



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Directieve interventies bij paruresis

Naar aanleiding van A. Lange, 'Een behandeling van chronische angst om te plassen', Dth, 14, 77-89

Jan Jaspers*

Samenvatting

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van directieve interventies bij paruresis, het onvermogen te urineren onder specifieke omstandigheden. Zoals ook bij andere angststoornissen variëren de interventies van paradoxale intentie tot verschillende vormen van exposure. Van een medicamenteuze aanpak is weinig succes te verwachten. Hoewel een multimodale behandeling is aan te bevelen, is de aandacht voor cognitieve factoren tot nu toe beperkt gebleven. In dit artikel wordt een casus beschreven waarin een cognitieve aanpak en exposure in vivo worden gecombineerd.

Met bijzondere belangstelling las ik het artikel van A. Lange over een behandeling van chronische angst om te plassen (*Dth*, 14, 77-89). Enige tijd geleden behandelde ik een jongeman met dezelfde klacht.

Allereerst wil ik enkele aanvullingen geven en enkele onduidelijkheden noemen die mij bij lezing van de gevalsbeschrijving opvielen. Vervolgens beschrijf ik kort de behandeling van de jongeman, waarbij ik de nadruk leg op overeenkomsten en verschillen in de interventies die in beide behandelingen werden toegepast.

Termen en definities

Lange omschrijft de klacht van zijn cliënt als 'de angst om niet te kunnen plassen'; in de literatuur zijn verschillende termen te vinden ter aanduiding van deze klacht. Paruresis en psychogene urineretentie komen het meest voor. Door sommigen worden deze termen als synoniem gebruikt (Zgourides, 1987), voor anderen hebben deze termen een verschillende betekenis. Paruresis wordt beschreven als het onvermogen te urineren onder specifieke omstandigheden, meestal betreft het openbare plaatsen waarin de aanwezigheid van anderen een rol speelt (Malouff & Lanyon, 1985). Psychogene urineretentie betreft het onvermogen te urineren onder alle omstandigheden. Bij deze vorm, ook wel hysterische urineretentie genoemd, is vaak (zelf)catheterisatie noodzakelijk (Barrett, 1976).

Paruresis wordt meestal gerangschikt onder de angststoornissen. Afhankelijk van de specifieke situaties waarin de klacht optreedt en de angstverwekkende cues hierbij, wordt soms voldaan aan de diagnostische criteria (DSM-III-R) voor enkelvoudige fobie of sociale fobie. Ook atypische vormen, waarbij bijvoorbeeld obsessief-compulsieve symptomen zijn verbonden aan het plassen, zijn beschreven (Nicolau et al., 1991).

* DR. J.P.C. JASPERS is verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van het Academisch Ziekenhuis Groningen.

Dergelijke nuances kunnen bij de concrete vormgeving van de interventies van belang zijn en het is dan ook aan te bevelen de cognitieve aspecten van de klacht goed te inventariseren. De casus die Lange presenteert illustreert dit: meer aandacht in het begin van de behandeling voor de specifieke dysfunctionele cognities had waarschijnlijk sneller geleid tot de effectieve zelfverbalisaties.

Interventies

Lange schrijft dat de behandeling in het beginsel geheel in het teken stond van de paradoxale aanpak. Uit het artikel is mij niet duidelijk welke rationale hiervoor aan de cliënt werd gegeven (uit het verslag van de cliënt blijkt dat hij niet zeker wist wat de bedoeling ervan was) en waarom hier direct al in het begin van de behandeling voor is gekozen. Enige toelichting lijkt echter wel op zijn plaats, omdat deze aanpak ongebruikelijk is, althans niet eerder is beschreven. Zoals Lange zelf aangeeft, past Ascher (1979) deze interventie pas toe als een congruente aanpak onvoldoende resultaat oplevert. Weliswaar was de cliënt van Lange eerder in gedragstherapie geweest, en niet bij de eerste de beste, maar deze therapie had bestaan uit systematische desensitisatie. Hoewel de literatuur slechts bestaat uit gevalbeschrijvingen, is thans wel duidelijk dat dit doorgaans een ineffectieve aanpak is en dat meer effect kan worden verwacht van exposure in vivo. McCracken en Larkin (1991) beschrijven de verschillende interventies die bij een dergelijke aanpak meestal worden gecombineerd: zelfregistratie en ontspanningstraining, gevolgd door exposure in vivo op basis van de opgestelde angsthiërarchie. Zelfs prolonged exposure blijkt bij deze klacht tot de mogelijkheden te behoren. Na de eerste publikaties hierover (Lamontagne & Marks, 1973; Glasgow, 1975) werd een oplossing gevonden voor het praktische probleem dat meestal na één keer plassen de sessie bij gebrek aan urine in de blaas moest worden beëindigd. Het slikken van 20 tot 40 mg furosemide (een diureticum) een uur vóór de prolonged exposure, blijkt te kunnen leiden tot wel zes succesvolle plasjes per uur (Thyer & Curtis, 1984).

Andere medicamenteuze ingrepen bij deze klacht blijken minder geslaagd. Hatterer et al. (1990) schreven bèta-blokkers (atenotol en/of phenelzine) voor bij vier mannen met paruresis, omdat deze medicatie ook bij sociale fobie effectief zou zijn. Atenotol bleek bij één van de mannen effectief, de anderen rapporteerden geen effect op paruresis, maar wel verschillende hinderlijke bijwerkingen, waaronder langdurige erectie. Prolonged exposure is dan misschien een moeilijke opgave voor mannen met deze klacht, 'prolonged erection' lijkt de opgave met succes te plassen danig in de weg te staan.

Het is opvallend dat in geen enkele gevalbeschrijving specifieke aandacht wordt besteed aan de spieren die direct betrokken zijn bij het onvermogen om te urineren. Algemene spierontspanning wordt wel veelvuldig toegepast als angstreducerende techniek, maar specifieke training van de spieren van het perineum en de externe sluitspier wordt in de literatuur niet beschreven. Zgourides (1987) geeft in zijn overzichtsartikel wel het advies hier bij de behandeling aandacht aan te besteden, omdat de genoemde spieren onder bewuste controle staan en het ontspannen ervan het urineren vergemakkelijkt. Bij succesvol urineren zijn echter ook spieren betrokken die niet onder bewuste controle staan, met name de interne sluitspier en de musculus detrusor vesicae, het spiertje dat de blaashals omlaagtrekt. Bij parasymphatische stimulatie ontspant de interne sluitspier

en trekt de detrusor samen, waardoor urineren mogelijk wordt. Zgourides (1988) noemt de mogelijkheid, als aanvulling op een exposure in vivo-behandeling, parasymphicomimetica toe te passen om het effect van parasymphische stimulatie te maximaliseren. De toepassing ervan is echter tot nu toe niet beschreven, wellicht omdat ook de toepassing van dit medicament tot de nodige complicaties en bijwerkingen kan leiden.

Casus

Dirk is een zestienjarige scholier, die al vijf jaar kampt met het probleem dat hij zelf omschrijft als moeite hebben met plassen als hij onder spanning staat. De klacht is ontstaan tijdens een vakantie in het buitenland, waarbij hij er niet in slaagde gebruik te maken van de ernstig verontreinigde toiletten op een camping waar hij op doorreis een nacht vertoefde.

Bij het begin van de behandeling zijn er slechts twee plaatsen waar hij zonder moeite kan plassen: het toilet thuis en één van de toiletten op school, waarvan hij weet dat hiervan, door de perifere ligging ervan, weinig gebruik wordt gemaakt. De meer centraal gelegen toiletten op school mijdt hij, evenals andere openbare toiletten. Ook het plassen in de open lucht lukt niet en wordt vermeden, hetgeen hem tijdens een trektocht met leeftijdgenoten danig in de problemen heeft gebracht. Dit laatste is een belangrijke motivatie voor de behandeling: volgend jaar wil hij zonder dit probleem op vakantie kunnen gaan. Pas recent heeft hij zijn ouders op de hoogte gebracht van de ernst van zijn probleem. De gène rond de klacht is aanzienlijk: cliënt en zijn ouders hebben ver van hun woonplaats hulp gezocht.

De eerste interventies bestaan uit het opstellen van een angsthiërarchie, registratie en training van de sluitspier. Bij het opstellen van de angsthiërarchie komen enkele belangrijke angstverwekkende cues naar voren: het zichtbaar en (niet) hoorbaar zijn, de aanwezigheid en nabijheid van anderen in de toiletruimte en het besef dat anderen op hun beurt wachten, bijvoorbeeld doordat zij aan de deurknop van de wc hebben gevoeld.

Voor de zelfregistratie is gebruik gemaakt van het ABC-schema dat bij rationeel-emotieve therapie wordt toegepast om problematische situaties (A), dysfunctionele gedachten (B) en gevoelens (C) te inventariseren. Omdat de problematische situaties werden vermeden was het niet zonder meer mogelijk om de dysfunctionele cognities te inventariseren. Uitgeleegd werd dat dergelijke gedachten het probleem in stand houden en dat het nuttig zou zijn deze nauwkeurig in kaart te brengen. Daarvoor zou het nodig zijn dat Dirk zich in de situaties zou begeven die laag in zijn angsthiërarchie stonden. Hij kreeg de opdracht dagelijks zo'n situatie op te zoeken wanneer hij aandrang voelde en na afloop het ABC-schema in te vullen. Hierbij moest hij alle handelingen verrichten die bij normaal toiletbezoek behoren; de situatie moest zo natuurgetrouw mogelijk zijn. Nadrukkelijk werd gesteld dat het er niet om ging dat hij nu al met succes zou kunnen plassen, hoewel het niet verboden was. De therapeut voegde hier nog aan toe dat het zelfs beter zou zijn als het deze keren nog niet zou lukken. Des te beter zouden de gedachten en gevoelens die in deze situatie optraden kunnen worden vastgelegd. Een andere opdracht die in de beginfase van de behandeling werd gegeven bestond uit het onderbreken van het plassen op de wc thuis. De rationale hiervoor was dat hij te weinig controle had over zijn sluitspier en dat versterken van de bewuste controle hierover in ontspannen situaties (de wc thuis) hem zou helpen later in moeilijke situaties zijn sluitspier beter te ontspannen.

De resultaten van deze eerste interventies waren hoopgevend. Het onderbreken van de plas en daarna weer verder plassen leverde geen enkel probleem op. De registratieopdracht leidde tot wisselende resultaten. Tot Dirks verbazing was het hem enkele keren overkomen dat hij

had kunnen plassen. De keren dat het niet was gelukt leverden aanvullende informatie over de dysfunctionele gedachten op. Dirk bleek bang te zijn dat anderen zouden merken dat hij niet kon plassen: zij zouden hem dan wel erg gek vinden en raar over hem kunnen gaan denken. Een specifieke zorg was dat ze niets zouden horen terwijl hij op de wc was. Hierop ontstond zich een interessante uitwisseling over plasgewoonten tussen Dirk en de therapeut. Deze sprak er zijn verbazing over uit dat Dirk probeerde een klaterende straal te produceren, omdat hem bekend was dat veel mannen probeerden geruisloos te plassen, juist wanneer andere mensen hen zouden kunnen horen. Met andere woorden, als hij geen geluid zou maken zou dat heel normaal zijn en helemaal geen reden voor anderen om iets abnormaals te veronderstellen. Op vergelijkbare wijze werden andere dysfunctionele gedachten opgespoord en uitgedaagd (bijv. 'Wat voor raars zouden ze dan kunnen denken?').

De volgende interventies bestonden uit het aanleren van progressieve spierontspanning en het uitvoeren van een exposure-programma, waarin de verschillende situaties uit de angsthiërarchie werden geoefend. Voor situaties die hierbij moeilijkheden opleverden moest Dirk met behulp van zelfregistratieformulieren dysfunctionele gedachten vervangen door functionele gedachten; aanvankelijk achteraf en later zo mogelijk in de situatie zelf.

Het verdere verloop van de behandeling was nogal wisselend. Na een aanvankelijk snelle vooruitgang in termen van uitbreiding van situaties waarin Dirk zonder problemen kon plassen, volgde een periode waarin weinig vooruitgang werd geboekt. De progressieve spierontspanning sprak Dirk niet aan en werd nauwelijks geoefend. Waarschijnlijk was niet zozeer de toenemende moeilijkheidsgraad van de te oefenen situaties oorzaak van de stagnatie, maar de omstandigheid dat de grootste lijdensdruk voorbij was. Af te sluiten wc's, bekend of vreemd, leverden na zes sessies geen problemen meer op. Situaties met meerdere open urinoirs en situaties in de open lucht nog wel, maar dit werd nauwelijks als een belemmering in het dagelijks leven ervaren.

Om Dirk te motiveren zoveel mogelijk vooruitgang te boeken en zelf de verantwoordelijkheid voor zijn behandeling te nemen stelde de therapeut dat Dirk het zelf in de hand had hoe ver hij wilde komen; dat zou een kwestie zijn van oefenen en doorzetten. Vervolgens werd precies afgesproken welke de einddoelen voor binnen en voor buiten plassen zouden zijn en hoeveel tijd en sessies hij hiervoor dacht nodig te hebben (nog zes sessies). Toen het er in de loop van deze laatste fase van de behandeling naar uit zag dat Dirk wellicht de einddoelen niet helemaal zou halen, sloot de therapeut hierover een weddenschap met hem af (een cd naar keuze).

Deze werd door de therapeut verloren, omdat Dirk er uiteindelijk wel in slaagde de einddoelen te bereiken: buiten plassen op een beschutte plaats waar hij niet direct zichtbaar was voor anderen en binnen plassen in een openbare toiletruimte met meerdere urinoirs, waarbij het urinoir direct naast hem onbezet was.

Bij follow-up na een halfjaar bleek het bereikte resultaat gehandhaafd. Ook de vakantie was goed verlopen. Tijdens de fietsvakantie met vrienden was hij niet in moeilijkheden geraakt.

Commentaar

De gevolgde therapeutische aanpak is congruent: een combinatie van een cognitieve aanpak en exposure in vivo. Toch kan bij de instructie van de registratie wel een paradoxaal element hebben gespeeld. De overeenkomst met de meer uitgesproken paradoxale aanpak van Lange, gebaseerd op Ascher (1979), is dat in beide gevallen de cliënt zich in de gevreesde situaties moet begeven zonder dat hij daar hoeft te plassen. Het belangrijkste verschil lijkt mij dat in de procedure volgens Ascher een verbod rust op het urineren, ook al is het hierbij de bedoeling dat het verbod zal worden overtreden. Blijft de vraag waarom dat bij de cliënten van Ascher wel gebeurde en bij de cliënt van

Lange niet. Lange vraagt zich af of het wel om paradoxale intentie gaat: 'Daarbij hoort immers vooral het oproepen van angst' (pag. 78). Uit de beschrijving van de cliënt blijkt dat dat niet het geval is geweest. Mogelijk dat enkele details uit de procedure hiervoor verantwoordelijk zijn: de opdracht moest met tussenpozen van drie uur worden uitgevoerd en tussendoor kon gewoon worden geplast. Als het de bedoeling is angst of spanning op te roepen, zou het mij logischer lijken de opdracht uit te laten voeren *wanneer de cliënt aandrang voelt*. Helaas is uit de beschrijving van Ascher (1979) niet duidelijk hoe de opdracht in dit opzicht aan zijn cliënten is gegeven.

Een overeenkomst tussen de hier en de door Lange beschreven behandeling is de aandacht die wordt besteed aan de cognitieve aspecten van de klacht, ook al is de uitwerking verschillend. In die zin wijken de behandelingen af van andere gevalbeschrijvingen. Zgourides (1987) merkt hierover in zijn overzicht op: 'Interestingly, the clinicians' reports do not mention specific use of rational-emotive and cognitive therapy.' Hij betoont zich een voorstander van een multimodale aanpak, waarin ook de eerdergenoemde specifieke spieroefeningen een plaats verdienen. De betekenis hiervan is mijns inziens gering. Dergelijke oefeningen, zoals bij Dirk het onderbreken van de plas, kunnen wel nut hebben als motiveringstechniek: de uitvoering ervan is gemakkelijk en leidt daardoor in het begin van de behandeling direct al tot een succes. Hierdoor kan het gevoel van controle worden versterkt en kunnen positieve verwachtingen over het verdere verloop van de behandeling worden versterkt.

Zoals ook bij andere angststoornissen, lijkt exposure in vivo bij paruresis het meest effectieve ingrediënt uit het behandelingspakket. Ik ben het dan ook geheel eens met de tweede opmerking in het commentaar van Lange, waarin hij de nadruk legt op motiveringstechnieken die erop gericht zijn de cliënt te stimuleren de exposure uit te voeren. In dat kader moet ook de weddenschap met Dirk aan het eind van de behandeling worden gezien. Uit het verslag van de cliënt van Lange blijkt ook hoe belangrijk de verwachtingen zijn die de therapeut ten aanzien van het welslagen van de behandeling overbrengt op de cliënt. Ook Dirk had wel eens het gevoel dat de therapeut meer vertrouwen in de afloop van de therapie had dan hijzelf. Uiteindelijk bleek hij toch heel tevreden met het bereikte resultaat.

Abstract

This article comprises a review of directive interventions for paruresis, the inability to urinate under specific circumstances. As in other anxiety disorders, interventions include paradoxical intention and different forms of exposure. The results of pharmacological treatment are not very promising. Although a multidimensional treatment model has been recommended, little attention has been paid to treating cognitive components of the disorder. In this article a case is reported in which a cognitive approach and exposure in vivo are combined.

Referenties

- Ascher, L.M. (1979). Paradoxical intention in the treatment of urinary retention. *Behavior Research and Therapy*, 17, 267-270.
- Barrett, D.M. (1976). Psychogenic urinary retention in women. *Mayo Clinics Proceedings*, 51, 351-356.

- Glasgow, R.E. (1975). In vivo prolonged exposure in the treatment of urinary retention. *Behavior Therapy*, 6, 701–702.
- Lamontagne, Y. & Marks, I.M. (1973). Psychogenic urinary retention: Treatment by prolonged exposure. *Behavior Therapy*, 4, 581–585.
- Malouff, J.M. & Lanyon, R.I. (1985). Avoidant paruresis. An exploratory study. *Behavior Modification*, 9, 225–234.
- McCracken, L.M. & Larkin, K.T. (1991). Treatment of paruresis with in vivo desensitization: a case report. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 57–62.
- Nicolau, R., Toro, J. & Prado, C.P. (1991). Behavioral treatment of a case of psychogenic urinary retention. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 63–68.
- Thyer, B.A. & Curtis, G.C. (1984). Furosemide as an adjunct to exposure therapy of psychogenic urinary retention. *Perceptual and Motor Skills*, 59, 114.
- Zgourides, G.D. (1987). Paruresis: Overview and implications for treatment. *Psychological Reports*, 60, 1171–1176.
- Zgourides, G.D. (1988). Bethanechol chloride as a suggested adjunct to prolonged in vivo exposure therapy in the treatment of paruresis. *Perceptual and Motor Skills*, 66, 319–322.