i sin tur fått remiss två år tidigare från en barnläkare på annan ort i länet. Under dessa två år har man gjort försök med biofeedbackträning, kostråd och medicinering – dock utan effekt.

B har haft en mycket kort period då hon som liten kunde kontrollera avföringen. Enkopresproblematiken debuterade i 3,5 årsåldern i samband med en sjukhusvistelse. Efter flera behandlingsförsök inom somatisk sjukvård remitterades flickan till barnpsykiatri vid 4 års ålder men föräldrarna avböjde då kontakt. Föräldrarna sökte sedan själva när B hunnit bli 6 år gammal. Hon hade då genomgått flera smärtsamma och obehagliga undersökningar och enkopresproblematiken hade snarast förvärrats under de senaste åren.

Enligt den barnpsykiatriska bedömningen fanns en djup problematik med tidiga traumata som medfört låsningar kring skräck och smärta. Man uppfattade också B som en person-

lighetsmässigt lite speciell flicka med starka trots-/kamp-/kontrollbeteenden. Därtill fanns svårigheter i familjemönstret, där B fått en speciell position i familjen utifrån föräldrarnas skuld- och hopplöshetskänslor. Det framkom också egen problematik hos föräldrarna – såväl individuellt som i parrelationen. B påbörjade en individualkontakt – lekterapi – hos psykolog och föräldrarna fick separata samtal hos kurator. Behandlingskontakten pågick i tre år.

Vid avslutningen konstaterades att B blivit alltmer öppen och frimodig och att hon hade fått ett bättre självförtroende. Föräldrarnas situation var avsevärt förbättrad i den inbördes relationen, i relation till B och till familjens nätverk. B hade dock kvar sin enkopresproblematik – även om hennes lösningar i övrigt minskat avsevärt.

När B kommer till sitt första besök på psykosomatikmottagningen har hon hunnit fylla 14 år. Hon kommer med båda sina föräldrar. Modern är långtidssjukskriven. Skolsituationen beskrivs som relativt bra, kamratkontakterna likaså. B har nu enkopres 2-6 gånger dagligen och har alltid med sig rena trosor vart hon än går. B beskrivs som petig i maten och äter därför oregelbundet hemma och så gott som aldrig i skolmatsalen. Det framkommer att temat "mat" varit en källa till konflikter, speciellt mellan B och mamman, som säger att hon nu har givit upp.

Föräldrarna förmedlar att B på olika sätt drog nytta av den tidigare behandlingskontakten på BUP men signalerar tydligt att de själva inte vill gå igenom något liknande igen. Vi gör det tydligt för familjen att vi nu kommer att arbeta på ett annat sätt och talar också om vilka erfarenheter vi har av hur enkopresproblematik kan avhjälpas och vilka komponenter som är verksamma för att komma tillrätta med problemet. Vi tar en mycket kortfattad anamnes gällande mat- och toalettvanor och koncentrerar oss sedan på att kartlägga den aktuella situationen i familjen gällande familjemedlemmarnas olika tider, rutiner, måltider och andra aktiviteter. Vi gör också en noggrann kartläggning av B:s egen inställning till mat och måltider, till rutinerna, vilka aktiviteter som är viktiga för henne, hur hon ställer sig till påminnelser/tjat etc. Därpå läggs ett program upp i samförstånd med B, där föräldrarna tilldelas vissa roller i förhållande till henne och hennes vardagsaktiviteter.

Sex veckor senare kommer B på sitt första återbesök. Hon har nu endast haft 2-3 enkopreser per vecka. Vi kan notera att B vanligen klarar sig utan enkopres om hon fullföljer instruktionerna, som innebär fem toalettbesök per dag. Vi konstaterar också att svårigheterna för hennes del ligger i att "komma ihåg" respektive prioritera toalettbesöken framför andra aktiviteter som lockar. B förefaller också ha mycket lätt att bygga upp förstoppning. Detta konstaterande leder till en del förändringar i instruktionerna, där vi tar större hänsyn till B:s vardagssituation och aktiviteter.

Ytterligare sex veckor senare återkommer B och föräldrarna. Hon har nu en förstoppning sedan tre veckor tillbaka, vilket lett till "kladd i byxorna" vid flera tillfällen. Det visar sig att B har en lösande medicin hemma men hon vill inte ta den eftersom den smakar så illa. Hon har tidigare emellanåt ändå tagit medicinen då hon varit förstoppad men har sedan genast slutat när förstoppningen har hävts. Vi får ett resonemang om kontinuerlig medicinering, vilket även barnläkaren rekommenderat. Slutligen kan vi göra en överenskommelse med B om hur denna medicinering ska genomföras för att hon ska stå ut med den.

Vid tredje återbesöket efter sex veckor visar det sig att B nu har etablerat regelbundna toalettvanor och sköter detta bra. Hon har däremot inte kunnat etablera regelbundna medi-

cinvanor, vilket gör att hon av och till blir förstoppad med enkopreser som följd. Huvudsakligt tema blir därför att upprätta en tydligare struktur kring medicineringen och öka B:s eget ansvar och inflytande när det gäller de egna matvanorna.

Efter två månader träffas vi igen. Det har nu varit sommaruppehåll och B är nedstämd och håglös. Hon kan med mammans hjälp berätta om sina känslor av hopplöshet: "det är ingen idé, jag kommer alltid att ha det så här". Mamma antyder också att det har varit "rörligt" i familjen den senaste tiden. När vi går igenom det aktuella läget, visar det sig att B nu sköter sin medicin och har heller ingen förstoppningsproblematik. Hon har haft 1-2 enkopreser per månad sedan vi sågs sist och dessa har inträffat i samband med brott i rutinerna, resor etc. Vi ägnar en stor del av samtalet åt att jämföra det aktuella läget med hur det var för 6 månader sedan, då vår kontakt inleddes. B blir lite uppmuntrad och vi gör upp att vi fortsättningsvis ska träffas med lite glesare mellanrum, eftersom resorna till mottagningen är långa och jobbiga.

Vårt femte samtal förläggs 10 veckor senare. Mamman är nu mycket sjuk och nyopererad. Pappan och B kommer till samtalet. Det visar sig att en stor del av B:s rutiner har fallit och hon har vid flera tillfällen "glömt" att gå på toaletten i enlighet med vår överenskommelse. Hon har också haft enkoprestillfällen – hur många går dock inte att få fram, eftersom hon har tappat bort sin dagbok med registreringarna. Hon sköter fortfarande sin medicinering och är inte förstoppad.

Vi gör med pappans medverkan upp strategier för hur B ska komma åter "på spåret". B själv får tydligt ange vilken typ av hjälp (påminnelser, tjat, kom-ihåg-lappar, väckning, tillredande av frukost etc.) som pappan behöver bistå med.

Vid det sjätte besöket 10 veckor senare berättar B glädjestrålande att hon nu varit symptomfri sedan föregående besök. Mamman – som nu har kryat på sig – berättar också att B mognat på ett påtagligt sätt, vilket bland annat visar sig i det ansvar hon tar i andra avseenden.

Vid vårt sista samtal ytterligare 10 veckor senare är B fortfarande symptomfri. Hon har också kunnat upphöra helt med sin medicinering, eftersom hon tar ett eget, tydligt ansvar för att äta grovt bröd, linfrö etc. för att hålla magen igång. Vi avslutar därför kontakten. Vid uppföljning sex månader senare är B fortfarande symptomfri.

Pojken C remitteras vid 9 års ålder av en läkare på Barn- och ungdomskliniken som själv fått en remiss av en kollega i länet sex månader tidigare. Under dessa sex månader har den somatiska utredningen kompletterats, dock utan några fynd som kunnat förklara symtomet.

C och familjen sökte barnpsykiatrisk kontakt då C var 5 år. Det gjordes en utredning som visade att C hade lätt mental retardation, svårigheter med koordination och koncentration samt avvikande perception – DAMP. Dessutom konstaterades att C:s enkopresproblematik förvärrats under det senaste året. I utredningen framkom också en svår anknytningsproblematik, framför allt mellan C och mamman, som gick in i en svår depression efter förlossningen, som beskrivs som "mardrömslik". C mådde själv somatiskt dåligt efter förlossningen och föräldrarna var inte säkra på att han skulle överleva.

Den barnpsykiatriska behandlingen inriktades på familjerelationerna och man gav samtidigt en del råd kring hur föräldrarna skulle hantera enkopresproblemen. Dessa kvarstod dock när familjen efter avslutad kontakt remitterades vidare till Barn- och ungdomshabiliteringen för uppföljning utifrån C:s mentala retardation.

Fyra år senare träffar vi C, hans föräldrar och lillebror. C har nu enkopres flera gånger dagligen men med enstaka dagar då han håller sig ren. Enkoprestillfällena inträffar hemma och på fritids, mera sällan i skolan. Man beskriver en bra skolsituation där C också har en personlig assistent. Han äter bra men har specialkost på grund av laktosintolerans.

C ger ett betydligt yngre intryck än sina 9 år. Han är öppen och glad i kontakten och förefaller mycket intresserad när vi – efter sedvanlig kartläggning – presenterar hur vi nu ska gå tillväga för att han ska bli av med sitt problem. Han riktigt lyser av iver när vi introducerar det hemliga språk som är en del av hans Toalettskola.

Vid återbesöket åtta veckor senare har C och föräldrarna följt instruktionerna utmärkt. C har bajsat på toaletten flera gånger dagligen och endast haft några enstaka tillfällen med "kladd i byxorna". C och föräldrarna är glada "tänk att det behövdes så här lite" och är positiva till att fortsätta.

Nästa uppföljning blir efter 14 veckor eftersom familjen återbudat på grund av sjukdom. C och föräldrarna beskriver en fortsatt positiv utveckling och C sköter sina toalettbestyr helt enligt uppgörelsen. Han har dock fortfarande enstaka enkoprestillfällen men föräldrarna är inställda på att de nu kan fortsätta på egen hand. Vi uppmanar C och föräldrarna att fortsätta med den nuvarande strukturen "under lång tid framöver". Därmed avslutar vi kontakten.

Vid uppföljning sex månader senare är C inte symptomfri. Den intervjuade föräldern uppger att C har 3-5 enkoprestillfällen per vecka. I samband med enkopresen kissar han också numera på sig. Någon månad senare ringer C:s mamma till mottagningen. C har nu enkopres dagligen. "Han verkar inte bry sig om det", säger hon. Det framkommer att den sociala situationen är radikalt förändrad: Föräldrarna har separerat och C bor för närvarande varannan vecka hos vardera förälder. De tvistar om vårdsnaden och en process är pågående i Tingsrätten. I samband med separationen har C fått återfall i enkopres, blivit orolig, trotsig och utagerande, bland annat med aggressionsutbrott i skolan. Mamman frågar nu om vi kan återuppta enkopresbehandlingen. Hon får svaret att vi inte tror att detta är genomförbart såvida inte båda föräldrarna kan delta i upplägget, C bor ju hos dem båda. Detta är dock i nuläget omöjligt utifrån den djupa konflikten mellan föräldrarna. Mamman hänvisas i stället till den BUP-mottagning där familjen tidigare hade kontakt för att få hjälp och stöd att hantera C:s oro kring boende och framtid.

Patientgruppen

Nedanstående uppgifter är inte att betrakta som någon heltäckande beskrivning av barnens och familjens förhållanden. Det är i samtliga fall uppgifter som framkommit i remissen till mottagningen och/eller vid samtal med familjerna.

De 28 patienter som ingår i undersökningen var i åldrarna 4-14 år då de remitterades till psykosomatikmottagningen. Könsfördelningen var ojämn, 20 pojkar och 8 flickor. Drygt hälften (10 pojkar, 5 flickor) hade primär enkopres. För barnen med sekundär enkopres rapporterades en duration mellan 1 – 9 år. Flertalet barn (8/13) med sekundär enkopres hade haft sina besvär i 2,5 år eller mer.

25 av barnen remitterades av barnläkare. Dessa barn hade i samtliga fall gått igenom varierande grad av undersökningar och behandlingsförsök i form av rådgivning gällande toalettrutiner, kost etc. För de 17 barn i denna grupp som bedömdes ha en bakomliggande förstoppningsproblematik ingick också lösande/mjukgörande medicinering och i vissa fall tarmtömning (i samband med läkarbesök eller avdelningsvistelse) och/eller rådgivning till föräldrarna angående lavemang. För 8 av barnen i denna grupp kan de medicinska undersökningarna och behandlingsförsöken betecknas som mycket omfattande. Det har då exempelvis gällt utredning av ev. födoämnesintolerans, anorektal tryckmätning, tarmröntgen, tarmbiopsi, coloskopi, rektoskopi och bio-feedback-träning. Undersökningssresultaten gav inget stöd för en bakomliggande medicinsk/fysiologisk orsak.

Övriga 3 barn remitterades av barnpsykiater (2 barn) eller psykolog inom barnhälsovården. Dessa barn hade inte genomgått somatiska undersökningar men däremot hade samtliga föräldrar fått råd och stöd angående toalettvanor och rutiner. Inget av dessa barn hade förstoppningsproblematik.

Fördelning primär/sekundär enkopres och eventuellt bakomliggande förstoppning.

	Primär	Sekundär	Summa
Förstoppning	8 (4;4)*	9 (7;2)	17
Ej förstoppning	7 (6;1)	4 (3;1)	11
Summa	15	13	28

*pojkar/flickor

Somatisk tilläggsproblematik

Av de 28 undersökta barnen hade 17 barn en bakomliggande förstoppning. I några av dessa fall beskrev föräldrarna att barnet tidigare hade varit svårt förstoppat och att enkopresen debuterat under denna period. Förstoppningen har sedan hävts men enkopresproblematiken har bestått.

Tre av barnen hade fastställd födoämnesintolerans (celiaki resp. laktosintolerans) och ett barn hade astma. Dessa barn hade alla primär enkopres utan förstoppning. Ett av barnen med primär förstoppningsenkopres hade en liten analfissur som upptäcktes vid rektoskopiundersökning. Inremitterande barn gastroenterolog bedömde dock inte att detta kunde förklara pojkens enkopres.

Flera föräldrar har rapporterat att barnet också har enuresproblem. Det finns forskningsresultat som tyder på att 1/3 av barn med enkopres också har nattenures medan 1/5 har dagenures (Griffin, Roberts & Graham, 1999). Detta förklaras – i de fall barnet också har förstoppning – med att tarmen är fylld och trycker på blåsan. I våra möten med familjerna har såväl barn som föräldrar utan undantag angivit att enkopresen är det mest angelägna problemet och vår rekommendation har varit att fokusera på detta problem först. Det är också vår erfarenhet att barn som blir av med sin (förstoppnings-) enkopres också ofta blir förbättrade vad gäller enuresproblematiken.

Två barn i gruppen är döva. Dessa barn ingår båda i gruppen sekundär enkopres med förstoppning. För det ena barnet kan symptomdebuten tidsmässigt kopplas till att barnet utsatts för överkrav i samband med start i dövskola, som samtidigt innebar en flytt hemifrån vid 7 års ålder. Även för det andra barnet innebar vardagen i barnomsorgen mycket högt ställda krav med tanke på barnets ålder och utvecklingsnivå.

Barnpsykiatrisk tilläggsproblematik

Med detta avses psykosocial problematik och/eller relationsstörningar inom familjen av en svårighetsgrad som påverkar barnets emotionella och psykosociala utveckling. Det kan gälla sviktande psykisk hälsa och omsorgsförmåga hos någon av eller båda föräldrarna, djupa konflikter och samarbetssvårigheter mellan föräldrarna eller problem i relationen förälder – barn/syskon – syskon. Det kan också gälla traumatiska upplevelser som påverkar barnets fortsatta upplevelser och beteende.

Till denna grupp räknas i detta sammanhang även barn med avvikande kognitiv utveckling (låg begåvningsnivå) eller neuropsykiatrisk problematik (DAMP-problematik eller autismspektrumstörningar).

För sju av barnen hade en långvarig barnpsykiatrisk behandlingskontakt föregått remissen. Den problematik som behandlingen avsåg rörde sig i första hand om relationsstörningar eller svår psykosocial/emotionell problematik. Enkopresen fanns med ett undantag med som en del i de problem som behandlingen avsåg, dock utan att man såg någon förbättring gällande enkopresen men däremot förbättring på andra områden. Två av dessa barn remitteras vidare inom barnpsykiatrin efter genomförd enkopresbehandling. Därtill kommer ett barn som föreslagits remiss men där föräldrarna avböjer pga. negativa erfarenheter av barnpsykiatrin. De fortsatta insatserna utformas i stället i samråd med stödteam/elevhälsovård. Ett annat barn bedöms ha så svår social situation – utöver den barn-

psykiatriska problematiken – att socialtjänsten kontaktas för att barnet ska få erforderliga insatser. Ytterligare ett barn – som tidigare inte varit i kontakt med barnpsykiatri - remitteras efter Toalettskolan till barnpsykiatrisk öppenvård. Detta barn hade tidigare genomgått bedömningar och erhållit insatser från bl. a skolpsykolog. Sammantaget således åtta barn med tydlig relationsproblematik utöver enkopresen – ca 29 %. Med två undantag hade dessa barn primär enkopres. Två av de åtta barnen hade förstoppning.

För två barn finns tidigare utredningsresultat som indikerar mental retardation/begåvning på särskolenivå. Ett av dessa barn har också DAMP- problematik. Båda dessa barn återfinns i gruppen som också bedöms ha barnpsykiatrisk problematik och primär enkopres utan förstoppning. Ett barn har högfungerande autism, dvs. med normal begåvningsnivå. Detta barn hade primär förstoppningsenkopres och remitteras efter avslutad behandling till barn- och ungdomshabiliteringen.

Totalt således 11/28 barn (39 %) som utöver enkopresproblematiken också har uttalade problem som bedöms påverka barnets psykosociala, emotionella och/eller kognitiva utveckling.

Vad gäller övriga 17/28 barn i gruppen kan i nio fall (32 %) konstateras en tydlig psykosocial/emotionell belastning – antingen vid symptomdebuten eller också av mer konstant karaktär. Belastningen har dock inte varit så påtaglig att den föranlett föräldrarna eller barnläkaren att ta initiativ kontakt med barnpsykiatri. Det kan gälla separation mellan föräldrarna eller dödsfall inom familjen, ett (vårdkrävande) syskons födelse eller uttalad vantrivsel på dagis. I några fall beskrivs svårigheter av mer intrapsykisk karaktär: Upplevda trauman i form av rädsla eller svår smärta i samband med toalettbestyr eller läsningar, "toalettvägran" av annan karaktär. I vissa fall kan barnets vägran tolkas som trotsreaktioner, i andra fall har barnet kunnat uttrycka känslor av maktlöshet och uppgivenhet inför situationen, "det är ändå ingen idé att försöka". I några fall har föräldrarna beskrivit en låst situation också när det gäller barnets matrepertoar. Dessa barn har varit mycket envisa och ensidiga i sitt kostval och har i första hand valt mat med stoppande effekt: PIZZA, pannkakor, pasta, rostat vitt bröd etc. Föräldrarna till 11 av barnen har angivit att barnet är "petigt" vad det gäller matval och portionsstorlek. Alla dessa barn ingår i gruppen med bakomliggande förstoppningsproblematik. Det har dock inte utretts närmare i vilken utsträckning denna "petighet" kan ses som en bakomliggande faktor när det gäller enkopresen eller som en direkt följd av att barnet är förstoppat.

Resterande åtta barn lever – enligt föräldrarnas beskrivning – i socialt välfungerande familjer där man inte kan identifiera vare sig yttre påfrestningar eller intrapsykiska faktorer hos barnet som kan ge en rimlig förståelse till problemets uppkomst. Trots denna beskrivning tycker vi oss kunna se att barnet har större behov av fasta rutiner och föräldrastöd än vad föräldrarna tillhandahåller. Vid samtal om familjens vardag kring mattider, läggdags och andra dagliga situationer har ofta framkommit att familjen inte har särskilt uttalade rutiner – åtminstone inte vad gäller måltider eller tider i allmänhet. I vissa familjer äter man endast undantagsvis gemensamma måltider efter skola/arbete, i andra familjer äter man aldrig frukost och barnet äter försumbara portioner i skolan eller på dagis. En förälder – eller båda – har kanske oregelbundna arbetstider och därmed varierar också tider och rutiner i familjen.

Ett relativt vanligt föräldraproblem är hur man som förälder ska stötta sitt barn med påminnelser och uppmuntran. Vissa föräldrar har föreställningar om att man bäst stöttar barnet genom att visa tillit till att "nu är Du så stor så nu klarar Du av det här själv". Många vill dra paralleller till hur duktigt och försigkommet barnet är på andra områden. Tyvärr är detta ingen framkomlig väg om barnet ännu inte uppnått tillräcklig kontroll över sitt bajsande och leder till misslyckanden och besvikelser – oavsett hur duktigt barnet är i skolämnen eller på fotbollsplanen. Andra föräldrar tror att de gör sitt barn illa genom att påminna och förmana – speciellt när dessa påminnelser bemöts av ilska och protester från barnets sida: "Du bara tjarar och tjarar". De kan ha föreställningar om att de på detta sätt bidrar till en fixering eller att de förtrycker sitt barn. I familjesamtalen kan dock många barn själva formulera hur de tycker att föräldrarna ska göra om de inte blir åtlydda när de påminner: "Då ska dom säga till på skarpen. Och om det inte hjälper får dom bära in mig på toan". I valet mellan att ha bajs i byxorna eller tjariga föräldrar väljer barnen det senare.

Bortfall – ingen Toalettskola

I några enstaka fall har vi bedömt att det saknas förutsättningar att genomföra behandlingsförsök med Toalettskolan. Ibland har detta stått klart för oss redan efter ett inledande besök men andra gånger kan vi ha gjort ett inledande försök "mot bättre vetande" och sedan inte framhärdat när det försöket inte givit önskvärt resultat. I båda fallen har vi dock försökt hjälpa familjen till andra vägar att få hjälp.

Flickan D, 6 år, kommer på remiss från en av BUP:s öppenvårdsmottagningar. Av remissen framkommer att föräldrarna är separerade med gemensam vårdnad och att flickan bor växelvis hos föräldrarna. Samtidigt förmedlar mamman att hon inte vill komma på samtal tillsammans med flickans pappa, eftersom de har svårt att samarbeta och lätt råkar i konflikt.

Vi frångår våra normala rutiner och kallar enbart föräldrarna till ett första samtal för att utforska möjligheten till samarbete. Det visar sig att föräldrarna är djupt oeniga i allt, inklusive hur stora problemen egentligen är och var de uppträder. Deras inbördes misstro och ömsesidiga anklagelser dominerar hela samtalet, samtidigt som de säger sig vilja samarbeta och genomföra enkopresbehandlingen. Vi gör därför ett försök att introducera Toalettskolan och kallar flickan och föräldrarna till ett gemensamt samtal. Det visar sig då att mamman nu helt förnekar problem med toalettbestyren medan pappan beskriver att de kvarstår. Flickan ger ett tämligen regressivt intryck, trotsar och vägrar, håller för öronen. Ingen av föräldrarna ger intryck av att försöka stötta henne att genomföra samtalet.

I vår strävan att göra ett bra avslut och hjälpa familjen vidare erbjuder vi flera tider som mamman återbudar. Sedan avböjer hon fortsatt kontakt, medan pappan uttrycker förhoppningar om att vi ska kunna övertala henne. I detta läge ger vi pappan en del råd om förhållningssätt gällande toalettträningen, men framför allt gällande flickans utsatthet i konflikten mellan föräldrarna. Vi råder honom bl. a. att söka fortsatt stöd i kommunens resursteam, där man också har insyn i hur flickan fungerar i skola och kamratgrupp. Det är vår förhoppning att personalen där lättare ska kunna motivera mamman att medverka till åtgärder som kan minska pressen på flickan.

Flickan E, 5½ år, kommer på remiss från läkare på Barn- och ungdomskliniken. Utöver enkopresen har hon en relativt omfattande födoämnesallergi. Enkopresen har debuterat i samband med att hon för ett år sedan börjat träffa sin biologiska pappa, som är bosatt i en annan stad.

I samband med första besöket framkommer att mamman och flickan har stora svårigheter att få vardagen att fungera. Bl. a beskrivs att mamman mår psykiskt mycket dåligt. Hon har kontakt med vuxenpsykiatri och medicinerar sedan lång tid tillbaka. Familjen har också kontakt med personal inom resursteam och socialtjänst. Vi får mammans tillåtelse att initiera ett gemensamt möte med henne och de aktuella kontaktpersonerna med syfte att få tillstånd en helhetsbedömning av situationen och diskutera tänkbara behandlingsinsatser. Detta möte kunde dock inte genomföras, eftersom mamman kort därpå blev inlagd på psykiatrisk klinik och därefter flyttade till annan ort. Från socialtjänstens sida genomfördes en överföring av ärendet.

Pojken F, 5 år, har också remitterats av en läkare på Barn- och ungdomskliniken. I remissen beskrivs att pojken helt vägrar att gå på toaletten och att mamman varit sjukskriven i en månad för att "ägnat sig åt hans rädsla för att gå på toaletten".

Som svar på vår kallelse ringer mamman och förmedlar att familjen inte har tänkt sig att komma på samtal utan hon vill enbart få råd per telefon. Efter att ha fått en kort beskrivning av vad Toalettskolan innebär - bl. a ett fåtal, tämligen glesa samtal på mottagningen - kommer vi överens om tid för ett första samtal.

Till detta samtal kommer pappan inte med pga. svårigheter att ta ledigt. Det visar sig omgående att mamman har påtagliga problem när det gäller att förmå pojken att ens komma med in i samtalsrummet. Han smiter vid upprepade tillfällen ut i korridoren, gömmer sig bakom möblerna, skäller och protesterar. Han vägrar att ens stanna upp så mycket att mamman hinner beskriva de problem som föranlett besöket. I detta läge föreslår vi en ny samtalstid där även pappan har möjlighet att delta, eftersom situationen helt tydligt är för svår för mamman att hantera på egen hand. Vi avtalar en mycket sen eftermiddagstid som mamman återbudar med förklaringen att pojken vägrar komma med till mottagningen. Hon ber om en ny tid längre fram, men återbudar även denna med hänvisning till att situationen nu är förbättrad. På mammans begäran avslutas kontakten.

Behandlingsuppföljning

Urval

- Alla patienter i uppföljningen har genomgått Toalettskola.
- Vid behandlingens inledning uppfyllde barnet diagnoskriterierna för enkopres enligt DSM IV.
- När behandlingen upphörde hade barnet inte längre enkopres.
- Efter avslutad behandling har minst sex månader gått innan föräldrarna kontaktats.

Metod, genomförande

Vi har fått hjälp av en forskningsassistent vid PFC (Psykiatriskt forskningscentrum). Hon har fått namn- och telefonuppgifter av oss och har därpå skickat ett brev (se bilaga 4) där vi berättar om studien, ber om föräldrarnas medverkan och förbereder på att de inom de närmsta veckorna kommer att bli uppringda för en telefonintervju. Intervjuformuläret har sammanställts i samråd med PFC (se bilaga 5). För varje barn har vi också själva gjort en journalgenomgång för att ta fram uppgifter om kostvanor, social situation, närmare uppgifter kring problemets omfattning etc.

Forskningsassistenten har ringt upp föräldrarna till 29 barn och frågat om de är villiga att medverka. En förälder har avböjt med hänvisning till en ansträngande familjesituation och tidsbrist. Övriga föräldrar har medverkat. Forskningsassistenten har då intervjuat den förälder som svarat i telefonen – alternativt gjort upp om en senare intervjutid.

Intervjuerna har genomförts i tre omgångar: Hösten 1999 intervjuades föräldrar till 10 barn. Ett år senare gällde intervjuerna 9 barn och den tredje omgången genomfördes under hösten 2001.

Vi har erhållit intervjusvaren efter varje avslutad omgång. När vi läst dessa svar har uppkommit funderingar som gjort att vi modifierat behandlingen, bl. a avseende vårt sätt att avsluta kontakten: Samtliga föräldrar har sagt sig vara nöjda med behandlingen och bemötandet och säger sig också kunna rekommendera mottagningen till andra med liknande problem. Samtidigt har några föräldrar beskrivit att symptomet har återkommit men att de trots detta inte vänt sig till mottagningen på nytt. Därför har vi under arbetets gång förlängt avslutningsprocessen något genom att ibland lägga in ytterligare något samtal trots att barnet har varit symptomfritt en tid. Vi har också tagit för vana att kontakta för en uppföljning per telefon innan vi definitivt avslutar ärendet.

Resultat

Två tredjedelar av barnen är enkopresfria

16/28 barn är helt symptomfria 6 månader efter avslutad behandling. Därtill kommer två barn som har mycket glesa enkoprestillfällen och som inte längre uppfyller diagnoskriterierna för enkopres (minst ett tillfälle per månad) Sammantaget har således 18/28 barn blivit av med sin enkopres (64 %). Könsfördelning 14 pojkar och 4 flickor. 70 % av pojkarna resp. 50 % av flickorna har således blivit symptomfria.

Enkopresfria barn – fördelning primär/sekundär enkopres/förstoppning

	Primär*	Sekundär	Summa
Förstoppning	6 (4;2)	7 (6;1)	13
Ej förstoppning	3 (2;1)	2 (2;0)	5
Summa	9	9	18

*pojkar/flickor

I den ursprungliga patientgruppen finns 17 barn med förstoppning tämligen jämnt fördelade på primär resp. sekundär enkopres. 13 barn ur denna grupp har blivit enkopresfria. Av de 4 flickor som blivit enkopresfria tillhör 3 den grupp som har enkopres med förstoppning.

På motsvarande sätt hade 11 barn i den ursprungliga gruppen enkopres utan bakomliggande förstoppning. Här har 5 barn blivit enkopresfria. En flicka ingår.

I gruppen fanns inledningsvis 15 barn med primär enkopres och 13 barn med sekundär. Lika många barn ur vardera gruppen – 9 barn – är enkopresfria efter avslutad behandling. Av de 4 flickor som blivit enkopresfria tillhör 3 den grupp som har primär enkopres. För de barn som har sekundär enkopres varierar durationen mellan 1 år och 9 år.

Enkopresfria barn – åldersfördelning/kön/antal besök

Ålder	Antal	Pojke/flicka	Antal besök
4 år	2	2; 0	2; 2
5 år	4	3; 1	4; 4; 5; 3
6 år	4	3; 1	2; 3; 17; 5
7 år	2	1; 1	8; 7
8 år	2	2; 0	3; 3
9 år	1	1; 0	6
10 år	1	1; 0	5
12 år	1	1; 0	6
14 år	1	0; 1	8

Åldern på barnen varierar mellan 4 – 14 år. Mer än hälften av barnen (10/18) är i förskoleåldern. Antal besök varierar från 2 – 17 besök. Genomsnittligt antal är 5 besök. Extremvär-

det 17 besök är föranlett av att annan problematik – utöver barnets enkopres – också behandlades under ett antal familjesamtal. Räknas detta värde bort är det genomsnittliga antalet 4,5 besök per familj.

Enkopresfria barn – förekomst av tilläggsproblematik

Två av familjerna i denna grupp har tidigare haft långvarig kontakt med barnpsykiatri utan att behandlingen har påverkat enkopresproblematiken. Efter avslutad – framgångsrik – Toalettskola har de inte bedömts ha behov av fortsatta behandlingsinsatser inom barnpsykiatri. För sex av de enkopresfria barnen kan man identifiera påfrestningar i familjesystemet som bl. a. inneburit att föräldrarna – enligt egen utsago – inte har kunnat tillgoda barnets behov av tid, stöd och riktad uppmärksamhet. Det har i flera fall gällt speciella förhållanden kring ett syskons födelse alternativt separation eller svårhanterliga konflikter mellan föräldrarna. För tre barn beskrivs traumatiska upplevelser i samband med smärtsamma avföringar eller rädsla av annat slag.

Vad gäller resterande sju barn är det inte möjligt att peka ut någon påtaglig påfrestning eller enskild faktor som kan bidra till en förståelse av problemets uppkomst. Snarare rör det sig om en kombination av faktorer: Oregelbundenhet/frånvaro av rutiner gällande måltider, läggtider, toalettrutiner – ofta beroende på att föräldrarna har oregelbundna tider i arbetet. I flera fall har vi under familjesamtalen uppfattat barnet som omoget för åldern och gjort noteringar om detta. Ett av barnen i denna sista grupp har remitterats vidare för barnpsykiatrisk behandling.

Andra, nyttillkomna symptom efter avslutad behandling

Ingen förälder har svarat "ja" på denna fråga, vare sig för barnets del eller för andra familjemedlemmar.

En tredjedel av barnen har förbättrats – men inte helt

Vid behandlingsuppföljningen svarade föräldrarna till 10/28 barn att deras barn inte var helt fria från sin enkopres – 36 %. Könsfördelning 6 pojkar och 4 flickor. För 9 barn har dock situationen väsentligen förbättrats när det gäller hur ofta och var enkopreserna inträffar. För det 10:e barnet rapporteras att enkopreserna visserligen fortfarande kan inträffa dagligen men att någon förstoppningsproblematik inte längre föreligger, vilket innebär att barnet mår bättre och har bättre aptit. Detta barn har dock speciella svårigheter utifrån en autismspektrumstörning.

Ej enkopresfria barn – fördelning primär/sekundär/förstoppning

	Primär*	Sekundär	Summa
Förstoppning	2 (0; 2)	2 (1; 1)	4
Ej förstoppning	4 (4; 0)	2 (1; 1)	6
Summa	6	4	10

*pojkar/flickor

Ej enkopresfria barn – åldersfördelning/kön/antal besök

Ålder	Antal	Pojke/flicka	Antal besök
4 år	1	1; 0	3
5 år	3	1; 2	6; 5; 2
6 år	2	1; 1	10; 6
8 år	1	1; 0	4
9 år	2	2; 0	3; 3
11 år	1	0; 1	14

Åldern på barnen varierar mellan 4 – 11 år. Drygt hälften av barnen är i förskoleåldern. Antalet besök varierar från 2 – 14. Genomsnittligt antal är 5,5 besök per patient.

Enkopresen före respektive efter behandling

Samtliga 10 barn i denna grupp har haft enkopres såväl i hemmet som i skola eller förskola. Alla barn utom ett har haft enkopres flera gånger dagligen. För det tionde barnet anges enkopreser 2-5 gånger per vecka.

Vid behandlingsuppföljningen anges att 3 av barnen har enkopres ca en gång per vecka, ytterligare 4 barn har "enstaka enkoprestillfällen", dvs. en gång i månaden eller mer, dock aldrig så ofta som varje vecka. 2 av barnen har enkopres 2-5 gånger per vecka och ett barn har enkopres dagligen.

Efter avslutad behandling anger föräldrarna till 4 av barnen att enkopres inte längre inträffar i skola eller förskola.

Ej enkopresfria barn - förekomst av tilläggsproblematik

Fem barn i denna grupp – dvs. halva gruppen – har så påtagliga svårigheter kopplade till sociala och emotionella faktorer att de bedöms ha behov av fortsatta barnpsykiatriska behandlingsinsatser och/eller åtgärder från andra instanser, exempelvis socialtjänst. För ytterligare ett barn beskrivs en svår familjesituation bl. a utifrån syskonens problem och föräldrarna har rekommenderats söka hjälp via resursteam och specialpedagog.

Ett barn har behov av insatser från barn- och ungdomshabiliteringen pga. autismspektrumstörning. Tre av barnen har svårhanterlig födoämnesintolerans i kombination med otydlig/oregelbunden struktur i vardagslivet eller andra försvårande faktorer, ex vis låg begåvningsnivå.

Andra nytillkomna symptom efter avslutad behandling

Fem föräldrar svarar "ja" på denna fråga vid uppföljningsintervjun. Tre föräldrar uppger att deras barn har blivit argare, "tuffare" (en förälder). Två föräldrar rapporterar nytillkommen enures.

Slutsatser, diskussion

I de tidigare refererade forskningsrapporterna framkommer att barn med primär enkopres har sämre prognos än barn med sekundär problematik. I denna studie kan man inte se några tydliga skillnader mellan dessa grupper. Däremot kan man urskilja en tendens till att barn med förstoppningsenkopres har bättre behandlingsresultat än övriga barn. I patientgruppen hade 17 barn en bakomliggande förstoppningsproblematik och av dessa blev 13 enkopresfria efter behandling. Motsvarande siffra för de 11 barnen utan förstoppning var 5 enkopresfria barn.

En tydlig skillnad vad gäller behandlingsresultat kan man dock se om man jämför grupperna med avseende på förekomst av tilläggsproblematik. Den grupp av barn som inte har blivit enkopresfria efter avslutad Toalettskola har i hög omfattning också problem i form av svår psykosocial situation, familjerelationsproblematik, försening eller avvikelser i utvecklingen.

Det kan konstateras att de barn som ingår i studien utgör ett selekterat material: Samtliga har gått igenom varierande antal behandlingsförsök som tidigare misslyckats. De 25 barn som remitterats av barnläkare har genomgått vad som i tidigare avsnitt beskrivits som "standard medical management" (se avsnittet Forskning/behandlingsstudier sid 10) men problemen har kvarstått. När det gäller de 3 barn som har remitterats av barnpsykiater/skolpsykolog har man gjort behandlingsförsök med terapeutiska insatser, rådgivning och stöd.

Det är rimligt att anta att vår patientgrupp i Toalettskolan utgörs av just de barn man refererar till i vissa forskningsrapporter, som identifierar ca 20 – 40 % av enkoprespatienterna som svårbehandlade (se sid. 10). Denna grupp av barn är inte hjälpta av "standard medical management" och behöver därför tillägg i form av pedagogiska och kognitiva/beteendeterapeutiska inslag i behandlingen.

En rimlig slutsats är också att barn med enkopresproblematik bör genomgå "standard medical management" som ett första led i behandlingen eftersom denna insats beskrivs vara tillräcklig för 60 – 80 % av barnen. Barn med kvarvarande symptom bör remitteras för fortsatta behandlingsinsatser av typen Toalettskola, som enligt denna studie inneburit att ytterligare två tredjedelar av barnen blivit helt botade och en tredjedel förbättrade i sin enkopresproblematik.

Toalettskola bör således vara förstahandsval efter inledande försök med traditionell, pediatrik behandling. Ytterligare medicinska åtgärder i form av biofeedbackträning, omfattande undersökningar i diagnostiserande syfte eller andra – mer eller mindre avancerade/tekniska – metoder är inte att rekommendera. Man kan här inte bortse från de negativa psykologiska konsekvenser som sådana mer omfattande medicinska åtgärder kan ha för såväl patienten som för föräldrarna. Därtill måste 4 - 6 familjesamtal i öppenvård anses vara ett förhållandevis kostnadseffektivt sätt att hjälpa patienterna jämfört med omfattande medicinska insatser.

Toalettskolan är en behandlingsmodell med flera samtidiga, samverkande och viktiga inslag. Modellen bygger framför allt på behandlarnas förmåga att skapa kontakt samt motivera och entusiasmera familjemedlemmarna till ett gemensamt, lekfullt och pedagogiskt samarbete, individuellt anpassat. I denna anpassning tas hänsyn till barnets mognad, utvecklingsnivå, förmåga till samarbete, aktuella situation och behov. Hänsyn tas också till familjens totala situation, föräldrarnas förmåga, livsmönster och behov. Det är vår övertygelse att var och en av dessa beståndsdelar behöver samverka för ett lyckat behandlingsresultat och vill därför utfärda en varning mot att endast "plocka delar" ur modellen. Resultatet kan då bli "Nej, det där med klistermärken har vi redan provat. Det hjälpte inte". Detta kan i sin tur medföra att det blir svårare för familjemedlemmarna att hitta motivation för ytterligare behandlingsförsök, känslan av hopplöshet växer med föreställningen att "allt" redan är provat.

Referenser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC: Author.
- Aruffo, R., Ibarra, S., & Strupp, K. (2000). Encopresis and anal masturbation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1327-1354.
- Brooks, R., Copen, R., Cox, D., Morris, J., Borowitz, S., & Sutphen, J. (2000). Review of the treatment literature for encopresis, functional constipation, and stool-toileting refusal. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 260-267.
- Buttross, S. (1999). Encopresis in the child with a behavioral disorder: When the initial treatment does not work. *Pediatric Annals*, 28, 317-321.
- Cederblad, M. (1996). *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Liber.
- Cox, D., Sutphen, J., Ling, W., Quillian, W., & Borowitz, S. (1996). Additive benefits of laxative, toilet training and biofeedback therapies in the treatment of pediatric encopresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 659-670.
- Foreman, D., & Thambirajah, M. (1996). Conduct disorder, enuresis and specific developmental delays in two types of encopresis: a case-note study of 63 boys. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 33-37.
- Foreman, D., & Thambirajah, M. (1998). Encopresis was associated with child sexual abuse. (Letter). *Child Abuse & Neglect*, 22, 337.
- Gillberg, C., & Hellgren, L. (2000). *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Griffin G. C., Roberts, R. S., & Graham, G. (1999). How to resolve stool retention in a child. *Postgraduate Medicine*, 105, 159-173.
- Hersov, L. (1994). Faecal Soiling. I: M. Rutter (Red.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (3rd ed.). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Hull, D., & Johnston, D (1993). *Essential Paediatrics* (3rd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Kuhn, B., Marcus, B., & Pitner, S. (1999). Treatment guidelines for primary nonretentive encopresis and stool toileting refusal. *American Family Physician*, 59, 2171-2178.
- Lindberg, T., & Lagercrantz, H. (1999). *Barnmedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Levine, M. D. (1982). Encopresis: Its potentation, evaluation and alleviation. *Pediatric Clinics of North America*, 29, 315-330.

- Ling, W., Cox, D., Sutphen, J., & Borowitz, S. (1996). Psychological factors in encopresis: Comparison of patients to nonsymptomatic siblings. *Clinical Pediatrics*, 35, 427.
- Loening-Baucke, V. (1996a). Biofeedback training in children with functional constipation. *Digestive Diseases and Sciences*, 41, 65-71.
- Loening-Baucke, V. (1996b). Encopresis and soiling. *Pediatric Gastroenterology*, 43, 279-298.
- Loening-Bauke, V. (1996c). Constipation and biofeedback in children. (Letter). *Digestive Diseases and Sciences*, 41, 1654-1655.
- Mikkelsen, E. (2001). Enuresis and encopresis: Ten years of progress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1146-1158.
- Morrow, J., Yeager, C., & Lewis, D. (1997). Encopresis and sexual abuse in a sample of boys in residential treatment. *Child Abuse & Neglect*, 21, 11-18.
- Rockney, R., McQuade, W., Days, A., Linn, H., & Alario, A. (1996). Encopresis treatment outcome: Long-term follow-up of 45 cases. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17, 380-385.
- Scott, C., & Dalton, R. (2000). Vegetative Disorders. I: R. Behrman, R. Kliegman & H Jenson (Red.), *Nelson Textbook of Pediatrics* (16th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Sprague-McRae, J., Lamb, W., & Homer, D. (1993). Encopresis: A study of treatment alternatives and historical and behavioral characteristics. *Nurse Practitioner*, 18, 52-63.
- Stark, J., Opiari, L., Donaldson, D., Danovsky, M., Rasile, D., & DelSanto, A. (1997). Evaluation of a standard protocol for retentive encopresis: A replication. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 619-633.
- Taubman, B., & Buzby, M. (1997). Overflow encopresis and stool toileting refusal during toilet training: A prospective study on the effect of therapeutic efficacy. *Journal of Pediatrics*, 131, 768-771.
- van der Plas, R., Benninga, M., Taminiau, J., & Buller, H. (1997). Treatment of defaecation problems in children: The role of education, demystification and toilet training. *European Journal of Pediatrics*, 156, 689-692.
- von Knorring, A. (1998). *Psykiska störningar hos barn och ungdomar*. Södertälje: Promotion & Publishing Support, Astra Läkemedel AB.
- Waterston, T. (1999). Constipation, soiling and encopresis: *Practitioner*, 243, 644-652.
- Vitito, L. (1999). Self-care interventions for the school-aged child with encopresis. *Gastroenterology Nursing*, 23, 73-77.

Otryckt källa:

Nicklasson, Gunnar (2001): Uppgifter från Statistiska Centralbyråns befolkningsstatistik för Örebro län.

Bilaga 1

Barn- och ungdomspsyk klin. Psykosomatikmott/HB 1999-06-23

BVC-sköterskor
Barnläkare i öppenvård
Skolhälsovårdssköterskor
Distriktsläkare
BUP-team ledare
BUP-föreståndare

Hej!

Vi vill göra en studie av de barn med enkopresproblematik som vi kommit i kontakt med på vår mottagning. Som ett led i studien vill vi bilda oss en uppfattning om:

- Hur vanligt är detta problem i länet?
- Vad är klinisk praxis?

Vi ber nu om Din/Er hjälp i detta. Det vi önskar är att Du under månaderna september och oktober 1999 fyller i en blankett A för varje patient Du möter som har enkopres. Om Du under september och oktober inte haft någon patient med denna problematik ber vi Dig fylla i blankett B och skicka den till nedanstående adress.

Om Du har några frågor var god kontakta Margareta eller Bibbi på telefon 019-15 11 54 eller forskningssekreterare Anna Wadefjord 019-15 74 65.

Var god skicka svarsblanketterna med internpost till A Wadefjord, FOU-enheten, S-huset, RSÖ, efter oktober månads utgång.

Stort **TACK** för Din medverkan!

Bibbi Sjödin
Kurator, leg psykoterapeut
Psykosomatikteamet
BUP-kliniken

Margareta Dahlman
Leg psykolog, leg psykoterapeut
Psykosomatikteamet
BUP-kliniken

Bilaga 2

Inventering enkopres i Örebro län

Kriterier enkopres enligt DSM-IV

- A. Personen har vid upprepade tillfällen, avsiktligt eller ej, avföring på olämpliga ställen (t.ex. i kläderna eller på golvet).
- B. Minst ett sådant tillfälle i månaden under minst tre månader.
- C. Barnets ålder är minst fyra år (eller motsvarande utvecklingsnivå).
- D. Beteendet beror inte enbart på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. laxermedel) eller av somatisk sjukdom/skada såvida inte denna orsakat förstoppning.

A. Uppgifter om uppgiftslämnaren

1. Namn

2. Yrke barnläkare i öppenvård BVC-sköterska distriktsläkare
 föreståndare/teamledare BUP skolsköterska

3. Arbetsplats

B. Uppgifter om patienten

4. Födelsedatum (6 siffror)

5. Kön Flicka Pojke

6. Patienten är Ny Tidigare känd

7. Vidtagna åtgärder

.....

.....

8. Resultat

.....

.....

Bilaga 3

Inventering enkopres i Örebro län

Kriterier enkopres enligt DSM-IV

- A. Personen har vid upprepade tillfällen, avsiktligt eller ej, avföring på olämpliga ställen (t.ex. i kläderna eller på golvet).
- B. Minst ett sådant tillfälle i månaden under minst tre månader.
- C. Barnets ålder är minst fyra år (eller motsvarande utvecklingsnivå).
- D. Beteendet beror inte enbart på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. laxermedel) eller av somatisk sjukdom/skada såvida inte denna orsakat förstoppning.

Under den aktuella perioden har jag inte träffat någon patient som uppfyller de ovanstående kriterierna för enkopres.

Namn

Yrke barnläkare i öppenvård BVC-sköterska distriktsläkare
 föreståndare/teamledare BUP skolsköterska

Arbetsplats

Bilaga 4

Brev till föräldrar

Hej!

För en tid sedan hade Ni kontakt med oss eftersom Ert barn hade problem med toaletträningen, dvs Enkopres. När vi avslutade kontakten var detta problem helt eller delvis borta, (i några fall har dock kontakten fortsatt av andra orsaker.)

Vi vill nu följa upp hur det har gått för dessa barn. Under veckorna XX-XX kommer Ni därför att bli kontaktade per telefon av forskningsassistent Annika Karlsson. Hon kommer att föreslå en tid för telefonintervju och det är vår förhoppning att Ni kan ta Er tid att svara på frågorna. Självklart har Ni också möjlighet att säga nej.

Svaren kommer att sammanställas och behandlas anonymt.

Tack på förhand för Er medverkan!

Bibbi Sjödin
Kurator, leg psykoterapeut
Psykosomatikmott.
BUP-kliniken.

Margareta Dahlman
Leg psykolog, leg psykoterapeut
Psykosomatikmott.
BUP-kliniken.

Bilaga 5

Telefonintervju

Datum:

Nummer:

Hur är det med Enkopresen idag jämfört med vid behandlingens slut?

Symtomfri

Ej symtomfri

Kommentar:

Om ej symtomfri, hur ofta?

1 ggr/v

2-5 ggr/v eller mer/v

Dagligen

Annat "enstaka olyckstillfällen" _____

Andra symptom som uppstått hos patienten?

Ja

Nej

Om ja, vilket/vilka?

Är det någon annan i familjen som fått några problem efter behandlingen slut?
(sjukdom, problem i skolan ect.)

Ja
Nej

Om ja, vilket/vilka?

Vad tyckte Ni om behandlingen Ni fick vid psykosomatikteamet?

Om behandlingen hjälpte, vad var verksamt?

Hur var bemötandet?

Vilka råd skulle Ni ge till goda vänner i samma situation?

Skulle Ni rekommendera någon annan att söka till den här mottagningen?

Ja
Nej

Om Nej, varför?

Momentum är psykiatrins rapportserie sedan 1994. Under åren 1999 och 2000 var Momentum gemensam för FoU-verksamheten inom Psykiatri och habilitering, Örebro läns landsting. Från och med 2001 är Momentum åter endast en psykiatrisk rapportserie och utges av Psykiatriskt forskningscentrum.

Tidigare utgivna rapporter i Momentumserien

- 1 (1-1994) Försäljning av psykofarmaka i Örebro län 1979-1992. Bogren, Lennart. 1994.
- 2 (1-1995) Behandling av anorexia nervosa - En jämförelse mellan två metoder 1983-1987. Holmgren, Siv. 1995.
- 3 (2-1995) Utvärdering av korttidspsykoterapier i psykiatrisk öppenvård. Rasmussen, Dag. 1995.
- 4 (3-1995) "Vägen till skolan", Frejgårdsbarnens skolsituation. Larsson, Bo. 1995.
- 5 (4-1995) Psykiatrisk omvårdnad ur personal- och patientperspektiv - en jämförande studie. Palmblad, Bert; Sjöberg, Erik. 1995.
- 6 (1-1996) Anhörigstudie - Belastning på föräldrar till barn med schizofreni. Bogren, Lennart. 1996.
- 7 (1-1997) Ett mänskligt sammanhang. Miljöterapiens framträdelseformer på Familjenheten, BUP, Örebro 1996. Sundberg-Ljunggren, Barbro. 1997.
- 8 (1-1998) Patienternas syn på den psykiatriska öppenvården i Örebro Läns Landsting 1998. Blomqvist, Jan.
- 9 (2-1998) 5 års vårdutveckling sett ur ett patientperspektiv. Blomqvist, Jan. 1998.
- 10 (3-1998) Anhörigas uppfattningar om vårdkvalitet i den akutpsykiatriska vården. Schröder, Agneta. 1998.
- 11 (4-1998) Mobilt psykiatriskt team – möjligheter och begränsningar. Engström, Ingemar. 1998.
- 12 (5-1998) Ringen. 1965-1994 En beskrivning av barnpsykiatrisk dagavdelning i Örebro. Sjölander, Annbritt; Peter Bjuhr. 1998.
- 13 Personlighetsbedömning med Object Relations Technique (ORT) inom psykosvård. Betydelse vid vårdplanering. Ekberg, Martin. 1999.
- 14 Från utredning till behandling? En deskriptiv studie av barnpsykiatrins insatser vid misstänkta sexuella övergrepp. Scherp, Lilian. 1999.
- 15 "Det är inte fel på mig – det är fel på världen!" Vuxna med Asperger syndrom/högfungerande autism i Örebro län. Ekström, Leif; Emilsson, Barbro. 1999.
- 16 Ordination: Psykoterapi! Tankar om förändring i psykoterapi och psykiatri utifrån en patientintervju. Einar, Ulla-Britt. 1999.
- 17 Lära tillsammans – ett rehabiliteringsprogram för personer med avancerad multipel skleros och deras personliga assistenter. Ahlström, Gerd (red.); Anshelm, Margareta; Ehrenbåge, Ylva; Holmström, Ulrika; Martinsson, Gunilla; Nilsgård, Ylva. 1999.
- 18 Anhöriga till psykiskt störda och deras uppfattningar om psykopedagogisk undervisning. Fridenberger, Ann-Charlotte; Johansson, Gun. 1999.
- 19 Tidsbegränsad grupperapi vid bulimia nervosa. Alm, Elisabeth; Engström, Ingemar. 2000.
- 20 Den svåra balansgången – personliga assistenters möjligheter att tillämpa de etiska värdegrunderna i LSS. Ahlström, Gerd; Klinkert, Pia. 2000.

- 21 Vara synlig men ändå osynlig – personliga assistenters vardag. Ahlström, Gerd; Casco, Marie. 2000.
- 22 Göra det bästa av det sämsta – rörelsehindrades syn på sin livssituation. Ahlström, Gerd; Anshelm, Margareta. 2000.
- 23 Psykoterapi inom psykiatrin – kartläggning av en patientgrupp samt belysning av angelägenhets- och lämplighetskriterier. Freed-Klevmar, Kersti. 2000.
- 24 Tre kärnfulla berättelser – Anhörigas uppfattningar om vad assistans innebär för den funktionshindrade och hur de etiska värdegrunderna i LSS tillämpas. Ahlström, Gerd; Davidsson, Solveig. 2000.
- 25 Utvärdering i teori och klinisk praktik – utvärdering av ett psykiatriskt rehabiliteringsprojekt i Lindesberg. Sjöberg, Erik. 2000.
- 26 Bemötande av suicidproblematik inom akutpsykiatri och intensivvård – en enkät- och journalstudie. Ericson, Karin; Falk, Christina. 2001.
- 27 Upplevelsen – en möjlighet för personer med psykosproblematik. Andersson, Gunilla; Stigfur, Ann-Britt. 2001.
- 28 Tio röster om psykoterapi i psykiatrin. Einar, Ulla-Britt. 2001.
- 29 Svängdörrspatienter i psykiatrisk jourverksamhet – en explorativ studie. Suzanne Blomqvist. 2001.

Tidigare rapporter kan beställas från PFC, Primärvård, psykiatri och habilitering, Box 1613, 701 16 Örebro, telefon 019-602 58 90, e-post pfc@orebroll.se. Externa beställningar debiteras enligt särskild prislista som kan erhållas från PFC.



Primärvård, psykiatri och habilitering

ÖREBRO LÄNS LANDSTING