

Psychiatr. Pol. 2016; 50(6): 1207–1234

PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

www.psychiatriapolska.pl

DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/61583>

Związki wybranych objawów z dolnego odcinka układu moczowego z kontekstem biografii pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych

Associations of selected lower urinary tract symptoms with biographical context in patients of a day hospital for neurotic disorders

Michał Skalski¹, Jerzy A. Sobański², Tomasz Gołębek³,
Agata Świerkosz¹, Katarzyna Klasa⁴, Mikołaj Przydacz³,
Krzysztof Rutkowski², Edyta Dembińska², Michał Mielimąka²,
Katarzyna Cyranka², Piotr L. Chłosta³, Dominika Dudek⁵

¹ Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

² Katedra Psychoterapii UJ CM

³ Klinika Urologii UJ CM

⁴ Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

⁵ Zakład Zaburzeń Afektywnych, Katedra Psychiatrii UJ CM

Summary

Aim. To assess the correlation of subjectively estimated biographical context and lower urinary tract symptoms reported by patients with neurotic and personality disorders.

Methods. This was a retrospective analysis of the biographical context of co-existence of urinary frequency and urinary incontinence reported by 3,929 patients in a day hospital for treatment of neurotic disorders. The symptom checklists KO “0” were completed by patients prior to any treatment.

Results. Urinary frequency reported by patients in a day hospital for treatment of neurotic disorders was associated with the difficulties from their childhood and adolescence (i.e. with perception of inferiority with regard to one’s family and among siblings, parents’ low education level), as well as the disparities in terms of sexual education and troubled relationships.

Conclusions. In the studied group of patients with neurotic and personality disorders, selected lower urinary tract symptoms were associated with adverse life circumstances from

childhood and adolescence (which can show the tendency towards regression and protracted character to experience of family's dysfunction due to feeling of being neglected or abandoned), as well as, to a larger or a smaller degree, their consequences – dysfunctions in adulthood, relationship/marriage, functioning at work and dealing with finances. These associations indicated the probable significance of experiencing these aspects of life in patients, not only in day hospitals or psychiatric hospitals which reported “pseudo-urological complaints”, but also in at least part of urological patients – going to hospitals due to neurotic disorders, particularly those occurring in a somatic form.

Słowa kluczowe: zaburzenia nerwicowe, dolegliwości urologiczne, dane życiorysowe

Key words: neurotic disorders, urological complaints, life-context

Wstęp

Dolegliwości urologiczne związane z zaburzeniami nerwicowymi są znane i zakorzenione w języku klinicystów i badaczy od wielu dekad – tyle lat ma pojęcie „nerwicowego pęcherza” [1], nieco młodszy jest (i bardziej popularny na pograniczu psychiatrii i w urologii) termin „nieśmiały pęcherz” [2–4], podobnie pojęcie „pęcherz nadaktywny” [5]. Terminy te oczywiście nadmiernie personalizują pęcherz – opisy takie nie powinny dotyczyć narządów, lecz pacjentów [6], bardziej logiczne wydaje się tu pojęcie „psychogenne dysfunkcje urologiczne” (psychogenic urinary dysfunction – PUD) [7].

Wiadomo od lat, że dolegliwości urologiczne (szczególnie te z dolnego odcinka układu moczowego; lower urinary tract symptoms – LUTS), bez względu na ich przyczyny (częściowo przynajmniej psychologiczne [8, 9]), wiążą się mocno (i przypuszczalnie dwukierunkowo [10]) z obecnością zaburzeń lękowych i/lub depresji [11–13], a także wpływają na jakość życia pacjentów nimi obciążonych [14–18]. Znaczną część tych zaburzeń leczy się psychoterapią poznawczo-behawioralną lub psychodynamiczną oraz farmakoterapią. Największych możliwości dla psychoterapii (szczególnie, ale nie wyłącznie psychodynamicznej), stanowiących podstawę jej teorii etiopatogenezy i psychopatologii, dostarczają rozumienie i interpretacje symboliczne tworzone zazwyczaj indywidualnie, „skrojone na miarę” dla poszczególnych pacjentów i odniesione do ich losów, w tym rozmaitych traumatycznych i nietraumatycznych wydarzeń życiowych powszechnych u pacjentów (nie tylko psychiatrycznych [19, 20]). Wydarzenia te są częstymi kontekstami pierwszego pojawienia się lub występowania poszczególnych symptomów lub ich grup [6]. Oczywiście nie wszystkie z nich są niepowtarzalne – doświadczenie kliniczne pozwala zauważyć ich związki znane także myśleniu potocznemu: rumienienie – wstyd, zaciśnięte pięści – złość, choć są oczywiście trudniejsze powiązania, np. obraza – trudności przełykania, pożądanie – poczucie spocenia itd. Szczególnie wartościowe, choć trudne do przeprowadzenia, są badania pokazujące nie tylko współwystępowanie, ale także przypuszczalny wpływ przyczynowy stresujących/obciążających wydarzeń życiowych [20]. Nie ma wielu takich badań z odniesieniem do objawów pseudourologicznych [21–23].

Na podstawie istniejących doniesień oraz doświadczeń klinicznych, dla dolegliwości z zakresu dolnego odcinka układu moczowego (podobnie jak dla ginekologicznych o typie upławów, zapaleń, podrażnień itp.) często w kontekście klinicznym pojawiają

się zakłócenia życia seksualnego i dysfunkcje związku. W takich sytuacjach objawy te pełnią funkcję (nieuświadomioną lub uświadomioną) „uzasadnienia odmowy współżycia” (tak jak w potocznym rozumieniu działają „ból głowy”) lub wyrażają bolesny, nierozwiązany i nieuświadomiony konflikt wewnątrzpsychiczny. Oczywiście objawy pseudourologiczne mogą też ograniczać swobodę poruszania się jak w agorafobii, hamować procesy separacyjno-indywiduacyjne („zapobiegać”: wyjściu młodych dorosłych z domu rodzinnego dosłownie i symbolicznie, opuszczeniu związku, pozostawieniu partnera), podkreślać regresję albo symbolizować „nadmierne ciśnienie niezaspokojonych potrzeb” (w języku potocznym „parcie na coś”, „przypilenie”). Bywają także kojarzone ze słabą identyfikacją z płcią [24] oraz cechami takimi jak wrogość, drażliwość, depresyjność i dysforyczność [22, 25] oraz tendencje do somatyzacji i neurotyczność [26].

Oczywiście w przypadku objawu takiego jak moczenie łatwiej nasuwa się interpretacja/przypuszczenie procesu regresji, zjawiska buntu itd., w przypadku nagłej potrzeby oddania moczu – stanu przestraszenia lub gwałtownego przypływu lęku. Łatwiej jednak jest określić, czym są i w jakim mechanizmie powstają takie objawy jak częstomocz albo moczenie od strony urologicznej czy też epidemiologicznej (z jakimi stanami – lęku i depresji [11] objawy te współwystępują), a trudniej wykazać w badaniach, z jakimi okolicznościami psychospołecznymi, kontekstami biograficznymi (już nie tylko obrazem objawów psychiatrycznych) się one wiążą/współwystępują. Pewien wyjątek stanowi bogata wiedza kliniczna w pediatrii i psychiatrii na temat moczenia dzieci, gdzie przesiewowe poszukiwanie czynników psychologicznych wydaje się zresztą już od dawna rutynowe [27, 28].

Wymienione wcześniej aspekty profilu osobowości [22, 25, 26] okazują się też związane z wynikami leczenia urologicznego [29].

Niniejsze badanie ma za zadanie przyczynić się do wypełniania tej luki w odniesieniu do pacjentów zidentyfikowanych jako cierpiący na zaburzenia nerwicowe, zachowania i osobowości, a zarazem zgłaszających psychogenne zaburzenia funkcjonalne z zakresu dolnego odcinka układu moczowego, zwane tu również zaburzeniami pseudourologicznymi.

Cel

Ocena powiązania między sprawozdawanymi przez pacjentów częstomoczem i bezwiednym oddawaniem moczu a podawanymi przez pacjentów okolicznościami biograficznymi.

Material i metoda

Jako źródła informacji o sytuacjach stresowych dotyczących różnych aspektów biografii pacjentów (dzieciństwa i adolescencji, rozwoju psychoseksualnego, związku partnerskiego lub małżeństwa, dobrobytu i radzenia sobie z pracą zawodową) użyto danych z wywiadu, uzyskanych od pacjentów, leczonych w latach 1980–2002, za pomocą Ankiety Życiorysowej [30] wypełnianej podczas kwalifikacji przed pobytem na dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych. Kwalifikacja do leczenia [31]

obejmowała dwa badania psychiatryczne i przynajmniej jedno psychologiczne oraz baterię kilku kwestionariuszy objawowych i osobowości, pozwalając na wykluczenie m.in. zaburzeń z grupy schizofrenii, zaburzeń afektywnych, egzogennych bądź rzekomonerwicowych oraz ciężkich schorzeń somatycznych, w tym także manifestujących się klinicznie schorzeń urologicznych. Informacji o występowaniu i nasileniu objawów pacjenci dostarczyli za pomocą wypełnianych przed leczeniem kwestionariuszy objawowych KO„0” J. Aleksandrowicza [32–34].

Do oceny występowania objawów urologicznych posłużyły dwie zmienne kwestionariusza KO„0” (w pełnym brzmieniu: „132. Konieczność częstego oddawania moczu” oraz „111. Bezwiedne oddawanie moczu, np. w czasie snu”). Instrukcja precyzowała jako czas występowania objawów okres 7 dni przed badaniem i podawała skalę dla oceny przez pacjenta subiektywnego nasilenia dolegliwości „0-a-b-c”, gdzie „0” oznaczało „dolegliwość w ogóle nie występowała”, „a” – „występowała, ale była tylko nieznacznie uciążliwa”, „b” – „była średnio uciążliwa”, „c” – „była bardzo uciążliwa”. Dlatego też nie jest możliwe dokładne określenie, czy odpowiedzi pacjentów opisywały częstomocz dzienny czy nocny, czy też oba rodzaje częstomoczu, podobnie nie jest dostępna informacja, czy bezwiednemu oddawaniu moczu towarzyszyło parcie, czy było to raczej wysiłkowe nietrzymanie moczu, ani czy było to całkowicie bezwiedne nocne lub dzienne oddawanie moczu.

Spośród 3929 badanych większość miała rozpoznane jedno z zaburzeń nerwicowych lub zaburzenie osobowości i wtórnie występujące zaburzenie nerwicowe (informacje o wieku, rozpoznaniu i wybranych cechach socjodemograficznych grupy badanej przedstawia tabela 1). Dane uzyskane w wyniku rutynowych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej (zgodą Komisji Bioetycznej nr 122.6120.80.2015). Współczynniki ilorazów szans (OR) dla współwystępowania wartości zmiennych nominalnych (jednej lub więcej okoliczności biograficznej oraz objawu) oszacowano metodą regresji logistycznej [35–44] jednej lub wielu zmiennych. Korelacje między zmiennymi w skali porządkowej obliczono metodą Spearmana. Używano pakietu STATISTICA PL (Statsoft.pl) wersja 12.

Tabela 1. Nasilenie objawów nerwicowych, rodzaj zaburzeń wg ICD-10 oraz cechy socjodemograficzne badanych

	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)
Rozpoznanie* (główne):		
F44/45 Zab. dysocjacyjne lub somatyzacyjne	29%	25%
F60 Zab. osobowości	23%	29%
F40/F41 Zab. lękowe	17%	16%
F48 Neurastenia	7%	14%
F34 Dystymia	7%	5%
F50 Zab. odżywiania się	5%	0%
F42 Zab. obsesyjno-kompulsyjne	2%	2%
F43 Reakcja na stres i zab. adaptacyjne	1%	2%
Nieustalone	9%	8%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Globalne nasilenie objawów: M ± SD (Mediana)	394 ± 152 (387)	349 ± 151 (336)
Wiek: M ± SD (Mediana)	33 ± 9 (33)	32 ± 9 (28)
Wykształcenie		
Brak/podstawowe	9%	12%
Średnie (w tym studenci)	57%	56%
Wyższe	34%	32%
Osoby pracujące	59%	70%
Bezrobotni	41%	30%
Renciści	10%	7%
Studenci	23%	24%
Stabilny związek/małżeństwo	43%	47%
Niestabilny związek/małżeństwo	26%	21%
Nie jest w związku	31%	32%
Nie ma kontaktów seksualnych	40%	35%
Ma kontakty seksualne	60%	65%
Dłuższy związek	55%	53%
Przelotne, przypadkowe	3%	7%
Przelotne oraz dłuższe	2%	5%

* Rozpoznanie główne (pierwszorzędowe) zostały przekodowane na ICD-10 na podstawie przeglądu historii chorób i analizy równoważności dawniej i obecnie stosowanych systemów klasyfikacyjnych

Wyniki

Wyniki jednozmiennych i wielozmiennych analiz regresji logistycznej

Obliczenia przeprowadzono (podobnie jak w pracy Jerlocka [45]) w dwóch etapach. Najpierw przebadano, odrębnie w grupach mężczyzn i kobiet, powiązania między każdym z dwóch objawów a zmiennymi biograficznymi w analizach jednozmiennych, a następnie – w drugim etapie – do analiz wielozmiennych wprowadzono już tylko zestawy zmiennych biograficznych istotnie powiązanych z objawem w analizach jednozmiennych. Później wybrano najlepiej dopasowane modele drogą krokowej eliminacji zmiennych o najmniejszym dopasowaniu do modelu. Analizy wielozmiennowe następnie powtórzono dla tego samego wejściowego zestawu zmiennych, w grupach kobiet lub mężczyzn w dwóch grupach wiekowych – przed i po 40 r.ż., ponownie dokonując eliminacji zmiennych drogą wyboru najlepszego zestawu zmiennych. Dlatego w następnych tabelach zamieszczono kolejno od lewej wyniki analiz jednozmiennych, a następnie w sąsiednich kolumnach wyniki analiz wielozmiennych. Wyniki analiz dla objawu częstego oddawania moczu zebrano w tabelach 2–5, a dla objawu bezwiednego oddawania moczu w tabelach 6–9. Wyniki analiz regresji logistycznej wielu zmiennych – wychodzące od zestawu zmiennych

wyróżnionych przez analizy jednozmiennowe – dla występowania objawu częstego oddawania moczu w grupie kobiet (łącznie i w podgrupach utworzonych według wieku) zawiera tabela 2, w grupie mężczyzn – tabela 3, dla skrajnego nasilenia tego symptomu w grupie kobiet – tabela 4, w grupie mężczyzn – tabela 5. W każdej z tabel podzielono ujawnione czynniki na związane z rodziną pochodzenia i okresem dzieciństwa i adolescencji oraz rozwoju psychoseksualnego, sytuacji w związku/małżeństwie, włączając w to historię jego powstania oraz sytuację zawodową, materialną i funkcjonowanie poza związkiem oraz innych zmiennych związanych z grupą wiekową badanych (tych ostatnich zmiennych oczywiście nie wprowadzano do analiz podgrup osób przed/po 40 r.ż.).

Objaw częstego oddawania moczu

Tabela 2. Wyniki analiz regresji logistycznej dla występowania objawu częstego oddawania moczu w grupie kobiet

Rodzaj analiz:	Jednozmiennowe	Wielozmiennowe		
Grupa:	Cała grupa kobiet (n = 2582)	Cała grupa kobiet (n = 2582)	Kobiety 18–40 r.ż. (n = 2006)	Kobiety > 40 r.ż. (n = 576)
Parametry najlepszego modelu:	nie dotyczy	Chi ² = 78,96 p < 0,0001	Chi ² = 63,76 p < 0,0001	Chi ² = 14,69 p < 0,05
Rodzina pochodzenia, dzieciństwo i okres młodzieńczy				
Wiek ojca w czasie urodzenia pacjenta: 20 lat lub mniej	*2,19 (1,12; 4,29)	*2,03 (1,03; 4,00)	usunięto	ns
Wykształcenie matki: nieukończone podstawowe	***1,92 (1,44; 2,57)	***1,85 (1,38; 2,48)	***1,87 (1,29; 2,71)	*1,89 (1,15; 3,09)
Wykształcenie ojca: nieukończone podstawowe	***1,87 (1,26; 2,78)	usunięto	usunięto	usunięto
Największy wpływ w dzieciństwie – inna osoba	*1,80 (1,05; 3,07)	*1,84 (1,07; 3,16)	*1,76 (1,01; 3,09)	ns
Będąc dzieckiem, odczuwała wrogość ojca	***1,71 (1,22; 2,41)	**1,59 (1,13; 2,25)	*1,64 (1,11; 2,42)	ns
Sytuacja w związku				
Nienawidzi partnera	*2,60 (1,13; 5,96)	usunięto	ns	usunięto
Przypuszcza, że partner jej nienawidzi	*2,29 (1,11; 4,72)	*2,11 (1,01; 4,39)	*2,60 (1,06; 6,38)	usunięto

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Małżeństwo z powodu nacisków i przymusu	*1,92 (1,03; 3,56)	ns	*2,32 (1,11; 4,84)	usunięto
Pacjentka pije b. często, co najmniej raz w tyg.	*1,74 (1,04; 2,92)	ns	*1,81 (1,04; 3,17)	usunięto
Partner pije często, co najmniej raz w tyg.	*1,54 (1,08; 2,18)	usunięto	usunięto	ns
Sytuacja zawodowa i materialna oraz funkcjonowanie poza związkiem				
Nie radzi sobie z pracą mimo ulg i pomocy	**2,44 (1,29; 4,60)	*2,18 (1,14; 4,15)	*2,59 (1,23; 5,47)	usunięto
Bardzo złe warunki materialne w ostatnim okresie	***1,72 (1,31; 2,26)	***1,54 (1,16; 2,03)	**1,58 (1,13; 2,23)	ns
Coraz gorsza pozycja w pracy zawodowej	*1,56 (1,09; 2,23)	usunięto	*1,68 (1,04; 2,72)	ns
Inne zmienne				
Wiek 46–50 lat	***1,73 (1,26; 2,36)	***1,58 (1,15; 2,18)	nie dotyczy	nie dotyczy

W tabeli zamieszczono współczynniki OR wraz z wartościami 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną oznaczono: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$. Brak istotności statystycznej oznaczono ns. Usunięto zmienne w opisanych wcześniej procedurach stopniowego tworzenia najlepszego modelu regresji.

Z tabeli 2 wynika, że u kobiet objaw częstego oddawania moczu najwyraźniej i istotnie wiąże się z kilkoma okolicznościami biograficznymi: przypuszczeniem, że partner nienawidzi pacjentki (OR w analizie jednozmiennowej 2,29, w analizach wielozmiennowych w całej grupie pacjentek 2,11, w grupie pacjentek przed 40 r.ż. 2,60, w grupie po 40 r.ż. powiązanie nie było istotne statystycznie), z poczuciem nieradzenia sobie z pracą pomimo ulg i pomocy (podobnie w całej grupie i w grupie kobiet przed 40 r.ż., współczynnik OR przekraczał 2,18), niepełnym podstawowym wykształceniem matki (OR ok. 1,90 niezależnie od podgrupy, której dotyczyła analiza). Ponadto w grupie kobiet przed 40 r.ż. objaw wiązał się istotnie z największym wpływem w dzieciństwie osoby spoza rodziny (OR = 1,71), z poczuciem wrogości ojca (OR ok. 1,80), zawarciem małżeństwa pod naciskiem lub przymusem (OR = 2,32) oraz ze złą obecną sytuacją materialną (OR = 1,58) i pogarszającą się pozycją w pracy zawodowej (OR = 1,68) oraz używaniem przez pacjentkę alkoholu (OR = 1,81). Ponadto na tle całej grupy kobiet, przynależność do grupy wiekowej 45–60 lat wiązała się z ryzykiem występowania omawianej dolegliwości (OR = 1,58).

Tabela 3. Wyniki analiz regresji logistycznej dla skrajnego nasilenia objawu częstego oddawania moczu w grupie kobiet

Rodzaj analiz:	Jednozmienne	Wielozmienne		
Grupa:	Cała grupa kobiet (n = 2582)	Cała grupa kobiet (n = 2582)	Kobiety 18–40 r.ż. (n = 2006)	Kobiety > 40 r.ż. (n = 576)
Parametry najlepszego modelu:	nie dotyczy	Chi ² = 57,65 p < 0,0001	Chi ² = 62,61 p < 0,0001	Chi ² = 15,84 p < 0,05
Rodzina pochodzenia, dzieciństwo i okres młodzieńczy				
Matka używała alkoholu b. często, co najmniej raz w tyg.	**2,51 (1,28; 4,89)	*2,35 (1,18; 4,66)	*2,33 (1,13; 4,82)	ns
B. częste sprzeciwianie się nauczycielom	*2,36 (1,18; 4,72)	*2,20 (1,08; 4,49)	usunięto	ns
Matce nie zależało na wynikach pacjenta w nauce	*1,70 (1,03; 2,80)	usunięto	*1,89 (1,08; 3,30)	ns
W okresie szkoły nauka szła słabo	*1,54 (1,04; 2,28)	usunięto	usunięto	usunięto
Rodzina pochodzenia uważana za gorszą od innych	*1,53 (1,03; 2,29)	usunięto	usunięto	usunięto
Uważany za gorszego w rodzeństwie	***1,51 (1,14; 1,99)	*1,37 (1,04; 1,83)	ns	usunięto
W dzieciństwie karano za masturbację	*1,67 (1,07; 2,63)	*1,60 (1,01; 2,54)	*1,94 (1,16; 3,26)	usunięto
Zupełnie nieświadomy seksualnie przed 18 r.ż.	***1,55 (1,19; 2,02)	usunięto	usunięto	*1,77 (1,06; 2,98)
Sytuacja w związku				
Odczuwa niechęć do partnera	*1,53 (1,04; 2,26)	usunięto	usunięto	usunięto
Małżeństwo z powodu nacisków i przymusu	***2,67 (1,36; 5,23)	*2,43 (1,03; 4,19)	*2,68 (1,24; 5,81)	usunięto
Pacjentka pije b. często, co najmniej raz w tyg.	**2,28 (1,26; 4,12)	ns	***2,66 (1,42; 5,01)	usunięto
Partner pije b. często, co najmniej raz w tyg.	***1,97 (1,28; 3,02)	*1,76 (1,12; 2,74)	usunięto	*2,42 (1,03; 5,70)
Interwencje policji w awanturach z partnerem/ką	*1,71 (1,10; 2,67)	usunięto	usunięto	usunięto
Sytuacja zawodowa i materialna oraz funkcjonowanie poza związkiem				

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Bardzo złe warunki materialne w ostatnim okresie	**1,63 (1,15; 2,32)	usunięto	*1,67 (1,09; 2,56)	ns
Coraz gorsza pozycja w pracy zawodowej	***1,99 (1,29; 3,08)	**1,85 (1,19; 2,88)	*1,84 (1,04; 3,24)	ns
Nie ma żadnych zainteresowań	***1,66 (1,25; 2,20)	***1,69 (1,27; 2,25)	***1,78 (1,27; 2,49)	ns
Obecna praca zupełnie nie interesuje pacjenta	***1,66 (1,18; 2,33)	usunięto	usunięto	usunięto

W tabeli zamieszczono współczynniki OR wraz z wartościami 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną oznaczono: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,005$. Brak istotności statystycznej oznaczono ns. Usunięto zmienne w opisanych wcześniej procedurach stopniowego tworzenia najlepszego modelu regresji.

Wyniki zamieszczone w tabeli 3 wskazują, że skrajnie dokuczliwe nasilenie objawu częstego oddawania moczu u kobiet wiązało się najwyraźniej z zawarciem małżeństwa pod naciskiem lub przymusem (współczynnik OR w całej grupie i wśród kobiet przed 40 r.ż. wynosił 2,43–2,67), nadużywaniem alkoholu przez matkę pacjentki (OR = 2,33–2,51) oraz karaniem w dzieciństwie za masturbację lub zabawy seksualne (OR = 1,60–1,94), a także nadużywaniem alkoholu przez samą pacjentkę (OR = 2,66 w grupie kobiet przed 40 r.ż.). Inne istotne powiązania dla grupy kobiet przed 40 r.ż. dotyczyły również złej sytuacji materialnej (OR = 1,67), pogorszenia pozycji w pracy zawodowej (OR = 1,84), braku zainteresowań (OR = 1,78), braku zainteresowania matki nauką pacjentki (OR = 1,89). Z tabeli 3 wynika także, że w grupie kobiet powyżej 40 r.ż. utrzymuje się przede wszystkim powiązanie skrajnie nasilonego objawu częstego oddawania moczu z aktualnym nadużywaniem alkoholu przez partnera (OR = 2,42) oraz wpływem niedostatecznej edukacji seksualnej przed 18 r.ż. (OR = 1,77).

Tabela 4. Wyniki analiz regresji logistycznej dla występowania objawu częstego oddawania moczu w grupie mężczyzn

Rodzaj analiz:	Jednozmiennowe	Wielozmiennowe		
Grupa:	Cała grupa mężczyzn (n = 1347)	Cała grupa mężczyzn (n = 1347)	Mężczyźni 18–40 r.ż. (n = 1095)	Mężczyźni > 40 r.ż. (n = 252)
Parametry najlepszego modelu:	nie dotyczy	Chi ² = 83,93 $p < 0,0001$	Chi ² = 58,22 $p < 0,0001$	Chi ² = 28,67 $p < 0,0005$
Rodzina pochodzenia, dzieciństwo i okres młodości				
Powtarzanie klasy więcej niż dwa razy	*3,88 (1,04; 14,42)	usunięto	ns	usunięto
Powtarzanie klasy dwa razy	*1,91 (1,10; 3,32)	*1,83 (1,04; 3,26)	ns	usunięto
Uważany za gorszego w rodzeństwie	**1,64 (1,16; 2,32)	*1,56 (1,09; 2,24)	*1,60 (1,06; 2,41)	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zamieszkanie w domu dziecka, internacie itp.	3,44 (0,91; 13,06)	ns	usunięto	usunięto
W czasie chorób w dzieciństwie matka zdenerwowana	*2,76 (1,24; 6,14)	*2,89 (1,27; 6,58)	*2,65 (1,15; 6,11)	usunięto
Matka nieobecna	*3,24 (1,01; 10,38)	usunięto	ns	usunięto
Rozłąka z matką przed ukończeniem pięciu lat	*1,67 (1,02; 2,76)	usunięto	usunięto	usunięto
W dzieciństwie karano za masturbację	*1,76 (1,08; 2,86)	*1,67 (1,01; 2,77)	ns	ns
Sytuacja w związku				
Małżeństwo z powodu zobowiązań wobec partnerki	***2,19 (1,29; 3,72)	ns	usunięto	*3,04 (1,07; 8,62)
W konfliktach z partnerką nie rozmawiają	***2,06 (1,47; 2,88)	***1,86 (1,31; 2,63)	*1,61 (1,08; 2,41)	***3,31 (1,49; 7,33)
Głównie partnerka dążyła do związku	*1,51 (1,10; 2,08)	usunięto	*1,48 (1,01; 2,17)	ns
Sytuacja zawodowa i materialna oraz funkcjonowanie poza związkiem				
Radzi sobie dzięki ulgom i pomocy	*1,86 (1,12; 3,08)	*1,87 (1,11; 3,16)	*2,12 (1,17; 3,83)	usunięto
Bardzo złe warunki materialne w ostatnim okresie	**1,84 (1,20; 2,80)	**1,79 (1,16; 2,77)	ns	*2,83 (1,03; 7,74)
Coraz gorsza pozycja w pracy zawodowej	**1,95 (1,21; 3,14)	usunięto	ns	usunięto
Przede wszystkim działalność społeczna	**2,22 (1,24; 3,96)	**2,22 (1,22; 4,04)	n	ns
Praca na kierowniczym stanowisku	*1,60 (1,08; 2,36)	ns	ns	usunięto
Inne zmienne				
Wiek 41–45 lat	**1,66 (1,16; 2,39)	*1,55 (1,06; 2,26)	nie dotyczy	nie dotyczy
Wiek 46–50 lat	***1,95 (1,23; 3,11)	*1,67 (1,03; 2,71)	nie dotyczy	nie dotyczy

W tabeli zamieszczono współczynniki OR wraz z wartościami 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną oznaczono: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,005$. Brak istotności statystycznej oznaczono ns. Usunięto zmienne w opisanych wcześniej procedurach stopniowego tworzenia najlepszego modelu regresji.

W grupie mężczyzn z występowaniem częstego oddawania moczu w okresie badań przed przyjęciem na oddział najwyraźniej istotnie wiązało się (tab. 4) doświadczenie w postaci zdenerwowania matki w czasie chorób pacjenta w okresie dzieciństwa (w całej grupie mężczyzn i w grupie przed 40 r.ż. $OR \geq 2,65$) oraz nieradzenie sobie

w pracy zawodowej w wieku dorosłym – radzenie sobie tylko dzięki ulgom i pomocy (OR = 1,86–2,12). Z tabeli 4 wynika również, że zawarcie małżeństwa z powodu zobowiązań wobec partnerki było czynnikiem istotnym szczególnie u mężczyzn po 40 r.ż. (OR = 3,04), u których także widoczne było powiązanie z niewerbalizowaniem konfliktów z partnerką (OR = 3,31). Co interesujące, z częstym oddawaniem moczu (w niepodzielonej grupie mężczyzn) wiązały się także bycie karany za masturbację i zabawy seksualne w dzieciństwie (OR = 1,67), dwukrotne powtarzanie klasy (OR = 1,83) oraz wiek 41–45 lat i 46–50 lat (OR \geq 1,55) oraz zajmowanie się w wieku dorosłym działalnością społeczną (OR = 2,22).

Tabela 5. Wyniki analiz regresji logistycznej dla skrajnego nasilenia objawu częstego oddawania moczu w grupie mężczyzn

Rodzaj analiz:	Jednozmienne	Wielozmienne		
Grupa:	Cała grupa mężczyzn (n = 1347)	Cała grupa mężczyzn (n = 1347)	Mężczyźni 18–40 r.ż. (n = 1095)	Mężczyźni > 40 r.ż. (n = 252)
Parametry najlepszego modelu:	Nie dotyczy	Chi ² = 53,29 p < 0,0001	Chi ² = 27,16 p < 0,0005	Chi ² = 33,39 p < 0,0005
Rodzina pochodzenia, dzieciństwo i okres młodzieńczy				
Największy wpływ w dzieciństwie – wychowawca	*3,38 (1,08; 10,55)	usunięto	usunięto	usunięto
B. często sprzeciwianie się nauczycielom	*2,67 (1,26; 5,67)	ns	usunięto	ns
Powtarzanie klasy dwa razy	*2,24 (1,06; 4,71)	*2,21 (1,01; 4,87)	usunięto	*5,83 (1,04; 32,59)
Rodzina pochodzenia uważana za gorszą od innych	*1,93 (1,01; 3,69)	usunięto	usunięto	usunięto
Zamieszkanie w domu dziecka, internacie itp.	**6,31 (1,82; 21,90)	usunięto	***12,51 (1,01; 44,43)	usunięto
Zupełnie nieświadomiony seksualnie przed 18 r.ż.	*1,72 (1,14; 2,61)	ns	usunięto	ns
Sytuacja w związku				
Małżeństwo z powodu nacisków i przymusu	*4,10 (1,07; 15,68)	usunięto	usunięto	*21,42 (1,81; 415,3)
Małżeństwo z powodu zobowiązań wobec partnerki	*2,21 (1,09; 4,47)	ns	usunięto	usunięto
Rodzina/przyjaciele dążyli do powstania związku	**4,90 (1,48; 16,17)	*4,08 (1,14; 14,62)	ns	usunięto
Sytuacja zawodowa i materialna oraz funkcjonowanie poza związkiem				

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Radzi sobie dzięki ulgom i pomocy	*2,31 (1,17; 4,55)	*2,11 (1,04; 4,28)	ns	usunięto
B. złe warunki materialne w ostatnim okresie	*2,16 (1,20; 3,89)	*2,17 (1,15; 4,11)	*2,11 (1,01; 4,43)	ns
Warunki materialne ostatnio poniżej średnich	*1,67 (1,09; 2,55)	ns	ns	usunięto
Coraz gorsza pozycja w pracy zawodowej	***3,58 (2,00; 6,39)	*2,05 (1,09; 3,89)	usunięto	***5,17 (1,80; 14,82)
Inne zmienne				
Znosił z trudem dyscyplinę służby wojskowej	*2,05 (1,18; 3,58)	*1,85 (1,03; 3,33)	*2,10 (1,09; 4,03)	usunięto

W tabeli zamieszczono współczynniki OR wraz z wartościami 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną oznaczono: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,005$. Brak istotności statystycznej oznaczono ns. Usunięto zmienne w opisanych wcześniej procedurach stopniowego tworzenia najlepszego modelu regresji.

Z tabeli 5 wynika, że ze skrajnie nasilonym częstym oddawaniem moczu u mężczyzn szczególnie wyraźnie wiązały się bardzo zła sytuacja materialna (OR ok. 2,10 w całej grupie i wśród mężczyzn przed 40 r.ż.) oraz trudności w znoszeniu dyscypliny służby wojskowej (OR = 1,85–2,10). Szczególnie w grupie mężczyzn po 40 r.ż., ze skrajnie nasilonym częstym oddawaniem moczu okazały się związane słabnąca pozycja w pracy zawodowej (w tej podgrupie OR wyniósł aż 5,17), a także dwukrotne powtarzanie klasy w dzieciństwie (OR = 5,83) oraz małżeństwo zawarte pod naciskiem lub przymusem (OR = 21,42, przy czym bardzo szeroki przedział ufności wskazywał tu na bardzo niewielką podgrupę takich osób), podobnie zamieszkanie w domu dziecka/internacie w okresie dzieciństwa (OR = 12,51). Tylko w niepodzielonej – całej – grupie mężczyzn (zatem grupie najliczniejszej) istotnie związane były z tu omawianym objawem takie okoliczności jak zawarcie małżeństwa/związku pod wpływem krewnych/przyjaciół (OR = 4,08) i radzenie sobie w pracy tylko dzięki ulgom i pomocy (OR = 2,11).

Objaw bezwiednego oddawania moczu

Wyniki analiz regresji logistycznej wielu zmiennych – wychodzące od zestawu zmiennych wyróżnionych przez analizy jednozmiennowe – dla występowania objawu bezwiednego oddawania moczu (pytanie 111) w grupie kobiet (łącznie i w podgrupach utworzonych według wieku) zawiera tabela 6, w grupie mężczyzn – tabela 7, dla skrajnego nasilenia tego symptomu w grupie kobiet – tabela 8, a w grupie mężczyzn – tabela 9.

Tabela 6. Wyniki analiz regresji logistycznej dla występowania objawu bezwiednego oddawania moczu w grupie kobiet

Rodzaj analiz:	Jednozmienne	Wielozmienne		
Grupa:	Cała grupa kobiet (n = 2582)	Cała grupa kobiet (n = 2582)	Kobiety 18–40 r.ż. (n = 2006)	Kobiety > 40 r.ż. (n = 576)
Parametry najlepszego modelu:	Nie dotyczy	Chi ² = 85,39 p < 0,0001	Chi ² = 69,33 p < 0,0001	Chi ² = 23,65 p < 0,005
Rodzina pochodzenia, dzieciństwo i okres młodzieńczy				
Zmiana miejsca zamieszkania do 18 r.ż. – ze wsi do wsi	***4,04 (1,99; 8,19)	***4,36 (2,06; 9,23)	***3,58 (1,54; 8,31)	*5,25 (1,01; 27,59)
W szkole odczuwała, że inni jej nie lubią	***2,22 (1,40; 3,52)	*1,89 (1,14; 3,14)	ns	usunięto
W dzieciństwie gorsze warunki materialne	*1,79 (1,24; 2,57)	usunięto	usunięto	usunięto
W szkole na ogół inni rządzili pacjentką	***1,83 (1,22; 2,74)	usunięto	*1,68 (1,02; 2,77)	usunięto
Matce nie zależało na wynikach pacjentki w nauce	**2,41 (1,29; 4,52)	usunięto	ns	usunięto
Uważana za gorszą od rodzeństwa	**1,69 (1,14; 2,50)	usunięto	usunięto	usunięto
Należała do najmniej ładnych w klasie	**1,73 (1,14; 2,63)	usunięto	usunięto	usunięto
W czasie chorób w dzieciństwie ojciec zdenerwowany	*2,06 (1,15; 3,68)	usunięto	usunięto	usunięto
Wykształcenie matki: nieukończone podstawowe	*1,72 (1,03; 2,89)	*1,95 (1,11; 3,41)	usunięto	usunięto
Wykształcenie matki: podstawowe	*1,54 (1,08; 2,20)	**1,68 (1,14; 2,48)	***2,03 (1,31; 3,13)	usunięto
Zamieszkanie z nową rodziną ojca	*4,12 (1,16; 14,65)	*3,78 (1,01; 14,27)	***11,33 (2,48; 51,89)	usunięto
Będąc dzieckiem, odczuwała, że matce jest obojętna	*1,75 (1,09; 2,81)	usunięto	usunięto	usunięto
Należała do najmniej pilnych w klasie	*1,74 (1,06; 2,85)	usunięto	usunięto	ns
Sześcioro i więcej rodzeństwa	*1,90 (1,06; 3,39)	usunięto	usunięto	usunięto
Rodzina pochodzenia była prześladowana	*2,52 (1,05; 6,02)	usunięto	usunięto	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pierwszy stosunek seksualny w wieku 14–16 lat	*1,95 (1,09; 3,47)	usunięto	ns	usunięto
Pierwszy stosunek seksualny po 35 r.ż.	**35,65 (3,21; 396,06)	***41,76 (3,30; 528,03)	usunięto	ns
Sytuacja w związku				
Nienawidzi współmałżonka, partnera	*3,12 (1,06; 9,15)	usunięto	usunięto	usunięto
Współmałżonek, partner jest pacjentce obojętny	**2,21 (1,23; 3,95)	usunięto	usunięto	ns
Partner, współmałżonek jej nienawidzi	*3,11 (1,18; 8,16)	*2,83 (1,02; 7,87)	usunięto	usunięto
Małżeństwo zawarte z chęci usamodzielnienia się	*1,91 (1,03; 3,56)	usunięto	ns	usunięto
Małżeństwo zawarte z powodów finansowych	*5,37 (1,46; 19,74)	*4,33 (1,05; 17,91)	usunięto	usunięto
Przelotne, przypadkowe kontakty seksualne	**2,63 (1,32; 5,22)	**2,59 (1,27; 5,28)	*2,37 (1,04; 5,40)	usunięto
Rozwiedziona	**1,96 (1,21; 3,19)	*1,85 (1,11; 3,08)	usunięto	**2,99 (1,38; 6,45)
Mieszka z partnerem/małżonkiem u rodziny	*1,96 (1,14; 3,39)	***2,27 (1,29; 4,02)	usunięto	***8,51 (2,44; 29,69)
Sytuacja zawodowa i materialna oraz funkcjonowanie poza związkiem				
W pracy coraz gorsza pozycja	*2,05 (1,12; 3,74)	usunięto	usunięto	usunięto
Bardzo złe warunki materialne w ostatnim okresie	*1,84 (1,14; 3,00)	usunięto	*2,01 (1,11; 3,65)	usunięto
Nie ma żadnych zainteresowań	**1,72 (1,15; 2,57)	usunięto	usunięto	usunięto
Nie ma z kim się spotkać w wolnym czasie	***2,74 (1,72; 4,37)	*1,82 (1,09; 3,04)	*1,98 (1,10; 3,58)	usunięto
Inne zmienne				
Wiek 46–50 lat	***2,17 (1,29; 3,65)	*1,80 (1,03; 3,13)	nie dotyczy	nie dotyczy

W tabeli zamieszczono współczynniki OR wraz z wartościami 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną oznaczono: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,005$. Brak istotności statystycznej oznaczono ns. Usunięto zmienne w opisanych wcześniej procedurach stopniowego tworzenia najlepszego modelu regresji.

Z tabeli 6 wynika, że w grupie kobiet, niezależnie od ich wieku, mająca miejsce w dzieciństwie przeprowadzka między bardzo małymi miejscowościami („ze wsi do wsi”) wiązała się z występowaniem w wieku dorosłym objawu bezwiednego oddawania moczu (współczynniki OR = 3,58–5,25). Innymi okolicznościami powiązаныmi z tym objawem w grupie kobiet przed 40 r.ż. były brak osób bliskich (OR ok. 2,0), bardzo

zła sytuacja materialna (OR ok. 2,0), przelotne, przypadkowe kontakty seksualne (OR $\geq 2,37$), podstawowe wykształcenie matki (OR ok. 2,0), zamieszkanie z nową rodziną ojca (OR = 3,78–11,33, z zastrzeżeniem niewielkiej liczebności takich osób).

Szczególnie wyraźne w grupie kobiet po 40 r.ż. powiązanie dotyczyło rozwódek (w całej grupie OR = 1,85–1,96, w grupie po 40 r.ż. = 2,99) oraz zamieszkujących z partnerem/mężem u rodziny (w całej grupie OR = 2,27, w grupie po 40 r.ż. = 8,51). Jedynie w całej grupie kobiet pojawiło się silne powiązanie z zawarciem małżeństwa z powodów finansowych (OR $\geq 4,33$), poczuciem, że partner nienawidzi pacjentki (OR = 2,83), a także bardzo późnym rozpoczęciem życia seksualnego – inicjacją po 35 r.ż. (bardzo wysoki OR z szerokim przedziałem ufności wskazuje na pojedyncze takie osoby) oraz z byciem nielubianą przez rówieśników w okresie szkolnym (OR = 2,22). Ponadto wnioskować można o większym ryzyku tego objawu w grupie kobiet w wieku 46–50 lat.

Tabela 7. Wyniki analiz regresji logistycznej dla skrajnego nasilenia objawu bezwiednego oddawania moczu w grupie kobiet

Rodzaj analiz:	Jednozmienne	Wielozmienne		
Grupa:	Cała grupa kobiet (n = 2582)	Cała grupa kobiet (n = 2582)	Kobiety 18–40 r.ż. (n = 2006)	Kobiety > 40 r.ż. (n = 576)
Parametry najlepszego modelu:	Nie dotyczy	Chi ² = 41,50 p < 0,0001	Chi ² = 33,95 p < 0,0001	Chi ² = 9,51 p < 0,05
Rodzina pochodzenia, dzieciństwo i okres młodości				
W szkole na ogół inni zarządzili pacjentką	**3,22 (1,41; 7,35)	*2,71 (1,14; 6,47)	*2,78 (1,01; 7,63)	usunięto
Wykształcenie matki: podstawowe	*2,49 (1,13; 5,49)	usunięto	usunięto	usunięto
Wykształcenie ojca: podstawowe	**2,90 (1,29; 6,50)	usunięto	ns	usunięto
W okresie szkoły nauka szła słabo	*3,15 (1,17; 8,49)	usunięto	usunięto	usunięto
Wiek matki – urodzenie pacjentki do 20 r.ż.	*2,78 (1,03; 7,48)	*3,25 (1,17; 9,02)	*3,46 (1,07; 11,22)	usunięto
Raczej niechciana inicjacja seksualna	*2,77 (1,21; 6,30)	ns	*3,33 (1,25; 8,86)	ns
Pierwszy stosunek seksualny po 35 r.ż.	***53,23 (4,66; 607,6)	*39,91 (2,00; 795,5)	usunięto	usunięto
Sytuacja w związku				
Współmałżonek/partner jest pacjentce obojętny	*3,61 (1,22; 10,69)	*3,18 (1,04; 9,76)	usunięto	ns
Sytuacja zawodowa i materialna oraz funkcjonowanie poza związkiem				

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

W pracy coraz gorsza pozycja	*3,67 (1,24; 10,87)	usunięto	ns	usunięto
Nie ma żadnych zainteresowań	***4,85 (2,20; 10,70)	***4,16 (1,84; 9,42)	*3,54 (1,31; 9,58)	ns
Nie ma z kim się spotkać w wolnym czasie	***4,84 (2,00; 11,75)	usunięto	ns	*6,64 (1,27; 34,69)
Inne zmienne				
Wiek 46–50 lat	***4,46 (1,76; 11,33)	***4,67 (1,43; 10,47)	nie dotyczy	nie dotyczy

W tabeli zamieszczono współczynniki OR wraz z wartościami 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną oznaczono: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,005$. Brak istotności statystycznej oznaczono ns. Usunięto zmienne w opisanych wcześniej procedurach stopniowego tworzenia najlepszego modelu regresji.

Z tabeli 7 wynika, że skrajne nasilenie bezwiednego oddawania moczu szczególnie w grupie kobiet przed 40 r.ż. wiązało się z brakiem zainteresowań (OR = 3,54–4,85), wspomnieniem bycia zdominowaną („rządzoną”) przez rówieśników w okresie szkolnym (OR ok. 2,7), wiekiem matki – w czasie urodzenia pacjentki do 20 r.ż. (OR $\geq 2,78$), raczej niechcianą inicjacją seksualną (OR $\geq 2,77$). Ponadto w grupie kobiet po 40 r.ż. poczucie osamotnienia („nie ma się z kim spotkać”) wiązało się ze skrajnym nasileniem bezwiednego oddawania moczu (wysoki OR = 6,64). W całej (niepodzielonej) grupie z powyższym objawem wiązało się też poczucie obojętności męża/partnera (OR $\geq 3,18$), grupa wiekowa 46–50 lat (OR = 4,67), a także inicjacja po 35 r.ż. (OR = 39,91, z zastrzeżeniem nieliczności tej podgrupy).

Tabela 8. Wyniki analiz regresji logistycznej dla występowania objawu bezwiednego oddawania moczu w grupie mężczyzn

Rodzaj analiz:	Jednozmiennowe	Wielozmiennowe		
Grupa:	Cała grupa mężczyzn (n = 1347)	Cała grupa mężczyzn (n = 1347)	Mężczyźni 18–40 r.ż. (n = 1095)	Mężczyźni > 40 r.ż. (n = 252)
Parametry najlepszego modelu:	nie dotyczy	Chi ² = 55,55 $p < 0,0001$	Chi ² = 58,08 $p < 0,0001$	Chi ² = 21,03 $p < 0,0005$
Rodzina pochodzenia, dzieciństwo i okres młodzieńczy				
Należał do najmniej przystojnych w klasie	*2,01 (1,01; 4,00)	usunięto	ns	usunięto
W czasie chorób w dzieciństwie matka zdenerwowana	**4,32 (1,44; 12,94)	usunięto	ns	usunięto
Wykształcenie ojca: podstawowe	***2,51 (1,42; 4,43)	***2,53 (1,40; 4,60)	***3,09 (1,63; 5,86)	usunięto
Rodzina pochodzenia uważana była za gorszą	*2,47 (1,08; 5,67)	usunięto	usunięto	**27,96 (2,21 353,8)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wiek matki – urodzenie pacjenta w wieku 20 lat lub mniej	*2,59 (1,18; 5,69)	ns	ns	*26,02 (1,10; 617,2)
W domu rodzinnym najczęściej rządził ojciec	*1,80 (1,03; 3,15)	usunięto	ns	usunięto
Ojciec używał alkoholu b. często, co najmniej raz w tyg.	***2,80 (1,50; 5,20)	**2,45 (1,26; 4,76)	*2,22 (1,07; 4,59)	usunięto
Będąc dzieckiem, na ogół odczuwał wrogość ojca	*3,05 (1,25; 7,46)	usunięto	usunięto	usunięto
W kłopotach w dzieciństwie matka obojętna	*2,32 (1,19; 4,52)	*2,12 (1,05; 4,28)	ns	*15,95 (1,20; 2,12,2)
Największy wpływ w dzieciństwie – ktoś z rodzeństwa	***5,99 (2,36; 15,21)	***4,39 (1,57; 12,28)	*3,41 (1,10; 19,57)	usunięto
Współzycie między rodzicami – raczej złe	*1,94 (1,10; 3,43)	usunięto	usunięto	usunięto
W dzieciństwie karano za masturbację	***3,53 (1,60; 7,82)	*3,38 (1,45; 7,88)	***3,77 (1,54; 9,23)	usunięto
Pierwszy stosunek seksualny miał charakter gwałtu	*8,42 (1,66; 42,79)	usunięto	usunięto	usunięto
Pierwszy stosunek seksualny po 35 r.ż.	*12,42 (1,11; 139,50)	*21,87 (1,54; 310,5)	*45,69 (2,42; 861,1)	usunięto
Sytuacja w związku				
Aktualny związek/ małżeństwo uważa za przelotne	*3,82 (1,10; 13,30)	usunięto	usunięto	usunięto
W konfliktach z partnerką nie rozmawiają	*2,25 (1,16; 4,38)	*2,12 (1,05; 4,30)	ns	35,91 (2,19; 589,4)
Pacjent pije często, przy każdej okazji	*1,92 (1,08; 3,41)	ns	*2,00 (1,05; 3,81)	usunięto
Sytuacja zawodowa i materialna oraz funkcjonowanie poza związkiem				
Radzi sobie dzięki ulgom i pomocy	*2,67 (1,10; 6,51)	*2,61 (1,02; 6,71)	*3,10 (1,14; 8,42)	usunięto

W tabeli zamieszczono współczynniki OR wraz z wartościami 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną oznaczono: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,005$. Brak istotności statystycznej oznaczono ns. Usunięto zmienne w opisanych wcześniej procedurach stopniowego tworzenia najlepszego modelu regresji.

Z tabeli 8 wynika, że u mężczyzn przed 40 r.ż. z występowaniem bezwiednego oddawania moczu wiązało się radzenie sobie w pracy zawodowej tylko dzięki ulgom i pomocy (OR 2,61–3,10), nadużywanie alkoholu przez ojca (OR $\geq 2,22$), podstawowe wykształcenie ojca (OR ok. 2,51–3,09), najsilniejszy wpływ rodzeństwa w okresie dzieciństwa (OR $\geq 3,41$, w grupie niepodzielonej jeszcze wyższy), bycie karanym za masturbację lub zabawy seksualne (OR = 3,38–3,77) oraz bardzo późna inicjacja (OR = 12,42–45,69, z zastrzeżeniem niewielkiej liczby takich osób). W grupie mężczyzn po 40 r.ż. powiązanie z moczeniem ujawniono dla milczenia w konfliktach z partnerką (OR w całej grupie $\geq 2,12$, a w grupie po 40 r.ż. 35,91), poczucia „gorszości” rodziny pochodzenia (OR = 27,96, nieliczne przypadki), młodego wieku matki przy urodzeniu pacjenta – do 20 lat (OR > 26, nieliczne przypadki) oraz jej obojętności w sytuacjach kłopotów pacjenta w dzieciństwie (OR = 15,95, nieliczne przypadki).

Tabela 9. Wyniki analiz regresji logistycznej dla skrajnego nasilenia objawu bezwiednego oddawania moczu w grupie mężczyzn

Rodzaj analiz:	Jednozmienne	Wielozmienne		
Grupa:	Cała grupa mężczyzn (n = 1347)	Cała grupa mężczyzn (n = 1347)	Mężczyźni 18–40r.ż. (n = 1095)	Mężczyźni > 40r.ż. (n = 252)
Parametry najlepszego modelu:	nie dotyczy	Chi ² = 36,27 p < 0,0001	Chi ² = 37,08 p < 0,0001	nie można stworzyć modelu
Rodzina pochodzenia, dzieciństwo i okres młodzieńczy				
Zamieszkanie okresami z matką, okresami z ojcem	***38,11 (3,92; 370,3)	usunięto	ns	---
Rodzina pochodzenia była prześladowana	*8,97 (1,05; 76,28)	*28,50 (1,83; 443,7)	*25,47 (1,51; 429,9)	
Rodzina pochodzenia uważana była za gorszą	***9,57 (2,24; 40,82)	**10,00 (1,84; 54,32)	*8,09 (1,40; 46,63)	
Często zdarzało się sprzeciwiać, „stawiać” nauczycielom	*4,79 (1,13; 20,28)	ns	ns	
Ojciec przeżywany jako wybuchowy	*7,02 (1,41; 34,97)	*6,72 (1,20; 37,80)	*5,75 (1,01; 33,07)	
W kłopotach w dzieciństwie ojciec atakował	*5,70 (1,35; 24,01)	usunięto	usunięte	
W kłopotach w dzieciństwie matka obojętna	*4,62 (1,09; 19,53)	*7,73 (1,42; 37,80)	*8,81 (1,50; 51,64)	
W dzieciństwie karano za masturbację lub zabawy seksualne	*6,23 (1,23; 31,49)	ns	ns	
Sytuacja w związku				

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

W konfliktach z partnerką – nie rozmawiają	*4,48 (1,06; 18,97)	usunięto	usunięto	---
Mieszka z partnerką/żoną u rodziny	***11,40 (2,81; 46,27)	***19,04 (3,59; 101,1)	***15,42 (2,80, 84,93)	

W tabeli zamieszczono współczynniki OR wraz z wartościami 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną oznaczono: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,005$. Brak istotności statystycznej oznaczono ns. Oznaczone '---' – analiza niemożliwa – w podgrupie badanych nie wybrano wariantu odpowiedzi 'c'. Usunięto zmienne w opisanych wcześniej procedurach stopniowego tworzenia najlepszego modelu regresji.

Z tabeli 9 wynika, że wśród mężczyzn, szczególnie w grupie przed 40 r.ż., skrajnie dokuczliwe nasilenie bezwiednego oddawania moczu było powiązane z przeżywaniem ojca jako wybuchowego ($OR \geq 5,75$), matki jako obojętnej w kłopotach ($OR = 4,62-8,81$), prześladowaniem rodziny pochodzenia ($OR = 8,97-25,47$), zamieszkaniem wraz z partnerką/żoną u rodziny ($OR = 11,40-15,42$, z zastrzeżeniem niewielkiej liczebności takich osób). W grupie mężczyzn po 40 r.ż. nie wystąpiły w kwestionariuszu objawowym odpowiedzi wskazujące na skrajne nasilenie tego objawu.

Ginekologiczne czynniki ryzyka u kobiet

Jedynie w grupie kobiet analizie odrębnie poddano powiązanie występowania objawów częstego oddawania moczu oraz bezwiednego moczenia z odpowiednimi danymi z Ankiety Życiorysowej. Dokonano tego metodą analizy korelacji (korzystając z porządkowego charakteru tych zmiennych) z informacjami dotyczącymi ilości porodów (brak, jeden, dwa, trzy i więcej) oraz obecności w wywiadzie od pacjentek powikłań ciąży i porodów. Nie stwierdzono w tym zakresie żadnych istotnych korelacji. Jednakże dla uporządkowanego nasilenia obu objawów uzyskano istotne statystycznie, ale dość słabe korelacje – dla częstego oddawania moczu z niezachodzeniem (kod 0) vs zachodzeniem w ciążę o prawidłowym (kod 1) lub nieprawidłowym (kod 2) przebiegu ($R = 0,21$, $p < 0,0001$), podobnie dla bezwiednego oddawania moczu ($R = 0,22$, $p < 0,0001$). Jeszcze słabsze, choć nadal istotne korelacje stwierdzono dla większej ilości porodów (kody: 0, 1, 2, 3-i-więcej) i objawu częstego oddawania moczu ($R = 0,16$, $p < 0,0001$), a także objawu bezwiednego moczenia ($R = 0,08$, $p < 0,0005$). Także powikłania w przebiegu porodów (kod 1) okazały się słabo, acz istotnie skorelowane z obydwojema objawami (odpowiednio $R = 0,18$, $p < 0,0001$ oraz $R = 0,07$, $p < 0,0005$).

Dyskusja

Współdziałanie czynników psychologicznych w etiopatogenezie części objawów z układu moczowego nie ulega żadnej wątpliwości [9, 46], a ich pomijanie podnoszone jest przez licznych autorów jako przykład poważnego błędu mogącego rodzić groźne skutki dla pacjenta w postaci np. niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych [23, 47, 48]. Oczywiście równie groźne – nawet w sytuacji obecności wyraźnych zaburzeń

psychicznych – jest zjawisko przeciwne – zaniedbanie wykluczenia tła organicznego dolegliwości urologicznych [7].

Od lat wiadomo, że psychoterapia powoduje ustąpienie dolegliwości pseudourologicznych u przynajmniej części pacjentów (np. [49]). Co więcej, nieskuteczność leczenia stricte urologicznego części pacjentów wydaje się wiązać z obecnością (nie-naruszeniem) cech neurotycznych [50].

Instrukcja i zmienne kwestionariusza objawowego KO₀” stosowanego w poprzedzającej psychoterapię diagnostyce powodują ograniczenie dostępnych informacji o dolegliwościach z zakresu urologii do jedynie dwóch – częstego oddawania moczu w subiektywnej ocenie pacjenta oraz bezwiednego oddawania moczu np. w czasie snu, przy czym symptomy mają dotyczyć według instrukcji kwestionariusza odczuć uciążliwych i mających miejsce w trakcie siedmiu dni poprzedzających badanie. Żadne dane w istniejących historiach choroby nie pozwalają obecnie na weryfikację obiektywnego stanu zdrowia w zakresie schorzeń układu moczowego ponad trzech tysięcy osób badanych, poza ogólną wiedzą o ich dobrym ogólnym stanie zdrowia powodującą kwalifikację dolegliwości jako psychogennych, a następnie będącą podstawą do hospitalizacji na dziennym oddziale leczenia nerwic.

Dla psychopatologii i psychoterapii zaburzeń nerwicowych mniejsze znaczenie wydaje się mieć zależność objawów od bardziej zbiorczych zmiennych demograficznych, np. wieku, grupy społecznej czy zawodowej, jakkolwiek oczywiście płeć wiąże się z nieco odmiennymi poziomami objawów, prawdopodobnie w związku z odmiennymi sposobami przeżywania cielesności. Z tego względu zwykle uznaje się za konieczne, tak jak w niniejszej pracy, odrębne analizowanie objawów w grupach kobiet i mężczyzn.

W sytuacji badanych nieobciążonych somatycznie pacjentów oddziału dziennego mniejsze znaczenie – znikomy udział w obrazie objawów urologicznych – miały wszystkie (bogato udokumentowane w piśmiennictwie) obciążenia chorobami somatycznymi (w literaturze od nowotworów i stanów po leczeniu nowotworów po łagodny rozrost gruczołu krokowego), z wyjątkiem następstw powikłanych ciąż i porodów [51] oraz, jak można to przewidzieć, w pewnym zakresie także wieku i fizjologii klimakterium [52, 53].

Granica wieku 40 lat, używana w naszych analizach korelacji okoliczności biograficznych z częstotoczem i bezwiednym oddawaniem moczu sprawozdawanych przez pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości, przyjęta została w związku z obserwacjami dotyczącymi rozpowszechnienia stanów fizjologicznych, takich jak początek zmian hormonalnych [53, 54], granicy wieku w przeżywaniu psychologicznym „czterdziestki”, a także współwystępowania LUTS i powiązanych z nimi dysfunkcji [55].

Powiązaniem mającym podłoże biologiczne wydaje się korelacja ilości i powikłanego charakteru porodów oraz ciąż z dolegliwościami urologicznymi kobiet. Nie jest ona niespodziewana, ale dotyczy, jak się okazuje, raczej dolegliwości o znacznym – skrajnym nasileniu niż samego występowania badanych objawów, ponadto współczynniki korelacji są wprawdzie istotne, ale słabe.

Drugim czynnikiem o charakterze „ogólnomedycznym”, wykrytym w niniejszym badaniu, może być wpływ ubóstwa rodziny pochodzenia oraz niższego wykształcenia

rodziców (być może determinujący niższy poziom kultury zdrowotnej pacjentów i powstawanie dolegliwości urologicznych, a także wpływający na odczuwanie objawów z dolnego odcinka dróg moczowych [56–58].

W wynikach niniejszego badania znajduje także podłoże przypuszczenie, że nadużywanie alkoholu przez rodziców, obciążenie nadużywaniem alkoholu i wrogością rodzica lub rozbiciem rodziny ma na dziecko traumatyzujący wpływ i wiąże się z regresją ucieleśnianą przez problemy z utrzymaniem moczu nawet w wieku dorosłym. Warto zauważyć, że obecnie nie jest możliwe ustalenie, czy – co jest prawdopodobne – dolegliwość ta trwała od dzieciństwa. Prześladowanie rodziny pochodzenia – sytuacja bez wątplenia traumatyczna – także okazało się czynnikiem związanym z bezwiednym oddawaniem moczu (jego występowaniem u kobiet, a skrajnym nasileniem u mężczyzn). Także ujawniający się w wynikach związek objawów z wpływem w dzieciństwie – zamiast rodziców – „kogoś z rodzeństwa” lub „innych osób” może wskazywać na dysfunkcję rodziny pochodzenia.

Współwystępowanie z LUTS zaburzeń lękowych (napadów paniki, agorafobii, niektórych natręctw), depresyjnych oraz dysfunkcji seksualnych zostało udokumentowane przez liczne prace [11, 59, 60], niektóre z nich wiążą zaburzenia oddawania moczu z fobiami (szczególnie z fobią społeczną [3, 4]), podobnie współwystępowanie LUTS z obecnością zaburzeń związanych ze stresem, takich jak ASD i PTSD [4], PTSD [61, 62], oraz z wydarzeniami urazowymi [63], szczególnie urazami psychoseksualnymi (np. zgwałceniami) [5, 64–66]. Uzyskane przez nas wyniki wydają się także wskazywać na prawdopodobieństwo pośredniego powiązania urazów i dysfunkcji seksualnych oraz towarzyszących im objawów urologicznych z konfliktami w obecnym związku oraz, na co wskazywano już w piśmiennictwie w roku 1986 [21], z trudnościami separacyjnymi, tendencją pacjentów do „regresji uretralnej”.

Dysfunkcje związku seksualnego u kobiet cierpiących na LUTS zostały już opisane jako systemowo obecne w parach, w których często mężczyzna cierpi na zaburzenia erekcji [67]. Te dysfunkcje mogą być więc silnie powiązane z zaburzeniami seksualnymi i mieć wspólne tło w postaci urazowych doświadczeń seksualnych w przeszłości (np. [36–40, 68]).

Powiązania objawów pseudourologicznych z seksualnością i dysfunkcjami związku w badanej grupie okazały się „dyskretne”. Nie ujawniły się bowiem w analizach wprost powiązania ze zmiennymi Ankiety Życiorysowej opisującej rzadkie lub nieudane życie seksualne (np. [39, 40]), ale pojawiły się informacje o dysfunkcyjnych powodach zawarcia związku. Były to np. przymus lub nacisk, powody finansowe, zobowiązania, asymetria dążenia do związku, chęć usamodzielnienia się, a także nienawiść, niechęć lub obojętność wobec partnera, poczucie, że partner nienawidzi, nadużywanie alkoholu przez jednego z partnerów, bierno-agresywne rozwiązywanie konfliktów (przez milczenie i obrażanie się), nieodseparowanie się (zamieszkanie wraz z partnerem u rodziny). Przelotne przypadkowe kontakty seksualne okazały się w grupie kobiet związane z większym prawdopodobieństwem występowania bezwiednego oddawania moczu, co może sugerować symbolikę podniecenia seksualnego. W grupie mężczyzn pojawiło się natomiast powiązanie tego samego objawu z uznawaniem małżeństwa/związku za przelotne.

Objawy urologiczne wiązały się wyraźnie z karaniem za masturbację lub zabawy seksualne (w ogóle i skrajnie nasilone moczenie u mężczyzn, częste oddawanie moczu także u mężczyzn, skrajnie nasilone częste oddawanie moczu u kobiet), a także z bardzo późnym rozpoczęciem życia seksualnego – inicjacją po 35 r.ż. (występowanie w ogóle i skrajnie nasilone bezwiedne oddawanie moczu u kobiet; występowanie moczenia u mężczyzn). Ponadto urazowy wpływ przemocy lub nacisku podczas pierwszych stosunków seksualnych pokazuje powiązanie objawów bezwiednego oddawania moczu z „raczej” niechcianą inicjacją seksualną (skrajne nasilenie uciążliwości bezwiednego oddawania moczu u kobiet) lub zgwałceniem podczas inicjacji (występowanie bezwiednego oddawania moczu u mężczyzn). Wszystkie powyższe obserwacje wskazują także na duże znaczenie dla patogenezy objawów pseudourologicznych, już opisywanych dla populacji pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości, czynników ryzyka pojawienia się dysfunkcji seksualnych i dysfunkcji związku [35–40]. Niniejsze obserwacje wspiera także stwierdzone powiązanie dolegliwości urologicznych z dolegliwościami narządów płciowych oraz dyskomfortem dotyczącym masturbacji u kobiet [60].

Kolejnym ważnym aspektem objawów zarówno urologicznych, jak i pseudourologicznych jest wstyd [69] i stygmatyzacja opisana przez innych autorów jako związana z dostrzegalnością objawów, co ważne, niekoniecznie objawu nietrzymania moczu – wstyd dotyczy więc nawet częstego jego oddawania, mogących się według Elstada i wsp. [70] kojarzyć zdaniem badanych przez nich pacjentek z brudem, a w grupie pacjentów–mężczyzn: z impotencją. Wpływ stygmatyzacji prawdopodobnie pokazuje widoczne w niniejszym badaniu – szczególnie w grupie kobiet przed 40 r.ż. – powiązanie obecności objawu bezwiednego oddawania moczu z poczuciem braku osób bliskich („nie ma się z kim spotkać w wolnym czasie”), które może wynikać z poczucia odrzucenia i osamotnienia z powodu tego symptomu i/lub unikania sytuacji społecznych przez pacjentki. Podobne wyjaśnienia nasuwają się dla powiązania wskazującego na poddawanie się dominacji rówieśników („w szkole inni rządzą”). Oczywiście uzyskane wyniki nie pokazują, czy moczenie miało swój początek już w okresie dzieciństwa lub szkolnym, ale jest to wysoce prawdopodobne w świetle innych badań [50, 55], co pozwala na przypuszczenie o niskich, „niewyćwiczonych” kompetencjach społecznych tych pacjentek, a w ślad za tym – uruchomienie mechanizmu „błędne koła” – unikania i autostygmatyzacji.

Brak w grupie mężczyzn po 40 r.ż. wariantu odpowiedzi „c”, oznaczającej skrajne nasilenie objawu bezwiednego oddawania moczu, może oznaczać, że ich subiektywne poczucie uciążliwości uległo z jakiegoś powodu zmniejszeniu, np. z uwagi na uznanie tego objawu za dolegliwość związaną z wiekiem lub wyjaśnienie go sobie np. rozrostem gruczołu krokowego, co byłoby zgodne z opinią Glovera i wsp. [69], że objawy LUTS są niepokojące zależnie od ich sposobu przeżywania oraz postrzeganego ograniczenia funkcjonowania społecznego.

Natomiast z występowaniem oraz skrajnie nasilonym częstym oddawaniem moczu niezależnie od płci (u kobiet i mężczyzn) wyraźnie wiązała się (symbolicznie?) bardzo zła sytuacja materialna i słabnąca pozycja lub nieradzenie sobie w pracy zawodowej – prawdopodobnie związane z adekwatnym strachem w trudnej sytuacji

życiowej. Podobne związki stwierdzono dla objawu bezwiednego oddawania moczu u kobiet – z obecnością także powiązań osamotnienia i braku zainteresowań. Ten związek z brakiem zainteresowań może pokazywać jakiś aspekt depresyjności lub reakcji depresyjnej na sytuację stygmatyzacji i ograniczenia funkcjonowania związany z moczeniem lub wskazywać na wycofanie z powodu stygmatyzacji/odrzućenia (jak wspomniano, nie pojawiły się w analizach zmienne Ankiety Życiorysowej opisujące rzadkie lub nieudane życie seksualne; np. [39, 40]).

Oparcie niniejszego badania na rutynowych ankietach kwestionariuszowych powoduje wprawdzie typowe ograniczenie uogólniania uzyskanych wyników (związane z wyselekcjonowaną, zgłaszającą się do leczenia psychoterapią na oddziale dziennym, grupą badaną w okresie 22 lat, analizą retrospektywną, krótką i schematyczną treścią zmiennych kwestionariusza objawowego oraz Ankiety Życiorysowej, zniekształceniami poznawczymi i emocjonalnymi wspomnień osób badanych itd.), ale zarazem pozwala na odniesienie praktyczne wyników do wywiadu lekarsko-psychologicznego ukierunkowanego na obciążające wydarzenia i okoliczności życiowe. Pozwala też na ukierunkowanie uwagi lekarzy różnych specjalności mających do czynienia z dolegliwościami psychogennymi z zakresu urologii na określone obszary biografii i aktualnej sytuacji pacjenta, z koniecznością uwzględnienia różnic związanych z płcią i wiekiem. Planowane są też dalsze badania z zastosowaniem bardziej specyficznych narzędzi oraz grup kontrolnych z populacji nieleczonych/zdrowych.

Wnioski

1. Zarówno w całej grupie badanej, jak i w jej podgrupach podzielonych według płci oraz wieku (przed i po 40 r.ż.) stwierdzono obecność okoliczności wiążących się w sposób statystycznie istotny z objawami z zakresu urologii – częstym oddawaniem moczu oraz bezwiednym oddawaniem moczu.
2. W zakresie wspomnień dotyczących rodziny pochodzenia, wychowania i rozwoju psychoseksualnego powiązania te dotyczyły m.in. młodego wieku matki w momencie urodzenia pacjenta/pacjentki, niestabilności lub dysfunkcji rodziny pochodzenia, braku uświadomienia seksualnego lub wręcz karania za masturbację oraz trudności socjalizacji w środowisku szkolnym.
3. W zakresie historii powstania i funkcjonowania związku lub małżeństwa badanych stwierdzonymi okolicznościami były nieprawidłowe motywacje do zawarcia małżeństwa oraz aktualne dysfunkcje pary, w tym bierno-agresywny, „milczący” styl rozwiązywania konfliktów.
4. W obszarze zawodowym, sytuacji materialnej i funkcjonowania poza związkiem zaobserwowano powiązania badanych dolegliwości z poczuciem niedostatku, nieradzenia sobie z pracą zawodową oraz osamotnienia i braku zainteresowań.
5. Wiążący się z występowaniem i nasileniem obu objawów pseudourologicznych kontekst psychospołeczny okoliczności z obszaru funkcjonowania rodziny pochodzenia, związku partnerskiego/małżeństwa oraz sytuacji materialnej i zawodowej wskazuje na możliwość ukierunkowania poszukiwań w przebiegu wywiadu, a także oddziaływań psychoterapeutycznych.

6. Wyniki wskazujące na zwiększone prawdopodobieństwo dolegliwości urologicznych u części pacjentek psychoterapeutycznego oddziału dziennego, prawdopodobnie wskutek powikłań ciąży lub porodów, mają praktyczne znaczenie kliniczne – zachęcają do uzupełniania wywiadu i ewentualnego wdrażania postępowania pozapsychoterapeutycznego.

Podziękowania: Konsultacje statystyczne dr Maciej Sobański.

Piśmiennictwo

1. Korhonen A. *On neurotic bladder*. Ann. Chir. Gynaecol. Fenn. 1949; 38(2): 121–133.
2. Soifer S, Nicaise G, Chancellor M, Gordon D. *Paruresis or shy bladder syndrome: an unknown urologic malady?* Urol. Nurs. 2009; 29(2): 87–93; quiz 94.
3. Hammelstein P, Soifer S. *Is “shy bladder syndrome” (paruresis) correctly classified as social phobia?* J. Anxiety Disord. 2006; 20(3): 296–311.
4. Prunas A. [*Shy bladder syndrome*]. Riv. Psichiatr. 2013; 48(4): 345–53.
5. Bradley CS, Nygaard IE, Torner JC, Hillis SL, Johnson S, Sadler AG. *Overactive bladder and mental health symptoms in recently deployed female veterans*. J. Urol. 2014; 191(5): 1327–1332.
6. Aleksandrowicz JW. *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
7. Sakakibara R, Uchiyama T, Awa Y, Liu Z, Yamamoto T, Ito T. i wsp. *Psychogenic urinary dysfunction: a uro-neurological assessment*. Neurourol. Urodyn. 2007; 26(4): 518–524.
8. Heymen S. *Psychological and cognitive variables affecting treatment outcomes for urinary and fecal incontinence*. Gastroenterology 2004; 126(1 suppl. 1): S146–S151.
9. Doumouchsis SK, Jeffery S, Fynes M. *Female voiding dysfunction*. Obstet. Gynecol. Surv. 2008; 63(8): 519–526.
10. Breyer BN, Shindel AW, Erickson BA, Blaschko SD, Steers WD, Rosen RC. *The association of depression, anxiety and nocturia: a systematic review*. J. Urol. 2013; 190(3): 953–957.
11. Gołąbek T, Skalski M, Przydacz M, Świerkosz A, Siwek M, Gołąbek K. i wsp. *Objawy z dolnego odcinka dróg moczowych, nokturia oraz nadaktywność pęcherza moczowego u chorych z lękiem i depresją*. Psychiatr. Pol. 2015 [Epub ahead of print]; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/59162.
12. Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D. *Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2002; 187(1): 80–87.
13. Knight S, Luft J, Nakagawa S, Katzman WB. *Comparisons of pelvic floor muscle performance, anxiety, quality of life and life stress in women with dry overactive bladder compared with asymptomatic women*. BJU Int. 2012; 109(11): 1685–1689.
14. Quek KF. *Factors affecting health-related quality of life among patients with lower urinary tract symptoms*. Int. J. Urol. 2005; 12(12): 1032–1036.
15. Pintarelli VL, Perchon LF, Lorenzetti F, Toniolo Neto J, Dambros M. *Elderly men’s quality of life and lower urinary tract symptoms: an intricate relationship*. Int. Braz. J. Urol. 2011; 37(6): 758–765.
16. Stach-Lempinen B, Hakala AL, Laippala P, Lehtinen K, Metsänoja R, Kujansuu E. *Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women*. Neurourol. Urodyn. 2003; 22(6): 563–568.

17. Ostaszkiwicz J, O'Connell B, Dunning T. *Residents' perspectives on urinary incontinence: a review of literature*. Scand. J. Caring Sci. 2012; 26(4): 761–772.
18. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS. i wsp. *The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS*. BJU Int. 2009; 103(supl. 3): 4–11.
19. Hexel M, Sonneck G. *Somatoform symptoms, anxiety, and depression in the context of traumatic life experiences by comparing participants with and without psychiatric diagnoses*. Psychopathology 2002; 35(5): 303–312.
20. Canton G, Santonastaso P. *Psychological distress and life events in neurotic patients*. Psychopathology 1984; 17(3): 144–148.
21. Huppertz BJ. *Psychosomatic aspects of irritable bladder. A review*. Urologe A. 1986; 25(2): 84–89.
22. Baldoni F, Ercolani M, Baldaro B, Trombini G. *Stressful events and psychological symptoms in patients with functional urinary disorders*. Percept. Mot. Skills 1995; 80(2): 605–606.
23. Cortes E, Sahai A, Pontari M, Kelleher C. *The psychology of LUTS: ICI-RS 2011*. Neurourol. Urodyn. 2012; 31(3): 340–343.
24. Ku JH, Jeon YS, Kim ME, Lee NK, Park YH. *Psychological problems in young men with chronic prostatitis-like symptoms*. Scand. J. Urol. Nephrol. 2002; 36(4): 296–301.
25. Baldoni F, Baldaro B, Ercolani M, Emili E, Trombini G. *Urethral syndrome: a study in psychosomatic urology*. Psychother. Psychosom. 1989; 52(1–3): 114–118.
26. Koh JS, Ko HJ, Wang SM, Cho KJ, Kim JC, Lee SJ. i wsp. *The relationship between depression, anxiety, somatization, personality and symptoms of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia*. Psychiatry Investig. 2015; 12(2): 268–273.
27. von Gontard A. *Psychological and psychiatric aspects of nocturnal enuresis and functional urinary incontinence*. Urologe A. 2004; 43(7): 787–794.
28. von Gontard A. *Does psychological stress affect LUT function in children? ICI-RS 2011*. Neurourol. Urodyn. 2012; 31(3): 344–348.
29. Koh JS, Ko HJ, Cho KJ, Kim JC, Lee SJ, Pae CU. *The association between personality traits and treatment outcomes in Korean patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH): a preliminary study*. Gen. Hosp. Psychiatry 2014; 36(5): 545–548.
30. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I, Kowalczyk E, Martyniak J, Miczyńska A. i wsp. *Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu*. Psychoterapia 1981; 37: 3–10.
31. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychoter. 2011; 7(4): 20–34.
32. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J, Mazoń S. i wsp. *Kwestionariusze objawowe „S” i „O” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych*. Psychoterapia 1981; 37: 11–27.
33. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 6: 667–676.
34. Aleksandrowicz JW. *Częstość objawów nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(1): 5–20.
35. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. *Objawy i problemy z zakresu zdrowia seksualnego w populacji pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(1): 21–34.

36. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Seksualne wydarzenia urazowe a obraz zaburzeń nerwicowych. Objawy związane i niezwiązane z seksualnością.* Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 411–431.
37. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K. *Zapamiętane postawy rodziców pacjenta a obraz zaburzeń nerwicowych. Objawy związane i niezwiązane z seksualnością.* Psychiatr. Pol. 2013; 47(5): 827–851.
38. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Traumatic childhood sexual events and secondary sexual health complaints in neurotic disorders.* Arch. Psychiatry Psychother. 2013; 15(3): 19–32.
39. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. i wsp. *Seksualne wydarzenia urazowe a życie seksualne i związek pacjenta.* Psychiatr. Pol. 2014; 48(3): 573–597.
40. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K. i wsp. *Wpływ kumulacji urazów seksualnych na życie seksualne i związek pacjenta.* Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 739–758.
41. Smiatek-Mazgaj B, Sobański JA, Rutkowski K, Klasa K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Objawy dysocjacji uczucia bólu i dotyku, derealizacji i depersonalizacji u kobiet a wydarzenia urazowe z okresu dzieciństwa, adolescencji i wczesnej dorosłości.* Psychiatr. Pol. 2016; 50(1): 77–93. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36296.
42. Sobański JA, Klasa K, Mielimąka M, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *The crossroads of gastroenterology and psychiatry – what benefits can psychiatry provide for treatment of patients suffering from gastric symptoms.* Przegl. Gastroenterol. 2015; 10(4): 222–228.
43. Sobański JA, Klasa K, Popiołek L, Rutkowski K, Dembińska E, Mielimąka M. i wsp. *Skargi pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi interesujące kardiologa.* Kardiol. Pol. 2015; 73(11): 1114–1121.
44. Sobański JA, Rutkowski K, Klasa K. *Występowanie złości u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi.* W: Bereza B. red. *Oblicza złości.* Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2012. s. 223–251.
45. Jerlock M, Kjellgren KI, Gaston-Johansson F, Lissner L, Manhem K, Rosengren A. i wsp. *Psychosocial profile in men and women with unexplained chest pain.* J. Int. Med. 2008; 264: 265–274.
46. Shvarts PG, Goriachev FK, Plotnikov AN, Savvin DI, Popov SV. *[Differential diagnosis and treatment of neurogenic and psychogenic dysuria in case of overactive bladder syndrome].* Ter. Arkh. 2013; 85(9): 86–92.
47. Barnes JC, Harrison G, Murray K. *Low pressure/low flow voiding in younger men: psychological aspects.* Br. J. Urol. 1985; 57(4): 414–417.
48. Kuffel A, Kapitzka KP, Löwe B, Eichelberg E, Gumz A. *Chronic pollakiuria: cystectomy or psychotherapy.* Urologe A. 2014; 53(10): 1495–1499.
49. Chodorowski Z. *Functional disturbances of the lower urinary tract.* Wiad. Lek. 1993; 46(7–8): 279–282.
50. Moore KH, Sutherst JR. *Response to treatment of detrusor instability in relation to psychoneurotic status.* Br. J. Urol. 1990; 66(5): 486–490.
51. Rowlands IJ, Redshaw M. *Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period.* BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12: 138.
52. Constantine GD, Bruyniks N, Princic N, Huse D, Palmer L, Lenhart G. i wsp. *Incidence of genitourinary conditions in women with a diagnosis of vulvar/vaginal atrophy.* Curr. Med. Res. Opin. 2014; 30(1): 143–148.

53. Terauchi M, Hiramitsu S, Akiyoshi M, Owa Y, Kato K, Obayashi S. i wsp. *Associations among depression, anxiety and somatic symptoms in peri – and postmenopausal women*. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2013; 39(5): 1007–1013.
54. Oge T, Hassa H, Aydin Y, Yalcin OT, Colak E. *The relationship between urogenital symptoms and climacteric complaints*. Climacteric 2013; 16(6): 646–652.
55. Coyne KS, Kaplan SA, Chapple CR, Sexton CC, Kopp ZS, Bush EN. i wsp. *Risk factors and comorbid conditions associated with lower urinary tract symptoms: EpiLUTS*. BJU Int. 2009; 103(supl. 3): 24–32.
56. Kim JH, Ham BK, Shim SR, Lee WJ, Kim HJ, Kwon SS. i wsp. *The association between the self-perception period of overactive bladder symptoms and overactive bladder symptom scores in a non-treated population and related sociodemographic and lifestyle factors*. Int. J. Clin. Pract. 2013; 67(8): 795–800.
57. De Gagne JC, So A, Oh J, Park S, Palmer MH. *Sociodemographic and health indicators of older women with urinary incontinence: 2010 National Survey of Residential Care Facilities*. J. Am. Geriatr. Soc. 2013; 61(6): 981–986.
58. Kim JH, Shim SR, Lee WJ, Kim HJ, Kwon SS, Bae JH. *Sociodemographic and lifestyle factors affecting the self-perception period of lower urinary tract symptoms of international prostate symptom score items*. Int. J. Clin. Pract. 2012; 66(12): 1216–1223.
59. Martin S, Atlantis E, Wilson D, Lange K, Haren MT, Taylor A. i wsp. *Clinical and biopsychosocial determinants of sexual dysfunction in middle-aged and older Australian men*. J. Sex. Med. 2012; 9(8): 2093–2103.
60. Sobański JA, Skalski M, Gołąbek T, Świerkosz A, Przydacz M, Klasa K. i wsp. *Występowanie wybranych objawów z dolnego odcinka układu moczowego u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwowych*. Psychiatr. Pol. 2016 [Epub ahead of print]; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/61109.
61. Breyer BN, Cohen BE, Bertenthal D, Rosen RC, Neylan TC, Seal KH. *Lower urinary tract dysfunction in male Iraq and Afghanistan war veterans: association with mental health disorders: a population-based cohort study*. Urology 2014; 83(2): 312–319.
62. Bradley CS, Nygaard IE, Mengeling MA, Torner JC, Stockdale CK, Booth BM. i wsp. *Urinary incontinence, depression and posttraumatic stress disorder in women veterans*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2012; 206(6): 502.e1–e8.
63. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. *Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence*. Arch. Intern. Med. 2009; 169(18): 1692–1697.
64. Postma R, Bicanic I, van der Vaart H, Laan E. *Pelvic floor muscle problems mediate sexual problems in young adult rape victims*. J. Sex. Med. 2013; 10(8): 1978–1987.
65. Pannek J, Einig EM, Einig W. *Clinical management of bladder dysfunction caused by sexual abuse*. Urol. Int. 2009; 82(4): 420–425.
66. Baker CK, Norris FH, Jones EC, Murphy AD. *Childhood trauma and adulthood physical health in Mexico*. J. Behav. Med. 2009; 32(3): 255–269.
67. Shabsigh R, Anastasiades A, Cooper KL, Rutman MP. *Female sexual dysfunction, voiding symptoms and depression: common findings in partners of men with erectile dysfunction*. World J. Urol. 2006; 24(6): 653–656.
68. Izdebska A, Beisert M, Roszyk A. *Doświadczenia seksualne w dzieciństwie a funkcjonowanie w dorosłym związku partnerskim*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(3): 625–636.

-
69. Glover L, Gannon K, McLoughlin J, Emberton M. *Men's experiences of having lower urinary tract symptoms: factors relating to bother*. BJU Int. 2004; 94(4): 563–567.
 70. Elstad EA, Taubenberger SP, Botelho EM, Tennstedt SL. *Beyond incontinence: the stigma of other urinary symptoms*. J. Adv. Nurs. 2010; 66(11): 2460–2470.

Adres: Jerzy A. Sobański
Pracownia Diagnostyki Zaburzeń Nerwicowych i Behawioralnych
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 2.01.2016
Zrecenzowano: 26.01.2016
Przyjęto do druku: 26.01.2016