

# טיפול פסיכולוגי בשלפוחית ביישנית

## בהן אליצור,

מירפאה לפסיכיאטריה, המרכז הרפואי תל אביב, בי"ח איכילוב

## ת ק צ י ר

תסמין ה"שלפוחית הביישנית", או פארוורזיס (*paruresis*), מאובחן כהפרעה פסיכוגנית הנובעת מחרדה חברתית. בשני מחקרים שונים שנערכו בקרב סטודנטים, נמצאה שכיחות שונה של התופעה: 7% ו-32%. למרות שכיחותו הגבוהה של התסמין, הפירסומים על הנושא מועטים. רוב הפירסומים מתייחס לפרשת החולה שטופל בשיטה תאורטית אחת. בעבודה זו מפורט טיפול בפארוורזיס בשלושה מטופלים. במהלך הטיפול ננקטה גישה רבי-ממדית, בה יושמו מיגוון רחב של שיטות קיצרות-מועד: הרפיה, דימיון מודרך, פרדוקס, גשטלט, מטאפורה, התנהגותית קוגניטיבית ופסיכודינאמית. הטיפול הסתיים לאחר שש פגישות. שני מטופלים צעירים (18 ו-25) דיווחו על שיפור מוחלט במצבם. מטופל שלישי, מבוגר יותר (50), דיווח על שיפור חלקי.

## ה ק ד מ ה

תסמין השלפוחית הביישנית מתייחס לעצירת שתן על רקע פסיכוגני, ללא כל מימצא אורגאני. בעת מצב דחק, פעילות מערכת העצבים הסימפתטית משפיעה לעיתים על שלפוחית השתן באחת משתי הצורות הקיצוניות: תכיפות בהטלת שתן או עצירת שתן. רבים מהפונים לטיפול עקב חרדות, התלוננו על תכיפות

בהטלת שתן. השנה, לראשונה, פנו לטיפול שלוש גברים שלקו בעצירת שתן במשתנה ציבורית או בשכנות לאנשים אחרים. התסמין מכונה בספרות בשם: "השלפוחית הביישנית" או פארוורזיס (*paruresis*). למרות שהתסמין אינו מצוין ב-DSM IV [3], מקובל להכלילו בתסמונות בעתים חברתיים [4].

במידגם בן 381 סטודנטים, מצאו מלוף ולאניון [1] ש-7% לקו בשלפוחית ביישנית ושרמת החרדה שלהם הייתה גבוהה מהתקין. לעומת זאת, גרובר ו-שאפ [2] מצאו שלפוחית ביישנית בקרב 32% מהסטודנטים שנחקרו. בשיחה אישית עם מספר ניכר של רופאים, פסיכיאטרים ופסיכולוגים מצאתי, שלמרות השכיחות הסטטיסטית הגבוהה של התסמין, מספר הפונים ליעוץ מקצועי הוא אפסי. חלק ניכר מאנשי המקצוע, כלל לא היה מודע לתסמין זה.

זאגורידס [5] מפרט במאמר המסכם את הפירסומים בנושא שלפוחית ביישנית, את האטיולוגיה של התסמין כפי שתוארה בספרות: קשיים בהבעת עוינות, קשר תת-הכרתי בין הטלת שתן לבין דחפים מיניים, מחלה אורולוגית ישנה, טראומה מוקדמת, רגישות מוגברת לחדירה למרחב הפרטי ודחף מודחק להיענש. אליצור [6] הציע שלוש הסברים נוספים לתסמין. שניים מבוססים על התאוריה הפסיכואנליטית: חרדות סירוס תת-הכרתיות ונטיות הומוסקסואליות סמויות. ההסבר השלישי, המבוסס על התאוריה האבולוציונית, יפורט להלן.

## ה פ ג י ש ו ת

ארבע הפגישות הראשונות נערכו בהפרש של שבוע מפגישה לפגישה. פגישה חמישית נערכה במירווח של שבועיים, ופגישה שישית, שיועדה לביקורת, במירווח של כחודש.

### פגישה ראשונה ושניה

לאחר קבלת הנתונים על התסמין והערכה פסיכולוגית של האישיות, הועבר לכל מטופל מסר קוגניטיבי-פרדוקסי בשיטת המטפורה. המסר מתייחס לצד האבולוציוני החיובי של התסמין. להלן שיחזור תמליל של המסר:

"בעת שאלוהים, או הטבע בראו את האדם ואת החיות, הושלתה תוכנה חזקה במוח, שכוונה לשפר את סיכויי ההישרדות. ניקח לדוגמה מקרה, שאייל עומד ביער ומטיל את מימיו. ברגע שאריה מופיע מולו, עומדות בפני האייל שלוש אפשרויות תגובה:

- א' לבקש מהאריה, בנימוס, להמתין עד שיסיים את פעולת ההשתנה ולאחר מכן לברוח.
- ב' להמשיך ולהטיל שתן תוך כדי בריחה.
- ג' לעצור את זרימת השתן ולברוח במהירות. בחלוף הסכנה לחזור ולהטיל שתן.

אני מניח שתסכים איתי, שהאפשרות השלישית היא ההגיונית ביותר. זה בדיוק מה שקורה לך בעת שאתה מטיל שתן במשתנה ציבורית. כיוון שבאופיך אתה אדם מעט רגיש, בתת-ההכרה אתה חש כחיה החשופה להתקפה. כאשר נכנס אדם זר לשירותים או כאשר אתה שומע רעש בסמוך, יצר ההישרדות גורם לשלפוחית להיסגר מיידית וגופך עובר לפעול ככמצב חרום.

הבעיה היא, שאינסטינקט ההישרדות תוכנן לפני מיליוני שנים, בעת היות האדם ביערות העד והוא לא עודכן מאז ירדנו מהעצים. הדבר דומה למחשב שנבנה בתחילת עידן המחשבים, ובדיסק הקשיח שלו הוכנסה תוכנה מצוינת. כיום המחשב עדיין מתפקד היטב, אך מפעם לפעם התוכנה המיושנת עולה על המסך ומציקה. קשה מאוד לסלק את התוכנה המיושנת. אני פסיכולוג המתמחה במחשבי אנוש. אני אשתדל ללמדך, במספר פגישות מצומצם, לסלק את תוכנת ההישרדות המיושנת, בעת שאתה רוצה להטיל שתן בסמיכות לזרים."

### פגישה שלישית: יישום השיטות: מטפורה, הרפיה, דימוין מודרך והתנהגותי

הוסבר למטופלים באמצעות מטפורה, שגופם דומה למכונת הפועלת בשני הילוכים: הילוך רוגע והילוך חירום. בעת הילוך רוגע, פועלים כל מנגנוני הגוף באיטיות וטנוס השרירים נמוך. במצב זה השלפוחית יכולה להפתח. בעת מהלך חירום, כל מנגנוני הגוף דרוכים, טנוס השרירים עולה והשלפוחית נסגרת. עליהם ללמוד לשלוט על השריר הטבעתי הסוגר את השלפוחית וכן ללמוד להעביר את גופם מהילוך חירום, בו טנוס השרירים גבוה להילוך רוגע, בו טנוס השרירים נמוך.

המטופלים הודרכו להיכנס למצב הרפיה בשיטות רב-גוניות [10]. בעת היותם במצב זה, כל אחד מהם הונחה לדמיין, שהוא מטיל שתן במשתנות ציבוריות בסמיכות לזרים. בנוסף לכך, כל מטופל הודרך לדמיין תמונות המתאייסות לבעיות האישיות. המטופל הראשון הודרך לדמיין שהוא מטיל שתן גם בשדה פתוח, ליד חבריו לטירונות. המטופל השני הודרך לדמיין שהוא מטיל שתן גם בעת טיול, ליד חבריו והמטופל השלישי הודרך לדמיין שהוא מטיל שתן גם בבקבוק, בעת שכבו במיטה בבית-החולים.

לקראת סוף הפגישה השלישית, נבנתה תוכנית אישית לכל מטופל, המדרוגת מבחינת הקושי. המטופלים התבקשו לתרגל זאת במהלך השבוע. מטרת התוכנית היתה להתגבר על תגובת ההימנעות ממצבים מעוררי עצירת שתן. במטרה לצמצם ציפיות ולמנוע אכזבות, הודגש לכל מטופל שהמטרה היא לא להטיל שתן בשירותים ציבוריים אלא רק לתרגל "כאילו". לדוגמה:

פירסומים בספרות על טיפול בשלפוחית ביישנית מעטים מאוד ורובם מתייחסים לפרשת חולה אחד, שלרוב טופל בהתאם לעקרונות אסכולה תאורתית אחת.

הטרר [7] מצא, שטיפול פארמאקולוגי בשלפוחית ביישנית באמצעות פנולין, תרופה ממשפחת מעכבי ה-Mao, לא היה יעיל, ואילו טיפול באתנולול, ממשפחת חוסמי ביתא עזר בחולה אחד ובשניים האחרים גרם להשפעות לוואי טורדניות של זיקפה ממושכת.

טיפול פסיכואנליטי בשלפוחית ביישנית הוצג על ידי בירד [8]. טיפול בשיטת הביופידבק השיג תוצאות חלקיות בלבד [9]. רוב המדווחים על שיטות טיפול פסיכולוגיות, יישמו את השיטה ההתנהגותית-קוגניטיבית [5]. טיפול התנהגותי-קוגניטיבי נחשב לטיפול פסיכולוגי ממוקד קצר-מועד (מספר שבועות או חודשים מועטים) ואילו טיפול פסיכואנליטי נחשב לטיפול ארוך-מועד (מספר שנים).

בעבודתנו יודגם טיפול ממוקד קצר-מועד בשלפוחית ביישנית בגישה רב-ממדית, תוך יישום מיקבץ של שיטות הטיפול הפסיכולוגיות הבאות: הרפיה [10], דימוין מודרך [11], פרדוקס [12], גשטלט [13], מטפורה [14], התנהגותית-קוגניטיבית [15] ופסיכודינאמית.

## מפרשת החולים

שלושת הגברים שפנו לטיפול במהלך השנה, התלוננו על תסמין כמעט זהה: חוסר יכולת להטיל שתן במשתנה ציבורית כאשר גבר אחר נמצא בסמוך. בעת שהם מטילים שתן בתא סגור המצוי במשתנה ציבורית, ברגע שנכנס אדם לחדר השירותים זרימת השתן פוסקת. בעת שהם מטילים שתן בחדר-שירותים בביתם או בכל בית פרטי אחר, בעת שנשמע רעש מקירבת מקום, כגון צעדים או פתיחת ברזים, זרימת השתן פוסקת. המטופלים התקשו מאוד להטיל שתן גם במקום פתוח כחורשה. עם השנים, פיתח כל אחד מהם שיטות הימנעות מהטלת שתן בסמיכות לאחרים, אך הצורך להתבודד בעת הטלת שתן גרם להם לתחושה של מצוקה. שלושת הגברים ציינו, שהבעיה החלה בגיל צעיר מאוד. הם לא הצליחו לזכור כל גורם טראומתי להופעת התסמין. שלושתם טענו, שמלבד בעיית השלפוחית הביישנית, הסתגלותם לחיי היום-יום היתה והינה משיעת רצון, למרות שהם מעריכים את עצמם כאנשים רגישים מדי ולא מספיק אסרטיביים.

הגבר הראשון כבן 18, פנה לטיפול, כיוון שחשש שהתסמין עלול לשבש את הסתגלותו לטירונות. הגבר השני כבן 24, פנה בלחץ חברתו לחיים, כיוון שהבעיה הפריעה להם בטילים עם זוגות נוספים. הגבר השלישי כבן 50, פנה לטיפול, כיוון שבעת אישפוזו בבית-החולים הוא נזקק לצנתר, מאחר שלא הצליח להטיל שתן בבקבוק במיטתו. היות שהיה עליו להתאשפז שנית, הוא רצה להימנע מצנתר.

במסגרת טיפול פסיכולוגי ממוקד קצר-מועד, נודעת חשיבות מרבית להסביר למטופל את שורש התסמין ממנו הוא סובל. ההנחה היא, ש"ידע הוא כוח". כאשר מטופל מביין את גורם התסמין, הוא פחות כועס ופחות מאוכזב מעצמו, ובכך פוחת הסיכוי למשוב שלילי. כמו כן, כאשר הכעס והאכזבה פוחתים, קל יותר להתמודד עם תסוגות. בהתאם לשיטת הטיפול הפרדוקסית, נודעת עדיפות מרבית לקבוע הסבר בעל משמעות חיובית לתסמין [12]. לדוגמה, הסבר מקובל להטלת שתן תכופה במצב דחק, מתייחס ליתרון האבולוציוני של התופעה. בעת מצב חירום ביער, המעורר תגובה סימפתטית של "מלחמה או מנוסה" (fight or flight), הטלת שתן מפחיתה את משקל הגוף. נוסף על כך, במקרה של פגיעה באזור השלפוחית, ריקונה המוקדם עשוי למנוע התפקעותה [6]. כיוון שלא מצאתי בספרות המקצועית כל הסבר ליתרון האבולוציוני של עצירת שתן בעת מצב דחק, היה עלי להניח קיום יתרון זה.

ננקטה גישה רב-ממדית, המדגימה יישום מיגוון רחב של שיטות טיפול קיצרות-מועד. זו מגמה המתרחבת והולכת בקרב מטפלים המתמחים בטיפולים קיצירי-מועד [16]. גישה רב-ממדית מאפשרת לטפל בבעיה פסיכולוגית מזוויות שונות ובגמישות רבה. בנוסף על כך, גישה רב-ממדית מאפשרת התאמת שיטות הטיפול לאדם ולא התאמת האדם לשיטה אחת בלעדית.

הטיפולים המתוארים הסתיימו בהצלחה מלאה בשני המטופל-לים הצעירים: בן ה-18 ובן ה-24, ואילו אצל המטופל השלישי בן ה-50, אובחנה הטבה חלקית בלבד. ניתן לשער, שהמטופל השלישי התקשה להשתחרר מהתסמין, כיוון שלקה בו שנים רבות ולכן הוא נהפך לטבע שני.

מאחר ששלושת המטופלים המדווחים במאמר לא לקו בהפרעות נפשיות חריגות, ניתן היה ליישם טיפול פסיכולוגי קצר-מועד. במצבים בהם סובל המטופל מהפרעות נפשיות עמוקות, דרוש טיפול נפשי ארוך-מועד. הניסיון מראה, שניתן לשלב במהלך טיפול ארוך-מועד גם שיטות טיפול קיצרות-מועד, הדומות לאלו המדווחות במאמר. בדרך זו ניתן לשחרר את המטופל מהתסמין המציק ולהמשיך ולטפל, לאורך זמן, גם בבעיותיו הנפשיות העמוקות.

### ב י ב ל י ו ג ר פ י א

1. Malouff JM & Lanyon RI, Avoidant paruresis. Behavior Modification, 1985; 9: 225-234.
2. Gruber DL & Shupe DR, Personality correlates of urinary hesitancy and body shyness in male college students. J College Student Personnel, 1982; 23: 308-313.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington, 1996, p 411.
4. Scholing A & Emmelkamp PM, Cognitive and behavioral treatments of fear of blushing, sweating or trembling. Behavior Research and Therapy, 1993; 31: 155-170.
5. Zgourides GD, Paruresis: overview and implications for treatment. Psychological Reports, 1987; 60: 1171-1176.
6. אליצור ב', לשלוט בכאב: ספר וקלטת. הוצאת מודן, תל-אביב, 1998.
7. Hatterer JA, Pharmacotherapy of four men with paruresis. Am J Psychiatry, 1990; 147: 109-111.
8. Bird JR, Psychogenic urinary retention. Psychotherapy and Psychosomatic, 1980; 34: 45-51.
9. Christmas TG, Use of biofeedback in treatment of psychogenic voiding dysfunction. Urology, 1991; 37: 43-45.
10. אליצור ב', הרפיה עצמית: ספר וקלטת, הוצאת אור עם, תל-אביב, 1988.
11. Shorr JE, Psychotherapy through imagery. Intercontinental Medical Book, NY 1974.
12. Weeks GR & L'Abate L, Paradoxical psychotherapy. Brunner Mazel, NY 1982.
13. Perls FS, Gestalt therapy verbatim. Lafayette, 1969;
14. Gindhart LR, The use of metaphoric story in therapy. Am J Clin Hypnosis, 1981; 23: 206-207.
15. Meichenbaum D, Cognitive behavior modification. NY, Plenum 1977.
16. Lazarus A, The practice of multi-modal therapy. NY, McGraw-Hill 1981.

- להיכנס לבתי-שימוש ציבוריים ולעמוד מול המשתנה כשהמכנסיים רכוסים. כאשר נכנס גבר למשתנה, עליו להתנהג כאילו סיים כרגע להטיל שתן ולצאת החוצה.
- לבצע תרגיל דומה כאשר הרוכסן פתוח.
- לבצע תרגיל דומה כאשר איבר המין גלוי.
- להיכנס לתא סגור בבתי-שימוש ציבוריים ולבצע בהם תרגיל הרפיה.
- לבצע תרגיל דומה, כאשר מיכנסיו מופשלים.
- להיכנס לבית-השימוש שבביתו, ולבקש מבני הבית לעשות רעשים בחדר הסמוך.

### פגישה רביעית

שני המטופלים הצעירים דיווחו שהם תרגלו "כאילו" מספר פעמים ולמרות שלא התבקשו להטיל שתן הם הצליחו לעשות זאת לאחר מספר ניסיונות. המטופל המבוגר תירגל "כאילו" בהצלחה, אך ללא הטלת שתן.

כיוון ששלושת המטופלים העריכו עצמם כאנשים רגישים, שמגיל צעיר התקשו להתמודד עם תוקפנות, ניתן להם הסבר פסיכודינמי, שלתסמין קשור עם רגישותם הפסיכולוגית [8]. הוצע להם לחזק את "מנגנוני ההגנה" הפסיכולוגיים על ידי תירגול הבעת כעס, בצורה דימונית.

כל מטופל התבקש לעצום את עיניו ולתאר חוויות בהן הוא הרגיש פגוע או חסר אונים. המטופל הודרך לדמיין, שהפעם הוא מגן על עצמו בפני התוקף בשיטות שונות וביניהם אף בעזרת סילוני שתן. בנוסף לדמיין התוקפני, הודרך כל אחד מהם, לפי עקרונות שיטת הגשטלט [13], לדבר בקול רם ובצורה תקיפה כלפי האדם שפגע בו, תוך שימוש נרחב בשפת רחוב המכילה גם ביטויים המתייחסים להפרשות. מעניין לציין, ששלושת המטופלים נהנו מאוד מפגישה זו.

### פגישה חמישית

המטופלים דיווחו על ניסיונותיהם האישיים, המוצלחים יותר או פחות, להטיל שתן במשתנה ציבורית. כל מטופל הודרך להמשיך ולהתאמן עד שיהיה שבע רצון מהישגיו. בשיטת הפרדוקס, המטפל עודד כל מטופל "להשתדל" להיכשל מספר פעמים, ומטרת הכישלון היא ללמדו להתמודד עם כישלון ולהימנע מכעס ומאכזבה עצמית.

### פגישה ששית

הפגישה השישית, שנערכה לאחר כחודש, שימשה כפגישה מעקב ועידוד להמשך התירגול.

## תוצאות הטיפול

שני המטופלים הצעירים, נלהבו לתרגל את שיטות ההרפיה והדימות בין הפגישות. בפגישה הרביעית דיווחו שניהם על הצלחות בהטלת שתן במקומות ובמצבים רבי-גוניים. הם תארו זאת כחוויה שאותה לא חוו שנים רבות. בפגישה השישית דיווחו שהם אינם זקוקים להמשך הטיפול.

המטופל השלישי דיווח על תוצאות יותר צנועות. לדבריו, הוא הרגיש יותר בנוח להטיל שתן במקומות ציבוריים, אך נמנע מלהיכנס לשירותים אם היו שם גברים אחרים. הפגישה הששית נערכה לאחר שיחרורו מהאישפוז השני. לדבריו, במהלך האישפוז הוא נזקק לצנתר רק ביום הראשון, בעת שהיה מרותק למיטה, אך כאשר החל מהלך במחלקה, הוא היה מסוגל להטיל שתן בבית השימוש, תוך כדי ביצוע תרגילי הרפיה. למרות שלא השתחרר מהתסמין באופן מוחלט, ביקש להפסיק את הטיפול.

## ד י ון

ברוב המאמרים בהם מתואר טיפול בשלפוחית ביישנית, מוצגים חולים שטופלו לפי עקרונות שיטה תאורטית אחת. בעבודה זו