

Paruresis

Ein bisher vernachlässigtes psychotherapeutisches Problem

Zusammenfassung

Vorgestellt wird die im deutschen Sprachraum bislang kaum rezipierte Paruresis, eine Form der sozialen Phobie. Diese besteht in der Unfähigkeit, auf öffentlichen Toiletten zu urinieren. Die damit einhergehenden Ängste drehen sich um die Bedrohung der akustischen und/oder visuellen Privatheit. Aufbauend auf ätiopathogenetischen Überlegungen wird ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen empfohlen und anhand einer Kasuistik eines 29-jährigen Patienten dargestellt.

Schlüsselwörter

Paruresis · Soziale Phobie ·
Kognitive Verhaltenstherapie ·
Expositionsbehandlung

Die Verhaltenstherapie von sozialen Phobien zählt mittlerweile zum Alltag stationärer Einrichtungen oder ambulanter Psychotherapeuten. Eine ihrer Subtypen wurde bislang vernachlässigt, die von Williams und Degenhardt (1954) so bezeichnete *Paruresis*. Es handelt sich dabei um eine funktionelle Miktionsstörung, die in dem Unvermögen besteht, auf öffentlichen Toiletten oder außerhalb des Wohnraums zu urinieren. Die von Patienten berichteten Ängste drehen sich um die mangelnde räumliche Distanz zu anderen Personen auf öffentlichen Toiletten oder darum, andere könnten die Geräusche des Urinierens hören. In leichteren Fällen drückt sich diese Schwierigkeit in einem verzögerten Beginn der Miktion aus, bei behandlungsbedürftigen Fällen besteht ein völliges Unvermögen, außerhalb der eigenen Wohnung Wasser zu lassen.

Als problemauslösende Stimuli kommen die Anwesenheit anderer, das Gefühl einer auditiven und/oder visuellen Bedrohung der Privatheit sowie emotionale Zustände, wie Angst und Wut, in Betracht (Soifer et al. 2001). In ausgeprägten Fällen führt diese Symptomatik zu gravierenden Folgeproblemen mit einer Einschränkung des sozialen Handlungsspielraums.

Epidemiologische Studien zu diesem Störungsbereich fehlen bislang. Allgemein scheint die Prävalenz unterschätzt zu werden. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass in den für allgemeine epidemiologische Studien häufig verwendeten strukturierten diagnostischen Interviews diese spezifischen Symptome – wenn nicht explizit als Beispielitem hinzugefügt – nicht abgefragt werden. Zum anderen ist das Problem bei den Betroffenen hoch gradig schambesetzt. Die International Paruresis Association schätzt die Prävalenz der behandlungsbedürftigen Paruresis auf 7% der Bevölkerung mit ei-

nem Verhältnis von Männern zu Frauen von 9:1 (Soifer et al. 2001). Die Störung beginnt häufig in der Adoleszenz. Über ihren Spontanverlauf ist bislang nichts bekannt.

Das Zwei-Faktoren-Modell

Die meisten ätiopathogenetischen Modellsätze gehen von einem Zwei-Faktoren-Modell aus. Danach kommt es in Folge eines traumatisierenden oder Scham auslösenden Erlebnisses auf einer öffentlichen Toilette zu einer Angst vor Wiederholung in dieser Situation. Diese Angst bewirkt eine Sympathikusaktivierung, die zu einer Kontraktion der internalen und externalen urethralen Sphinkter führt und den Harnfluss verhindert. Da die Erwartung an solchen Orten nicht urinieren zu können, subjektiv bestätigt und psychophysiologisch aufrechterhalten wird, kommt es zu einem Vermeidungsverhalten und damit zu einer ausbleibenden Löschung der Verknüpfung von Situation und Angstreaktion und in Folge dessen zu einer Aufrechterhaltung der Symptomatik.

Einer Literaturübersicht zufolge, die sich bei Mangel an kontrollierten Studien auf Kasuistiken stützt, findet Hammelstein (2002) folgende verhaltenstherapeutische Teilstrategien effektiv: 1. Expositionsbehandlung, 2. kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Annahmen, 3. Entspannungsübungen. Eine psychopharmakologische Therapie führte in keinem der in der Literatur beschriebenen Fällen zu einer Besserung.

© Springer-Verlag 2003

Dipl.-Psych. Dr. Philipp Hammelstein
Abteilung Klinische Psychologie,
Heinrich-Heine-Universität,
Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf
E-Mail: Philipp.Hammelstein@uni-
duesseldorf.de

Philipp Hammelstein · Britta Jäntsch
 Winfried Barnett

**Paruresis.
 A neglected psychological problem**

Abstract

The paruretic disorder, a special subtype of social phobia, is presented. It has been almost completely neglected by German research. The disorder manifests in an inability to urinate in public rest rooms. The corresponding fears concern the loss of visual and/or acoustic privacy. Based on considerations about its etiology and pathogenesis a cognitive behavior-therapeutic intervention is recommended. This is illustrated by a case vignette of a 29-year-old male patient.

Keywords

Paruresis · Social phobia ·
 Cognitive behavioral therapy ·
 Exposure therapy

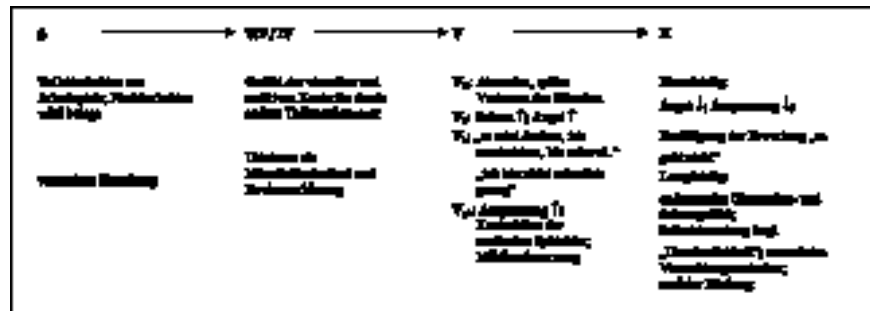


Abb. 1 ▲ Verhaltensanalyse bezüglich des Problemverhaltens von Herrn G.

Expositionsbehandlung

Innerhalb der *Expositionsbehandlung* werden die Reizbedingungen, die in der individuellen Verhaltensanalyse als angstauslösend ermittelt wurden, variiert und graduell erschwert. Diese können je nach Fall sehr unterschiedlich gelagert sein, wie beispielsweise Nähe anderer Menschen, Sichtbarkeit, bestimmte Merkmale der Toilette oder Hörbarkeit der Miktion. Die Reizkonfrontation sollte mit der Situation begonnen werden, in der eine erfolgreiche Miktion gerade eben noch möglich erscheint. Hierbei ist darauf zu achten, dass der Patient zuvor ausreichend getrunken hat, damit er einen Miktionsdrang erlebt. Zu Beginn der Behandlung steht der Therapeut in einer noch erträglichen Entfernung vom Patienten, während dieser uriniert. Die Miktion sollte nach wenigen Sekunden unterbrochen werden, damit die Exposition in derselben Therapiesitzung wiederholt werden kann. Mit zunehmendem Erfolg werden dann angstbesetztere Situationen gewählt, wie beispielsweise eine geringere Nähe zum Therapeuten, ein Öffnen der Toilettentür bis hin zur Nutzung des Urinalbeckens (bei Männern).

Dysfunktionale Kognitionen

Dysfunktionale Kognitionen beziehen sich zum einen auf die konkrete Situation des Urinierens. Hierbei wird angenommen, dass andere negativ darüber denken könnten, weshalb die Miktion verspätet einsetzt oder gänzlich ausbleibt. Zum anderen kreisen die dysfunktionalen Gedanken bei männlichen Patienten auch um Aspekte mangelnder Männlichkeit. So wird angenommen, dass nur derjenige ein „richtiger Mann“ sei, der auch im Stehen pinkeln könne. Beiläufig wird in diesem Zusammenhang daran erinnert, dass Freud (1932) den Versuch, sich beim

Urinieren gegenseitig zu übertreffen, als bis in früheste Vorzeiten zurückreichende Austragungsform männlicher Rivalitäten ansah. Diese Annahmen können mit kognitiven Strategien umstrukturiert werden (vgl. Jaspers 1998).

Entspannung

Im Behandlungsstrang der *Entspannung* wird auf bewährte Verfahren, wie die progressive Muskelrelaxation, zurückgegriffen. Manchmal wird zusätzlich die Kegel-Übung (Kegel 1948) angewendet, die aus einer willentlich wiederholten Tonuserhöhung des M. pubococcygeus besteht. Die dadurch erreichte Tonuserhöhung beeinflusst die An- und Entspannung des externen Sphinkter und damit die Möglichkeit die Miktion willentlich zu erleichtern. Bei einer in dieser Form gestalteten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise berichten Soifer et al. (2001) eine Besserungsrate von 75%.

Fallbericht

Symptomatik

Herr G., ein 29-jähriger gepflegter und attraktiver Mann, der im Kontakt offen, aber jugendlich unbeholfen wirkt, sucht eine Behandlung aufgrund seiner Antriebsschwäche und Niedergeschlagenheit. Im Gespräch spielt er seine Schwierigkeiten auf rein organisatorische Probleme herunter. Seine liebenswürdige und charmante Art erleichtert es dem Behandler eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen.

Bei Aufnahme ist Herr G. wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Merkfähigkeit und Konzentration erscheinen leicht beeinträchtigt; das formale Denken ist geordnet. Es zeigen sich keine Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen, im Sinne von Wahn, Hal-

luzinationen oder Ich-Störungen. Vom Affekt her wirkt er traurig, niedergestimmt und verzweifelt. Er berichtet Durchschlafschwierigkeiten und ein Morgentief. Herr G. grübelt über seine berufliche und partnerschaftliche Zukunft, äußert Schuldgefühle aufgrund der Vernachlässigung seiner Eltern und hat sich sozial zurückgezogen. Er beschreibt Ängste, auf Toiletten außerhalb seiner Wohnung zu urinieren; hierbei beziehen diese sich darauf, von anderen Menschen beim Urinieren gehört zu werden. Aufgrund dieser Ängste ist es ihm nicht möglich, an gesellschaftlichen Ereignissen (Kino, Kneipe, Konzert etc.) teilzunehmen. Sogar seine Arbeitsstelle habe er sich danach ausgewählt, wo und wie die Toiletten eingerichtet seien. Diese Ängste bestünden seit seiner Pubertät.

Krankheitsgeschichte

Herr G. wurde als zweites Kind eines heute 64-jährigen Rentners, früher Hilfsarbeiter, und einer heute 58-jährigen Hausfrau geboren. Beide Eltern sind gehörlos, so dass bereits während der Kindheit des Patienten nahe Verwandte Erziehungsfunktionen übernahmen. Zur Schwester (+4) habe er heute ein oberflächliches, aber gutes Verhältnis, wünsche sich von ihr jedoch mehr Unterstützung. Während der Kindheit hätten sie häufigen Streit gehabt.

Seinen Vater beschreibt er als einen sensiblen, fleißigen und sehr exakten Menschen, der sehr großzügig und liebevoll habe sein können, aber sehr menschen-scheu gewesen sei. Im Gegensatz hierzu sei die Mutter eher „ich-zentriert“, häufig wehleidig und besorgt und bereits während seiner Kindheit „depressiv“ gewesen. Der Patient beschreibt eine insgesamt positiv erlebte Kindheit, in der er sich einerseits sehr geborgen gefühlt habe, andererseits viele Freiheiten hätte erfahren können.

Während der Pubertät habe er in einem Fußballverein gespielt, wo es viele Männlichkeitsrituale gegeben habe, die um das Thema „Urinieren“ gekreist hätten, z. B. rituelles gemeinsames „Um die Wette pinkeln“. Hierbei habe er erste diesbezüglich schamhafte Erfahrungen gemacht: Als seine Miktion verzögert eingesetzt habe, sei dies von seinen Freunden noch am Urinalbecken negativ kommentiert worden. Die Symptomatik habe dann schleichend zugenommen, und er habe immer mehr Situationen vermieden, in denen es dazu

kommen könnte, dass ihn Freunde aufforderten, gemeinsam die Toilette aufzusuchen.

Nach dem Abitur habe er angefangen, Volkswirtschaftslehre zu studieren und sei täglich zu der 70 km entfernten Universität gependelt. Erst im letzten Studienabschnitt habe er sein Zimmer bei den Eltern aufgegeben und sei an den Studienort gezogen. Als Student habe er seine jetzige Partnerin kennen gelernt, mit der er auch zusammengezogen sei.

Von diesem Zeitpunkt an sei er zunehmend depressiv geworden. Abends habe er keine Freunde oder Kollegen mehr besuchen können, da diese weit entfernt gewohnt hätten. Neue Bekanntschaften habe er nicht schließen können. So besuche er keine Kneipen oder ähnliches mehr, weil er schließlich irgendwann deren Toilette aufsuchen müsste. Zudem seien Schuldgefühle bezüglich seiner Eltern hinzugekommen, da er meinte, sie zu vernachlässigen und ihnen im Notfall keine Hilfe zukommen lassen zu können.

Diagnostik

Die somatischen und neurologischen Befunde waren unauffällig. Zur standardisierten Diagnostik wurden das strukturierte klinische Interview für DSM-IV (SKID-I; Wittchen et al. 1997) und die International Personality Disorder Examination (IPDE; Mombour et al. 1996) durchgeführt. Die Einschätzung des Schweregrades depressiver Symptome erfolgte mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck 1995). Die Symptom-Checkliste (SCL-90R; Franke 1995) diente zur Abschätzung der subjektiven Belastung. Zusätzlich wurde das Leistungsprüfsystem (L-P-S) nach Horn (1983) durchgeführt. Eine Persönlichkeitsstörung ließ sich durch das IPDE nicht diagnostizieren. Mit dem SKID-I konnten die untenstehenden Diagnosen nach ICD-10 abgesichert werden. Der BDI wies mit 34 auf eine mittelschwere bis schwere Depression hin, die globalen Kennwerte der SCL-90 (T-Werte: GSI =73, PSDI =77, PST =61) auf eine erhöhte psychische Belastung. Das L-P-S zeigte einen IQ von 130. *Zusammenfassend* wurden eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (F32.10) und eine soziale Phobie (Paruretischer Subtypus; F40.1) diagnostiziert.

Die genaue Verhaltensanalyse (vgl. Bartling et al. 1998; Knafla u. Ehlert, 2001) veranschaulicht die Abb. 1.

Eine typische Situation ist z. B. die Nutzung der Toilette am Arbeitsplatz, die Herr G. nur dann betritt, wenn er sich sicher ist, dass sich niemand im Raum befindet. Häufig betritt ein Kollege allerdings die Toiletten, während Herr G. noch in einer Kabine ist. Während dieses Wahrnehmungsprozesses und dessen innerer Verarbeitung fokussiert Herr G. auf den unbekannteten Kollegen und dessen mögliche Bewertungen. Herr G. beschreibt diese Situation als einen „Männlichkeitskampf“, ein Mann würde „durch das Urinieren sein Revier abstecken“. Er selbst hätte in dieser Situation Angst, der „Unterlegene“ zu sein. Es kommt zu einer zunehmenden Anspannung, wahrscheinlich mit einer Sympathikusaktivierung und konsekutiver Kontraktion der urethralen Sphinkter, so dass die Miktion gehemmt wird. Die automatischen Gedanken beziehen sich währenddessen auf die bedrohte eigene Männlichkeit; dies geht mit einem Gefühl der Scham einher. Herr G. versucht nun entweder so lange zu warten, bis niemand sich mehr im Toilettenraum aufhält, oder er versucht die Toilette so zu verlassen, dass ihn der noch im Toilettenraum befindliche Kollege nicht sieht. Kurzfristig kommt es dadurch zwar zu einer Anspannungsreduktion, langfristig jedoch zu einem zunehmenden Hilflosigkeits- und Schamgefühl und zur Etablierung einer Erwartungsangst.

Behandlung

Als *Therapieziele* wurde neben der Reduktion der depressiven Symptomatik sowie der Steigerung sozialer Kompetenzen vorrangig die Reduktion der paruretischen Symptomatik festgelegt. Als Teilziele ließen sich hierbei benennen: a) in öffentlichen Toiletten Kabinen aufsuchen und urinieren können (kurzfristig), b) in öffentlichen Toiletten Pissoirs nutzen können (mittelfristig) und c) Flexibilisierung und Überprüfung des männlichen Rollenbildes.

Der *Therapieplan* in Bezug auf die paruretische Symptomatik lehnte sich eng an die eingangs beschriebene Behandlungsempfehlung an und umfasste 1.) Psychoedukation (Vermittlung eines Erklärungsmodell und Therapierationals), 2.) graduelle Expositionen, 3.) Entspannungsübungen und 4.) kognitive Umstrukturierung.

Auf die Aspekte der verhaltenstherapeutischen Behandlung der depressiven

Symptomatik (antidepressive Medikation, Aktivitätssteigerung, Euthymietraining, soziales Kompetenztraining und kognitive Umstrukturierung) soll hier nur am Rande eingegangen werden. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass die Aktivitätssteigerung insofern zurückgestellt wurde, als dass sie eine Vergrößerung des Aktionsradius des Patienten vorausgesetzt hätte, die aufgrund der paruretischen Symptomatik nicht gegeben war. Die depressive Symptomatik wurde pharmakotherapeutisch mit 45 mg Mirtazapin behandelt. Im Anschluss an die Psychoedukation (Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells sowie eines Therapierationales) wurde zunächst mit der Expositionsbildung der Paruresis begonnen. Hierbei wurde darauf geachtet, dass bei den ersten Expositionssitzungen eine Toilette innerhalb der Klinik aufgesucht wurde, so dass die Frequentierung kontrolliert werden konnte (also keine „unerwarteten“ Besucher). Nach den ersten positiven Erfahrungen wurde die Exposition auf Toiletten außerhalb des Klinikgeländes ausgeweitet. Hierbei entstand die Schwierigkeit, dass der Patient zwar in Anwesenheit des Behandlers urinieren konnte, sobald ihm unvertraute Personen erschienen, trat die Miktionshemmung jedoch wieder auf. Herr G. übte nun alleine und blieb solange unverrichteter Dinge am Urinalbecken stehen, bis Angst und Anspannung abnahmen (d. h. fremde Personen betraten die Toilette und verließen sie wieder, während Herr G. immer noch am Urinalbecken stand). Durch das Erleben der Anspannungsabnahme wurde die Miktion nach und nach möglich. Parallel dazu nahm Herr G. regelmäßig an der Entspannungsgruppe teil (progressive Muskelrelaxation).

Als ein wichtiger Bestandteil der Behandlung erwies sich die kognitive Umstrukturierung der Annahmen über die eigene Männlichkeit sowie die negativ antizipierten Folgen seiner selbst zugeschriebenen Unmännlichkeit (Verlust der Partnerin, des Freundeskreises etc.). Die Vielfältigkeit der Attribute des Männlichkeitsbegriffs wurde in den Blickpunkt gerückt. Zunehmend konnte Herr G. neben dem „öffentlich urinieren Können“ andere männliche Eigenschaften an sich selbst wahrnehmen und diese seinem Selbstbild zurechnen. Andererseits wurde auf die Irrationalität der antizipierten Konsequenzen fokussiert, und diese wurden im sokratischen Disput durch rationale-

re und damit funktionalere Konsequenzen ersetzt.

Durch den nunmehr zunehmenden räumlichen Aktionsradius des Patienten konnte schließlich mit einer Aktivitätssteigerung begonnen werden, die neben den Erfolgserlebnissen bei der Paruresisbehandlung und der damit einhergehenden erhöhten Selbstwirksamkeit zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik beitrug.

Nach einem zehnwöchigen stationären Aufenthalt (mit insgesamt 20 Einzeltherapiesitzungen sowie zusätzlichen Expositionen) konnte Herr G. in eine ambulante Behandlung überwiesen werden. Zu diesem Zeitpunkt hatte er häufig öffentliche Toiletten aufsuchen und dort urinieren können, ein angemessenes Verständnis von Männlichkeit und war in der Lage sich positive und auch genussvolle Erfahrungen verschaffen zu können. Die Werte der Selbstbeurteilungsverfahren zu Therapieende zeigen eine deutliche Reduktion der depressiven Symptomatik (BDI = 12) sowie der allgemeinen psychischen Belastung (T-Werte der SCL-90R: GSI = 47, PSDI = 49, PST = 48). Die auf dieser Basis aufbauende ambulante Psychotherapie hatte nun die Möglichkeit diese Therapieerfolge zu stabilisieren sowie die neuen Verhaltensmuster im beruflichen und privaten Alltag zu etablieren.

Schlussbemerkungen

Die hier vorgestellte und auch im amerikanischen Sprachraum etablierte verhaltenstherapeutische Behandlung der Paruresis stellte sich in dem beschriebenen Fall als wirksam heraus. Eine kombinierte Intervention mit gradueller Exposition, kognitiver Umstrukturierung und Entspannungstechniken reduziert die paruretische Symptomatik beträchtlich. Inwiefern hiermit ein dauerhafter Behandlungserfolg etabliert werden konnte, ist noch ungewiss. Weiter unsicher ist, welcher dieser störungsspezifischen Behandlungsstränge maßgeblich zum Therapieergebnis beiträgt. Solange es hierzu keine kontrollierten Therapiestudien gibt, sollte die Kombination der beschriebenen Interventionen (angepasst an die individuelle Problematik) Anwendung finden.

Was die hier beschriebene Komorbidität zur depressiven Symptomatik betrifft, wird empfohlen, zunächst die paruretische Symptomatik zu behandeln, da

dies zum einen zu raschen Erfolgserlebnissen führt, zum anderen durch eine Etablierung einer positiven Änderungserwartung die Therapiemotivation für die weitere Behandlung deutlich erhöht wird. Bei gravierenden depressiven Symptomen sollten diese möglicherweise parallel durch kognitive und/oder medikamentöse Strategien behandelt werden. Schließlich vergrößert sich mit erfolgreicher Behandlung der Paruresis auch der räumliche Aktionsradius des Betroffenen immer mehr, so dass eine Aktivitätensteigerung im Rahmen konventionell verhaltenstherapeutischer Depressionsbehandlung eingeleitet werden kann.

Fazit für die Praxis

Es wird empfohlen im Symptompektrum der sozialen Phobien explizit danach zu fragen, ob Schwierigkeiten bestehen auf öffentlichen Toiletten zu urinieren, da wegen ihrer starken Schambesetztheit nicht immer damit gerechnet werden kann, dass spontan über sie berichtet wird.

Literatur

- Bartling G, Echelmeyer L, Engberding M (1998) Problem-analyse im therapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart
- Beck AT (1995) Beck-Depressions-Inventar (BDI), 2. überarb. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Franke GH (1995) Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version (SCL-90R). Beltz, Weinheim
- Freud S (1932) Zur Gewinnung des Feuers. GW Bd 16, S 3–9
- Hammelstein P (2002) Paruresis: Bemerkungen zur Ätiologie und verhaltenstherapeutischen Behandlung. Verhaltenstherapie 12:224–227
- Horn W (1983) Leistungsprüfsystem (L-P-S), 2 erw. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Jaspers JPC (1998) Cognitive-behavioral therapy for paruresis: a case report. Psychol Rep 83:187–196
- Kegel AH (1948) Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. Am J Obstet Gynecol 56:238–248
- Knafla I, Ehlert U (2001) Verhaltensanalyse. Psychotherapeut 46:145–153
- Mombour W, Zaudig M, Berger P et al. (1996) International Personality Disorder Examination (IPDE). ICD-10 Modul – Deutschsprachige Ausgabe. Huber, Bern
- Ruhmland M, Margraf J (2001) Effektivität psychologischer Therapien von generalisierten Angststörungen und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie 11:27–40
- Soifer S, Zgourides GD, Himle J, Pickering NL (2001) Shy bladder syndrome: your step-by-step guide to overcoming paruresis. New Harbinger Publ, Oakland
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung. Hogrefe, Bern
- Williams GW, Degenhardt ET (1954) Paruresis: a survey of a disorder of micturition. J Gen Psychol 51:19–29
- Zgourides GD (1987) Paruresis: overview and implications for treatment. Psychol Rep 60:1171–1176