

PARURÉZA – KLINICKÝ OBRAZ A SOUČASNÁ TERAPIE

MUDr. Jan Krhut¹, MUDr. Karel Mainer¹, Bc. Romana Holářová²

¹Urologické oddělení FNŠP Ostrava-Poruba

²Klinika léčebné rehabilitace FNŠP Ostrava-Poruba

Parurézou nazýváme chorobný stav, kdy se pacient není schopen vymočit za pro něj nestandardních podmínek. Nejčastěji je pro něj bariérou přítomnost dalších lidí při mikci, cizí prostředí, časový stres a podobně. Z hlediska psychologicko-psychiatrického ji řadíme do skupiny obsesivně-kompulzivních poruch (Obsessive Compulsive Spectrum Disorders – OCSD), nebo mezi tzv. sociální fobie. Ze strany urologů není zatím této dysfunkci věnována v podstatě žádná pozornost, přestože jsou na jejím podkladě popsány případy vzniku vážných mikčních dysfunkcí. V léčbě parurézy se uplatňuje zejména kognitivně-behaviorální terapie, farmakoterapie je relativně málo účinná.

Autoři podávají přehled problematiky a uvádějí vlastní kazuistiku.

Klíčová slova: sociální fobie, mikční dysfunkce, močová retence, fyzioterapie.

PARURESIS – CLINICAL VIEW AND CURRENT THERAPY

Paruresis is a pathological condition characterized by inability to urinate during nonstandard situations. The most frequent is presence of other people during micturia, foreign environment, time stress, etc. From psychology-psychiatry view it belongs to obsessive-compulsive spectrum disorder (OCSD), or to so called social phobias. There is no attention paid to this dysfunction from urologist side, in spite of possible development of serious miction dysfunction. The most important is cognitive-behavioral therapy; the effect of pharmacotherapy is relatively small.

Authors present a review of the problem and describe a case-report from their own clinical experience.

Key words: social phobia, voiding dysfunctions, urinary retention, physiotherapy.

Úvod

Parurézou nazýváme patologický stav, při němž se pacient není schopen vymočit za pro něj nestandardních podmínek.

Poprvé pojem paruréza zavedli v r. 1954 Williams a Degenhardt (13), ale můžeme se setkat i se synonymy jako bashful bladder, shy bladder syndrome, stydlivý měchýř a podobně. Dlouhou dobu byl tento problém zčásti tabuizován, zčásti zlehčován a pozornost mu začala být věnována alespoň ze strany psychiatrické obce až na počátku devadesátých let minulého století. Dalším impulzem pro rozvoj zájmu o tuto problematiku pak bylo založení Mezinárodní společnosti pro parurézu (International Paruresis Association – IPA) v Baltimore v r. 1996.

Incidenci a prevalenci parurézy lze jen těžko odhadnout, neboť dosud nejsou k dispozici v podstatě žádné epidemiologické studie. Odhady hovoří o 3–14% prevalenci tohoto syndromu, přičemž v naprosté většině případů (70–90%) jsou postiženi muži (14).

Etiologie

Etiologie parurézy je nejasná a nejspíše multifaktoriální. Roli při vzniku syndromu hrají nepochybně faktory osobnostní, ale i faktory prostředí a faktory urologicko-organické. Možné faktory podílející se na vzniku parurézy shrnuje tabulka 1.

Z hlediska psychologicko-psychiatrického řadíme parurézu do skupiny obsesivně-kompulzivních poruch (Obsessive Compulsive

Spectrum Disorders – OCSD), nebo mezi tzv. sociální fobie (11). Z hlediska etiopatogeneze propagován tzv. dvojfaktorový model vzniku. Prvním (primárním) faktorem je porucha vývoje mužské identity (často citované podvědomé trauma dětí po prožité v závodech „kdo dál domočí“), někdy je zmiňována i souvislost s velmi starou samčí snahou o vytyčení vlastního životního prostoru a snahou o jeho narušitelnost. Jako následný (sekundární) faktor je pak uváděno většinou psychické trauma (většinou) na veřejné toaletě. To pak vede ke vzniku strachu před možným opakováním tohoto traumatizujícího zážitku, což vede k dalšímu zvýšení emočního i fyzického napětí při mikci za nestandardních podmínek. Tím se etiopatogenetický kruh uzavírá. Celý stav pak může ústít až v zásadní omezení společen-

ského života postižených. Návštěva restaurace, divadla, kina, nebo i jakékoliv cestování se stávají problémem a postižený se mnohdy zříká řady jinak běžných aktivit. Nezřídka dochází i k ovlivnění profesního života.

Výrazně se snižuje kvalita života nemocných, což může ústít až do vzniku reaktivních depresivních stavů.

Z hlediska etiopatogeneze vzniku mikční dysfunkce je nejrozšířenější teorie Blaivasova, podle níž dochází při psychickém stresu k mohutné stimulaci sympatiku. To vede k současnému podráždění beta-adrenergických receptorů způsobujících relaxaci detruzoru a alfa-adrenergických receptorů způsobujících kontrakci hladké svaloviny hrdla močového měchýře (2). Výsledkem je pak klinický obraz retardace startu, slabého proudu, nedokonalé

Tabulka 1. Faktory podílející se na etiopatogenezi parurézy

osobnostní faktory	• míra asertivity • sebedůvěra • obavy z toho, co si myslí ostatní • obavy z vyrušení při mikci • aktuální psychický stav (optimismus/pesimismus) • sexuální orientace (neschopnost některých homosexuálů diskriminovat mikci od sexuálního chování) • výchova
enviromentální faktory	• cizí prostředí • přítomnost dalších lidí • specifický vztah k dalším přítomným lidem (nadržený, přítel) • hluk
urologicko-organické faktory	• vrozené vady zevního genitálu (hypospádie, velikost penisu) • striktury uretry • hyperplazie prostaty

evakuace, nebo i úplné retence moči. Přesto, že již byly popsány případy akutní močové retence na podkladě parurézy s následnou urosepsi, či vážné evakuační dysfunkce, nebyla zatím tomuto problému ze strany urologů věnována v podstatě žádná pozornost (5).

Diagnostika a klasifikace

Diagnóza je založena zejména na typické anamnéze a klinickém obrazu. Při paruréze se pacient není schopen vymočit v přítomnosti dalších lidí (například na veřejné toaletě), v cizím prostředí (např. ve vlaku, letadle, ale i na návštěvě), v prostředí, kde se pacient obává

vyrušení a podobně. Pravděpodobně každý urolog se během své praxe setkal s pacientem, jež se není schopen pro psychický blok vymočit do uroflowmetrického přístroje.

U lehčích postižení dochází v těchto pro pacienta „krizových“ situacích k retardaci startu mikce a oslabení proudu moči s následným pocitem postmikčního rezidua, v těžších případech pak pacient není schopen evakuovat močový měchýř vůbec.

V diferenciální diagnostice je třeba pomyslet na neurogenní dysfunkce dolních močových cest (zejména roztroušenou sklerózu) a organická onemocnění dolních močových cest ve smyslu

striktury uretry, chlopní zadní uretry a non-neurogenní lissosfinkterické dyssynergie.

Ke správné diagnóze vede především typická anamnéza, dále provádíme vždy orientační neurourologické vyšetření (7), skríningové vyšetření močového traktu ultrazvukem a vyšetření moči celkově a kultivačně. Cenné informace přináší mikční karta, která pak napomáhá i při léčbě behaviorální terapie. Samozřejmostí je psychologické, resp. psychiatrické vyšetření.

V optimálním případě můžeme úspěch léčby sledovat měřením postmikčního rezidua, a uroflowmetrickým vyšetřením.

Tabulka 2. Paruresis Scoring Criteria (neoficiální a nevalidovaný překlad) – Symptom Score

	vůbec ne	asi v jednom z pěti případů	v méně než polovině případů	asi v polovině případů	ve více než polovině případů	téměř vždy
Jak často jste měl v průběhu posledních 4 týdnů po vymočení pocit nevyprázdněného močového měchýře?	0	1	2	3	4	5
Jak často jste během posledních 4 týdnů musel znovu močit dříve než za 2 hodiny po předchozím vymočení?	0	1	2	3	4	5
Jak často jste během posledních 4 týdnů pozoroval, že se močení několikrát přerušilo a znovu začalo?	0	1	2	3	4	5
Pokud jste močil naprosto optimálním místem a v optimálním čase, jak často jste během posledních 4 týdnů pozoroval obtížné močení?	0	1	2	3	4	5
Jak často jste měl během posledních 4 týdnů slabý proud moči?	0	1	2	3	4	5
Jak často jste během posledních 4 týdnů musel tlačit, abyste začal močit, nebo měl jiné potíže při začátku močení?	0	1	2	3	4	5
Jak často jste během posledních 4 týdnů musel v noci kvůli močení vstávat? (průměrně za noc)	0	1	2	3	4	5

Symptom Score.....

Tabulka 2. Paruresis Scoring Criteria (neoficiální a nevalidovaný překlad) – Ability Score

Mohu močit jen doma, pokud jsem sám	10
Mohu močit doma	9
Mohu někdy močit mimo domov (u svého přítele nebo rodiny)	8
Vždy mohu močit mimo domov (u svého přítele nebo rodiny)	7
Mohu většinou močit na uzamykatelné toaletě	6
Vždy mohu močit na uzamykatelné toaletě	5
Mohu většinou močit na veřejné toaletě u urinálu, pokud jsem tam sám	4
Mohu většinou močit na veřejné toaletě u urinálu, pokud jsem tam téměř sám	3
Mohu většinou močit na veřejné toaletě u urinálu, a to i pokud je tam plno	2
Mohu vždy močit na jakékoliv toaletě	1

Ability Score.....

Tabulka 2. Paruresis Scoring Criteria (neoficiální a nevalidovaný překlad) – Quality of Life Score

	0	1	2	3	4	5	6
Jak velké fyzické obtíže jste měl během posledních 4 týdnů kvůli problémům s močením?	žádné	jen malé	střední	velké			
Jak velké obavy o své zdraví jste měl během posledních 4 týdnů kvůli Vaším problémům s močením?	žádné	jen malé	střední	velké			
Jak moc Vás poslední 4 týdny celkově obtěžovaly problémy s močením?	vůbec ne	trochu	středně	hodně			
Jak byste se cítil, pokud byste měl mít pozbytek svého života stejné obtíže s močením jako nyní?	výborně	dobře	převážně dobře	střídavě	převážně špatně	špatně	nesnesitelně
Jak často vám v posledních 4 týdnech problém s močením bránil v činnostech, kterým se obvykle věnujete?	nikdy	málokdy	někdy	většinou	stále		

Quality of Life Score.....

Symptom Score..... + Ability Score..... + Quality of Life Score..... =

Celkové skóre: 1 (žádné symptomy parurézy).....64 (nejzávažnější symptomy parurézy)

Pouze při pochybnostech přistupujeme k invazivním vyšetřovacím metodám jako jsou uretrocystografie, cystoskopie a urodynamické vyšetření.

Zatím není jednotné schéma, které by kvantifikovalo závažnost obou složek parurézy – psychiatricko-psychologické a urologické. V psychometrickém vyšetření pacientů s parurézou se používají Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social Anxiety and Distress Scale (SADS) a Sheehan Disability Inventory (SDI) (8).

Pokusem o komplexní posouzení závažnosti symptomatologie parurézy jsou Paruresis Scoring Criteria, prosazovaná Mezinárodní společností pro parurézu (IPA). Za vzor při konstrukci těchto kritérií sloužilo m. j. International Prostate Symptom Score a dotazník Hodnocení dopadu benigní hyperplazie prostaty na zdravotní stav mužů (1). Dotazníkový systém se sestává ze tří částí (Symptom Score, Ability Score, Quality of Life Score). Na konci vyšetření by mělo být udáno skóre dosažené v jednotlivých částech dotazníku (Symptom Score 0–35, Ability Score 1–10, Quality of Life Score 0–19) a skóre celkové (1–64). Čím vyšší je hodnota skóre, tím závažnější jsou symptomy parurézy (tabulka 2). Paruresis Scoring Criteria umožňují jednak klasifikovat závažnost parurézy, jednak hodnotit úspěšnost léčby, což je důležité zejména pro kompatibilitu prací zabývajících se tímto tématem.

Terapie

Dosud není znám univerzální léčebný postup. Vždy je třeba postupovat velmi individuálně a nejlépe ve spolupráci psychiatra, psychologa, fyzioterapeuta a urologa (4, 12).

V první fázi terapie, zaměřené na kognitivní stránku problému, se snažíme o změnu struktury myšlení pacienta. Negativní myšlenky a emoce pacientů s parurézou jsou spojeny většinou s pocitem porážky v případě, že se nemohou vymočit vůbec, se zpožděním startu nebo jen slabým proudem. Velmi bolestně je většinou vnímána neschopnost vymočit se ve stoje. Většinou pacienty pronásleduje obava, že je tím v očích ostatních ponižována jejich osobnost a mužnost. Cílem první fáze terapie je tyto myšlenky korigovat a měla by být vedena psychologem, nebo psychiatrem (10). V další fázi se zaměřujeme na nácvik uvolnění psychické tenze během mikce a hlavně ve spolupráci s fyzioterapeutem edukujeme nemocného v technice relaxace svalů pánevního dna. Velmi cenným pomocníkem zde může být EMG-biofeedback (6). V dalším pak přistupujeme k „desenzibilizaci“ pacienta, tedy k nácviku mikce za nestandardních situací (9).

Medikamentózní terapie nepřináší většinou v léčbě parurézy zásadní úspěch.

Obecně můžeme v terapii parurézy využít trankvilizéry a antidepresiva (tricyklická antidepresiva, MAO – inhibitory, SSRI), účinnost psychofarmakologické terapie je však spíše ojedinelá (5).

Další možností je využít některý z betablokátorů, u nichž byl empiricky zjištěn příznivý efekt na některé symptomy sociálních fóbií (15) nebo alfaalytika s cílem snížit tonus hladké svaloviny hrdla močového měchýře. I v těchto preparátech je však třeba spatřovat nejvýše doplnění základní kognitivně-behaviorální terapie.

Pro nejtěžší případy je možno spatřovat řešení v použití intermitentní katetrizace v případě, že pacient není schopen evakuovat měchýř spontánně (například na několikadenních služebních cestách apod.).

Kazuistika

Mladý muž (nar. 1978) přichází k ambulantnímu urologovi pro asi 5 let trvající mikční potíže ve smyslu slabého proudu moči, retardace startu, přerušovaného močení a pocitu postmikčního rezidua. Po environmentálních okolnostech, při nichž se mikční potíže projevují, cíleně anamnesticky nepátráno. Při vyšetření moči normální nález, sonograficky na horních močových cestách normální nález, opakovaně sonograficky zachyceno postmikční reziduum až 350 ml. Provedena UFM, kde křivka obstrukčního tvaru, Q-max 5,3 ml/s. Cystoskopicky normální nález.

Pacient posléze odeslán na naše pracoviště s pracovní diagnózou neurogenní měchýř.

Na našem pracovišti při odebírání anamnézy bylo vysloveno podezření na parurézu, ta pak byla potvrzena i cílenými anamnestickými dotazy. Při hodnocení stavu pomocí Paruresis

Scoring Criteria bylo dosaženo $10+6+12=28$ bodů. Provedeno vyšetření klinickým psychologem, kde byla provedena i kognitivní fáze terapie. V další fázi byla provedena behaviorální terapie pod vedením fyzioterapeutky s nácvikem diskriminace svalů pánevního dna a nácvikem jejich uvolnění (vč. využití EMG-biofeedbacku), současně se pokračovalo i v psychoterapii v režii klinického psychologa. Farmakoterapie zatím nebyla zkoušena. Další urologické vyšetření (vzhledem k vyšetření provedenému u ambulantního urologa) již nebylo provedeno. Po 6 měsících terapie pacient referuje o podstatném zlepšení stavu – jako nejpodstatnější přínos hodnotí fakt, že se zbavil obav z event. závažného onemocnění dolních cest močových. Při kontrolním hodnocení stavu pomocí Paruresis Scoring Criteria dosaženo $7+4+7=18$ bodů. Při kontrolním UFM 13,6 ml/s, postmikční reziduum 40 ml. Dále pokračuje terapie pod vedením psychologa, výhledově plánována i „desenzibilizace“.

Závěr

Paruréza patří z pohledu urologa mezi obtížně klasifikovatelné a zařaditelné mikční dysfunkce. Přestože je prevalence této poruchy poměrně vysoká, urolog se s ní setkává relativně zřídka zčásti proto, že se pacienti obracují se svými problémy primárně na psychiatry, zčásti proto, že se mnozí pacienti se svými obtížemi nesvěří vůbec. Přesto by měl být o problematice parurézy urolog alespoň rámcově informován a měl by parurézu zvažovat v diferenciální diagnostice dysfunkcí dolních cest močových, a to zejména vzhledem k diametrálně odlišným diagnostickým a léčebným postupům.

Literatura

1. Barry MJ, Fowler FJ, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgreve HL, Mebust WK. Measuring disease-specific health status in men with benign prostatic hyperplasia. *Med Care* 1995; 33: 145.
2. Blaivas JG. Mechanism of micturition. In Chisolm GD, Fair WR(ed.): *Scientific basis of urology*. Yearbook medical publishers, Chicago 1990.
3. Bradt GT, Norwood AE, Ursano RJ. Urorepsis: An unusual presentation of a social phobia. *Am J Psychiatry* 1994; 151(10): 1520.
4. Elitzur B. Psychological treatment for paruresis (bashful bladder). *Harefuah* 2000; 138: 1021.
5. Hatterer JA, Gorman JM, Foyer AJ, Campeas RB, Schneider FR, Hollander E, Papp LS, Liebowitz MR. Pharmacotherapy of four men with parauresis. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 109.
6. Christmas TJ, Noble JG, Watson GM, Turner-Warwick RT. Use of biofeedback in treatment of psychogenic voiding dysfunction. *Urology* 1991; 37: 43.
7. Krhut J. Neurourologické vyšetření – praktický postup. *Urolog pro Praxi* 2004; 4: 172.
8. Liebowitz MR. Update on the diagnosis and treatment of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl 18): 22.
9. McCracken LM, Larkin KT. Treatment of paruresis with in vivo desensitization: a case report. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991; 22: 57.
10. Nicolau R, Toro J, Perez Prado C. Behavioral treatment of a case of psychogenic urinary retention. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991; 22: 63.
11. Vythilingum B, Stein DJ, Soifer S. Is „shy bladder syndrome“ a subtype of social anxiety disorder? A survey of people with paruresis. *Depress Anxiety* 2002; 16(2): 84.
12. Watson TS, Freeland JT. Treating paruresis using respondent conditioning. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2000; 31: 155.
13. Williams GW, Degenhardt ET. Paruresis: A survey of a disorder of micturition. *J Gen Psychol* 1954; 51: 19.
14. Wittchen HU. The many faces of social anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15(Suppl 1): 7.
15. Zgourides GD, Warren R. Propranolol treatment of paruresis (psychogenic urinary retention): a brief case report. *Percept Mot Skills* 1990; 71: 885.