

Psychiatr. Pol. 2019; 53(4): 915–938

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

www.psychiatriapolska.pl

DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/97835>

Osobowość nerwicowa a objawy z dolnego odcinka układu moczowego u pacjentów kwalifikowanych do leczenia psychoterapią na oddziale dziennym w latach 2004–2014

Neurotic personality and lower urinary tract symptoms in day hospital patients diagnosed at pretreatment between 2004 and 2014

Katarzyna Klasa¹, Jerzy A. Sobański¹, Michał Skalski²,
Tomasz Golabek³, Agata Świerkosz², Mikołaj Przydacz³,
Edyta Dembińska¹, Michał Mielimąka¹, Katarzyna Cyranka²,
Dominika Dudek², Piotr L. Chłosta³, Krzysztof Rutkowski¹

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychoterapii

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Klinika Psychiatrii Dorosłych

³ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Klinika Urologii

Summary

Aim. Evaluation of the association between the occurrence of lower urinary tract symptoms in patients qualified for psychotherapy and the severity and profile of their neurotic personality disorders.

Material and methods. Retrospective analysis of questionnaires included in the medical records of 2,450 patients qualified for psychotherapy in 2004–2014 in terms of correlations between the symptoms of pollakiuria and unconscious urinary incontinence, and the global severity of neurotic symptoms (OWK), global severity of neurotic personality disorders (XKON) and abnormal values of 24 scales of the KON-2006 questionnaire. Correlations in the form of OR coefficients with 95% confidence intervals were estimated using logistic regression analyzes.

Results. Lower urinary tract symptoms are associated with a significantly greater severity of neuroticism, both described by the global severity of symptoms (OWK) as well as by the global neurotic personality disorder index (XKON) and abnormal values of the KON-2006 questionnaire scales. The occurrence of both symptoms was associated with the following scales: 'Negative self-esteem' and 'Envy', the occurrence of pollakiuria – with the scales 'Feeling of being dependent on others', 'Demobilization', 'Conviction of life helplessness' and 'Feeling of lack of influence', the occurrence of unconscious urinary incontinence – with the scales 'Feeling of being alienated' and 'Exaltation' for both genders, and only in men

'Risk avoidance' (low 'Risk tendencies'), 'Conviction of life helplessness', 'Difficulties in interpersonal relations'. Extreme severity of pollakiuria was more strongly associated with many of the mentioned scales, and also slightly differently with other scales, e.g., in men – with the 'Sense of overload' and 'Imagination, fantasizing'.

Conclusions. Neurotic personality traits described by abnormal values of the KON-2006 questionnaire scales are associated with the presence (and also to some extent with the severity) of psychogenic lower urinary tract symptoms. Connections may be bi-directional – in some cases experiencing and self-description of personality traits may be secondary to suffering associated with pollakiuria and incontinence.

Słowa kluczze: osobowość nerwicowa, objawy z dolnego odcinka układu moczowego, zaburzenia nerwicowe

Key words: neurotic personality, lower urinary tract symptoms, neurotic disorders

Wstęp

Cechy osobowości ogólnie określane jako „nerwowość” lub „nieśmiałość” są elementem nawet potocznego obrazu osób uskarżających się na dolegliwości z dolnego odcinka układu moczowego, zwłaszcza związane z nietrzymaniem moczu. W urologii wiele uwagi poświęca się jednej z postaci nietrzymania moczu, tj. pęcherzowi nadaktywnemu (zespół pęcherza nadaktywnego, *overactive bladder* – OAB), dostrzegając w niej znaczącą komponentę czynnościową – obok takich schorzeń jak śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego/zespół bólowy pęcherza moczowego (*interstitial cystitis/bladder pain syndrome* – IC/BPS) i przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego/przewlekły zespół bólu miednicy (*chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome* – CP/CPPS), wraz z sugestią, że niewystarczające efekty leczenia mogą wynikać z pominięcia powiązanych z nimi trudności i zaburzeń psychologicznych czy psychicznych [1–4].

Kwestie aspektów psychologicznych w populacji szeroko rozumianych pacjentów urologicznych podnoszone są w piśmiennictwie zarówno z powodu troski o dobrostan chorych, jak i ze względu na ich związek z efektywnością leczenia [5–11]. W opublikowanym niedawno przeglądzie 32 badań dotyczących psychologicznych skutków OAB zwraca się uwagę na tendencję chorych do rozwijania objawów depresyjnych, doświadczania wstydu, zażenowania, lęku, wspomnianego ograniczenia życia społecznego, seksualnego, jakości snu i ogólnej jakości życia, jak również wpływ OAB na osoby bliskie pacjentom [11]. Warto przytoczyć tu niedawne badanie na dużej grupie amerykańskich weteranek ($n = 1107$), w którym objawy nadaktywnego pęcherza stwierdzono u 22% kobiet, przy czym jednocześnie u 102 (9,2%) obserwowano objawy depresji, u 218 (19,7%) objawy lękowe, u 188 (17,0%) objawy PTSD [12].

Objawy takie jak dzienne i nocne nietrzymanie moczu, ale także dzienny i nocny częstomocz oznaczają obciążenie pacjentów – nierzadko utrwalającym się od dzieciństwa – subiektywnym poczuciem gorszości, realnego lub antycypowanego ośmieszenia lub poniżenia w oczach innych, poczuciem niewydolności, izolacją społeczną i unikaniem bliskości, które zdecydowanie przyczyniają się do obniżonej jakości życia [13–17]. Przykładem obciążających pacjentów z tej grupy efektów wtórnych mogą

być związane z przebiegiem OAB zmiany stylu życia, np. zmiany diety (ograniczenie płynów) czy unikanie oddalania się od miejsca zamieszkania lub miejsca, w którym dostępna jest toaleta [3], przypominające nieco z jednej strony ograniczenia związane z agorafobią czy fobią społeczną [18–20], a z drugiej strony mogące sugerować nadpobudliwość-nadaktywność osoby cierpiącej na to zaburzenie.

Ważnym obszarem trudności doświadczanych przez pacjentów cierpiących na objawy urologiczne są problemy z zakresu funkcjonowania seksualnego oraz łączące się z nimi wtórne dysfunkcje związku [21–29]. Jednocześnie w tej grupie chorych często stwierdza się urazy seksualne [4, 12, 30], również wiążące się z negatywną/niską samooceną, poczuciem winy, gorszości i wtórnymi dysfunkcjami seksualnymi. Przykładowo we wspomnianym badaniu amerykańskich weteranek aż 287 badanych (25,9%) zgłosiło doświadczenie molestowania seksualnego w ciągu życia [12].

Różne wydarzenia życiowe (traumatyczne, ale i niemające wprost takiego charakteru) odgrywają istotną rolę w etiopatogenezie zaburzeń nerwicowych i osobowości, a także w kształtowaniu obrazu psychopatologicznego różnego rodzaju objawów psychopochodnych, nie wyłączając symptomów z dolnego odcinka układu moczowego [29, 31–37]. W populacji osób zdrowych somatycznie, do których zaliczyć można pacjentów ze schorzeniami psychogennymi (i psychopochodnym charakterem symptomów z dolnego odcinka układu moczowego) objawy „pseudourologiczne” mogą powodować dodatkowy lęk przed potencjalnym ujawnieniem się choroby somatycznej, zmniejszać poczucie kontroli, zaostbrać ograniczenia związane z agorafobią (z lękiem napadowym lub bez niego) lub lęki społeczne [38], m.in. przez budzenie zagrożenia „możliwym” nieskontrolowaniem oddania moczu lub odczuwanie parcia na mocz.

Jakkolwiek badania i obserwacje kliniczne potwierdzają istnienie powiązań między objawami urologicznymi a stanem zdrowia psychicznego, zaznacza się, że wciąż niewiele wiadomo o podłożu tych powiązań. Leue i wsp. [1] wskazują na możliwość odwołania się do koncepcji osi pęcherz-jelita-mózg (*bladder-gut-brain axis* – BGBA) i sugerują, że zaburzenia funkcjonalne stanowią efekt silnej reakcji na trudności czy wydarzenia urazowe w dzieciństwie, skutkujące doświadczanym dystresem emocjonalnym i somatycznym (*bodily distress*), przy czym czynnikiem ryzyka ich wystąpienia może być według autorów neurotyczność lub tendencja do negatywnej emocjonalności. Założenia takie potwierdzają niedawne badania na polskiej grupie pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, u których dwa rodzaje objawów z dolnego odcinka układu moczowego (poczucie częstego oddawania moczu i bezwiedne moczenie u mężczyzn oraz nasilony częstomocz u kobiet) wiązały się [29] z karaniem za masturbację lub zabawy seksualne, a także z prawdopodobnie stanowiącym konsekwencję karania [35], zgłoszonym przez kobiety dyskomfortem dotyczącym masturbacji – powiązaniem z bezwiednym moczeniem [28]. Urazowy wpływ przemocy lub nacisku podczas pierwszych stosunków seksualnych pokazuje we wcześniejszej publikacji [29] powiązanie objawów bezwiednego oddawania moczu z „raczej” niechcianą lub zapamiętaną jako gwałt inicjacją seksualną, jednym z czynników ryzyka zaburzeń seksualnych w wieku dorosłym [35, 39–42].

Znaczne współwystępowanie objawów z dolnego odcinka układu moczowego, tj. podobnych jak w OAB, z objawami lękowymi i depresyjnymi (np. [8, 11, 43])

sugeruje ich połączenie z takimi cechami osobowości, jak neurotyczność, tendencja do przeżywania emocji negatywnych czy bojaźliwość. Ponieważ objawy „pseudo-urologiczne” w obrazie klinicznym znanym z psychoterapii zwykle wiążą się z ograniczeniem swobody poruszania się (analogicznie do agorafobii, często zresztą w jej obrazie) i radzenia sobie „na zewnątrz” domu lub rodziny (przez co mogą hamować procesy separacyjno-indywidualne), bardzo prawdopodobne wydaje się także ich powiązanie z cechami przeżywania i osobowości odnoszącymi się do psychasteniczności, niesamodzielności, niezaradności, poczucia braku wpływu, uzależnienia od otoczenia, zewnątrzsterowności, a wtórnie – do negatywnej samooceny i trudności w budowaniu relacji.

W niniejszej pracy, biorąc pod uwagę wspomniane braki w konceptualizacji powiązań między stanem psychicznym (zaburzenia lękowe, nerwicowe i depresyjne) a objawami z dolnego odcinka układu moczowego, proponujemy wykorzystanie koncepcji osobowości nerwicowej do zweryfikowania, czy i w jaki sposób cechy osobowości mierzone za pomocą utworzonego na jej gruncie *Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej* KON-2006 [44–46] wiążą się z występowaniem psychogennych objawów z dolnego odcinka układu moczowego zgłaszanych przez pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości w *Kwestionariuszu objawowym „O”* (KO „O”) podczas kwalifikacji do leczenia psychoterapią na dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych.

Koncepcja osobowości nerwicowej została zaproponowana przez Aleksandrowicza i wsp. w wyniku wieloletnich doświadczeń klinicznych i badań [44–52]. Według autorów obejmuje cechy/aspekty powiązane z występowaniem i utrzymywaniem się różnych zaburzeń nerwicowych. Kluczowy dla tej koncepcji jest postulat podłoża w postaci dysfunkcji innych niż specyficzne zaburzenia osobowości, odpowiedzialnych za obecność zaburzeń nerwicowych. Jest to konstrukt zbliżony do pojęcia neurotyzmu/neurotyczności, ale opiera się na dokonanych przez Aleksandrowicza i wsp. obserwacjach rozkładów skrajnych nasileni cech (obrazowanych przez skrajne wartości skal w różnych kwestionariuszach osobowości [45, 46, 51, 52]), co przypomina koncepcję Akiskala zaburzenia jako konglomeratu nieadaptacyjnych cech osobowości [53].

Cel

Celem badań była ocena powiązań między zgłaszanymi objawami z dolnego odcinka układu moczowego a nerwicowymi cechami osobowości opisanymi kwestionariuszem KON-2006 w grupie pacjentów kwalifikowanych do psychoterapii.

Material i metody

W badaniach wykorzystano historie chorób 2450 pacjentów diagnozowanych w Zakładzie Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2004–2014, z rozpoznaniem jak w tabeli 1. Podczas kwalifikacji [54] wszyscy pacjenci wypełnili *Kwestionariusz objawowy „O”* (KO „O”) [55], *Kwestionariusz Osobowości Ner-*

wicowej KON-2006 [44–46] oraz ustrukturowaną *Ankiętę Życiorysową* [56]. Dane osób badanych opracowywano w sposób anonimowy (zgoda Komisji Bioetycznej nr 122.6120.80.2015).

Kwestionariusz objawowy „O” (KO „O”) [55] zawiera 138 zmiennych, przy czym do oceny występowania objawów z dolnego odcinka układu moczowego posłużyły dwie jego zmienne (w pełnym brzmieniu: „132. Konieczność częstego oddawania moczu” oraz „111. Bezwiedne oddawanie moczu, np. w czasie snu”). Instrukcja precyzuje czas występowania objawów (7 dni przed badaniem) i podaje skalę do oceny przez pacjenta subiektywnego nasilenia dolegliwości „0-a-b-c”, gdzie „0” oznacza „dolegliwość w ogóle nie występowała”, „a” – „występowała, ale była tylko nieznacznie uciążliwa”, „b” – „była średnio uciążliwa”, „c” – „była bardzo uciążliwa”. Z tego względu 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. Uzupełnienie tych informacji wymagałoby dodatkowego wywiadu specjalistycznego. Ogólny wynik *Kwestionariusza objawowego „O”* obliczany jest jako suma iloczynów liczby objawów w określonym nasileniu (0, a, b, c) i wynosi od 0 do 966 punktów.

Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej mierzy nasilenie 24 wyodrębnionych cech związanych z występowaniem zaburzeń nerwicowych (skale), a ogólny wynik kwestionariusza jest wyrażony za pomocą współczynnika globalnego nasilenia zaburzeń X-KON i wynosi od 0,0 do 110,4 pkt. Przyjęto, że wyniki do 8,0 pkt są charakterystyczne dla osób zdrowych, obszar w granicach 8–18 pkt jest obszarem przejściowym, wymagającym ostrożnej interpretacji, natomiast wyniki powyżej 18 pkt wskazują na osobowościowe podłoże zaburzeń nerwicowych [44–46].

Powiązania między wybranymi objawami a nieprawidłowymi wartościami skal KON-2006 (ustalonymi na podstawie analizy rozkładów i metody ROC, więcej zob. [44–46]) przeprowadzono za pomocą jednozmiennowej analizy regresji logistycznej, gdzie współczynniki ORs oraz ich 95% przedziały ufności oszacowano z użyciem licencjonowanego oprogramowania STATISTICA. Ze względu na znaczną współliniowość (nadmiarowość wynikającą z interkorelacji podskal KON-2006) niemożliwe było przeprowadzenie wielozmiennowych analiz regresji logistycznej.

Dane socjodemograficzne badanej grupy pacjentów zawiera tabela 2.

Wyniki

Tabela 1. Rodzaj zaburzeń według ICD-10 i nasilenie objawów nerwicowych i globalnej dysfunkcji osobowości w ocenie kwestionariuszowej

Wyszczególnienie	Kobiety (n = 1694)	Mężczyźni (n = 756)
F44/45 Zaburzenia dysocjacyjne lub somatyzacyjne	9%	11%
F40/F41 Zaburzenia lękowe	37%	35%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

F60 Zaburzenia osobowości	33%	35%
F43 Reakcja na stres i zaburzenia adaptacyjne	10%*	7%*
F42 Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	3%***	6%***
F48 Neurastenia	1%***	4%***
F34 Dystymia	1%	1%
F50 Zaburzenia odżywiania się	5%***	0%***
Inne	1%	1%
Globalne nasilenie objawów (OWK) Średnia±odchylenie standardowe (mediana)	***366±152 (359)	***329±151 (315)
Globalna dezintegracja osobowości (XKON) Średnia±odchylenie standardowe (mediana)	36±23 (36)	35±24 (34)

Różnice istotne statystycznie oznaczono: * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$; OWK – ogólny wynik kwestionariusza KO „O”;

XKON – współczynnik dezintegracji osobowości mierzony kwestionariuszem KON-2006.

Tabela 2. Dane socjodemograficzne

Wyszczególnienie	Kobiety (n = 1694)	Mężczyźni (n = 756)
Wiek w latach Średnia±odchylenie standardowe (mediana)	29±8 (28)	30±8 (28)
Wykształcenie		
Brak/podstawowe	3%	4%
Średnie (w tym studenci)	57%	55%
Wyższe	40%	41%
Zatrudnienie		
Pracuje	46%**	52%**
Nie pracuje	54%**	48%**
w tym renta	1%*	2%*
studenci	37%	33%

Różnice istotne statystycznie oznaczono: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Za wartości potwierdzające z dużym prawdopodobieństwem obecność zaburzenia nerwicowego wraz z cechami osobowości nerwicowej przyjęto w wypadku kwestionariusza KO „O” dla kobiet 220 punktów, dla mężczyzn 181 punktów, oraz wynik kwestionariusza KON-2006 (współczynnik XKON) powyżej 18 punktów.

Tabela 3. Objawy częstomoczu i moczenia w grupie badanej

Objaw	Kobiety n = 1694	Mężczyźni n = 756	Kobiety BPZN n = 1120	Mężczyźni BPZN n = 495
Częstomocz – występowanie	**44%	**38%	47%	43%
Częstomocz – skrajne nasilenie	***12%	***6%	**14%	**9%
Moczenie – występowanie	3%	3%	4%	5%
Moczenie – skrajne nasilenie	0,5%	0,5%	0,5%	0,8%

Podgrupa oznaczona BPZN (bardzo prawdopodobne zaburzenia nerwicowe) – współczynnik OWK > 220 pkt dla K lub > 181 pkt dla M, a zarazem XKON >18 pkt. Różnice istotne statystycznie między kobietami i mężczyznami oznaczono: ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$; między grupami badaną a wyodrębnioną z niej grupą BPZN nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie.

W badanej grupie około 40% pacjentów, w tym istotnie więcej kobiet (44%) niż mężczyzn (38%), zgłaszało występowanie oraz skrajne nasilenie częstego oddawania moczu w okresie 7 dni przed badaniem kwestionariuszem (tab. 3). Nie stwierdzono różnic związanych z płcią dla objawu bezwiednego oddawania moczu. W grupie pacjentów z wynikami kwestionariuszy wskazującymi na wysokie prawdopodobieństwo zaburzenia nerwicowego odsetki nie różniły się istotnie od odsetków w grupie badanej, a proporcje odsetków między kobietami a mężczyznami w tej podgrupie były podobne.

Wyniki statystyk opisowych oraz porównania rozkładów wartości OWK, XKON oraz poszczególnych skal kwestionariusza KON-2006 w podgrupach kobiet i mężczyzn zgłaszających występowanie lub niezgłaszających występowania objawów z dolnego odcinka układu moczowego zawiera tabela 4, natomiast wyniki dla skrajnego nasilenia zawiera tabela 5.

Tabela 4. Profile osobowości w Kwestionariuszu Osobowości Nerwicowej KON-2006 oraz poziomy globalnego nasilenia objawów w kwestionariuszu KO „O” u pacjentów zgłaszających występowanie vs. niezgłaszających występowania objawów z dolnego odcinka układu moczowego

Wyszczególnienie	Częstomocz – występowanie				Moczenie – występowanie			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
SKALE KON-2006:	Tak (n = 736)	Nie (n = 958)	Tak (n = 284)	Nie (n = 472)	Tak (n = 51)	Nie (n = 1643)	Tak (n = 25)	Nie (n = 731)
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	***9,4±4,5 (10,0)	***8,7±4,8 (9,0)	**8,6±4,5 (8,0)	**7,6±4,6 (8,0)	ns 10,2±4,8 (11,0)	ns 9,0±4,7 (9,0)	**10,6±4,8 (11,0)	**7,9±4,5 (8,0)
2. Astenia	***10,2±2,9 (11,0)	***9,6±3,2 (11,0)	***10,0±3,4 (11,0)	***9,4±3,5 (11,0)	ns 10,6±2,7 (12,0)	ns 9,9±3,1 (11,0)	*11,2±2,2 (12,0)	*9,6±3,5 (11,0)
3. Negatywna samoocena	**6,2±3,6 (6,0)	**5,7±3,6 (5,0)	*5,4±3,5 (5,0)	*4,7±3,5 (4,0)	**7,2±3,2 (7,0)	**5,9±3,6 (6,0)	***7,1±3,8 (6,0)	***4,9±3,5 (4,0)
4. Impulsywność	*8,2±4,1 (8,0)	*7,7±4,0 (8,0)	***7,6±4,1 (7,0)	***6,5±3,9 (6,0)	ns 8,5±4,2 (9,0)	ns 7,9±4,1 (8,0)	***9,5±4,4 (10,0)	***6,8±4,0 (6,0)
5. Trudności podejmowania decyzji	*7,6±2,8 (8,0)	*7,3±2,8 (8,0)	ns 7,2±2,8 (8,0)	ns 7,0±2,9 (7,0)	ns 7,9±2,7 (9,0)	ns 7,4±2,8 (8,0)	ns 7,6±2,1 (8,0)	ns 7,1±2,9 (8,0)
6. Poczucie wyobcowania	***6,1±4,0 (6,0)	***5,5±3,9 (5,0)	ns 6,1±3,9 (6,0)	ns 5,7±3,8 (5,0)	***7,4±4,0 (7,0)	***5,7±3,9 (5,0)	***8,4±3,7 (9,0)	***5,7±3,8 (5,0)
7. Demobilizacja	***12,2±4,5 (13,0)	***11,4±4,6 (12,0)	***11,6±4,7 (12,0)	***10,6±4,6 (11,0)	ns 12,3±4,3 (12,0)	ns 11,7±4,6 (12,0)	*13,3±4,3 (14,0)	*10,9±4,6 (11,0)
8. Skłonność do ryzyka	ns 3,0±2,4 (3,0)	ns 3,0±2,5 (2,0)	ns 3,6±2,7 (3,0)	ns 3,6±2,8 (3,0)	ns 3,6±2,7 (3,0)	ns 3,0±2,4 (2,0)	ns 4,2±2,8 (3,0)	ns 3,6±2,8 (3,0)
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	ns 6,3±2,8 (6,0)	ns 6,2±2,7 (6,0)	ns 7,1±2,7 (7,0)	ns 7,1±2,7 (7,0)	ns 5,9±2,5 (6,0)	ns 6,3±2,7 (6,0)	ns 7,4±2,2 (7,0)	ns 7,1±2,7 (7,0)
10. Brak witalności	***11,9±3,7 (12,0)	***11,2±3,6 (11,0)	*11,7±3,6 (12,0)	*10,9±3,8 (11,0)	ns 12,1±3,8 (13,0)	ns 11,5±3,7 (12,0)	*13,0±3,2 (14,0)	*11,2±3,8 (11,0)
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	***9,2±3,9 (9,0)	***8,6±4,0 (9,0)	***8,7±4,3 (9,0)	***7,7±4,2 (8,0)	ns 9,7±3,9 (10,0)	ns 8,8±3,9 (9,0)	**10,3±3,6 (12,0)	**8,0±4,2 (8,0)
12. Poczucie braku wpływu	***5,3±3,2 (5,0)	***4,7±3,1 (4,0)	***5,2±3,5 (5,0)	***4,1±3,2 (3,0)	***6,4±3,4 (6,0)	***4,9±3,2 (5,0)	***6,8±4,1 (8,0)	***4,4±3,3 (4,0)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

13. Brak wewnątrzsterowności	***9,3±4,1 (9,0)	***8,6±4,3 (9,0)	*8,5±4,6 (8,0)	*7,7±4,4 (7,0)	ns 9,9±4,3 (10,0)	ns 8,9±4,2 (9,0)	***10,7±4,6 (11,0)	***7,9±4,4 (8,0)
14. Wyobraźnia, fantazjowanie	ns 6,5±2,9 (6,0)	ns 6,3±3,0 (6,0)	ns 6,7±3,0 (7,0)	ns 6,5±3,0 (6,0)	*7,4±3,0 (7,0)	*6,4±2,9 (6,0)	ns 7,5±3,2 (8,0)	ns 6,5±3,0 (6,0)
15. Poczucie winy	***7,6±2,8 (8,0)	***7,0±2,9 (8,0)	***7,1±3,1 (8,0)	***6,4±3,0 (7,0)	ns 7,9±2,3 (8,0)	ns 7,2±2,9 (8,0)	***8,4±2,6 (10,0)	***6,6±3,0 (7,0)
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	*6,2±2,9 (6,0)	*5,9±2,9 (6,0)	ns 6,5±2,8 (7,0)	ns 6,2±2,9 (6,0)	ns 6,9±3,0 (7,0)	ns 6,0±2,9 (6,0)	***7,9±2,5 (8,0)	***6,2±2,9 (6,0)
17. Zawiść	***4,5±3,0 (4,0)	***3,9±2,9 (3,0)	*4,8±3,1 (4,0)	*4,1±3,0 (3,0)	***6,0±3,2 (6,0)	***4,1±2,9 (4,0)	***6,2±3,0 (6,0)	***4,3±3,1 (4,0)
18. Postawa narostyczna	ns 2,8±2,5 (2,0)	ns 2,7±2,5 (2,0)	ns 3,8±2,9 (3,0)	ns 3,5±2,9 (3,0)	**3,8±3,1 (3,0)	**2,7±2,5 (2,0)	**5,0±2,9 (5,0)	**3,6±2,9 (3,0)
19. Poczucie zagrożenia	***6,0±3,1 (6,0)	***5,4±3,1 (5,0)	***5,8±3,2 (5,0)	***4,8±2,9 (4,0)	***7,5±3,1 (7,0)	***5,6±3,1 (5,0)	**7,2±3,7 (7,0)	**5,1±3,0 (5,0)
20. Egzaltacja	***9,7±2,4 (10,0)	***9,1±2,4 (9,0)	***8,2±2,8 (8,0)	***7,4±2,9 (8,0)	***10,5±2,1 (11,0)	***9,3±2,4 (10,0)	***9,6±2,5 (10,0)	***7,7±2,9 (8,0)
21. Irracjonalność	***4,7±2,2 (5,0)	***4,4±2,1 (4,0)	***4,2±2,3 (4,0)	***3,6±2,2 (4,0)	***5,7±2,0 (6,0)	***4,5±2,1 (5,0)	ns 4,8±2,7 (5,0)	ns 3,8±2,2 (4,0)
22. Drobiazgowość	*4,1±2,0 (4,0)	*3,9±1,9 (4,0)	***4,5±2,1 (4,0)	***4,0±2,2 (4,0)	*4,6±2,0 (5,0)	*4,0±2,0 (4,0)	ns 4,9±1,9 (6,0)	ns 4,2±2,2 (4,0)
23. Rozpamiętywanie	*8,0±1,8 (8,0)	*7,8±1,9 (8,0)	***7,7±2,1 (8,0)	***7,2±2,2 (8,0)	ns 8,3±1,7 (9,0)	ns 7,9±1,9 (8,0)	ns 8,0±2,1 (8,0)	ns 7,4±2,2 (8,0)
24. Poczucie przeciążenia	*5,1±2,0 (5,0)	*4,9±2,0 (5,0)	ns 4,9±2,0 (5,0)	ns 4,8±2,1 (5,0)	ns 5,3±1,9 (6,0)	ns 5,0±2,0 (5,0)	ns 5,3±2,0 (5,0)	ns 4,9±2,1 (5,0)
Współczynnik XKON	***38,8±22,9 (38,5)	***34,4±22,6 (34,0)	***39,4±24,1 (40,0)	***32,7±22,9 (30,6)	***46,5±23,5 (48,0)	***36,0±22,8 (36,0)	***50,7±22,3 (51,3)	***34,7±23,5 (34,0)
Współczynnik OWK	***422±151 (420)	***322±137 (318)	***398±154 (388)	***288±134 (279)	***497±143 (499)	***361±150 (355)	***511±201 (497)	***323±145 (311)

W tabeli zamieszczonego średnią±odchylenie standardowe, w nawiasie medianę. Istotności różnic oznaczono: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,005.

Z tabeli 4 wynika, że u kobiet dla niemal wszystkich skal kwestionariusza KON-2006 (poza czterema: 8. Skłonność do ryzyka; 9. Trudności w relacjach emocjonalnych; 14. Wyobraźnia, fantazjowanie i 18. Postawa narcystyczna) stwierdzono istotnie statystycznie wyższe wartości w grupie zgłaszających występowanie częstego oddawania moczu. W grupie mężczyzn jeszcze cztery inne skale nie wykazywały różnic rozkładów wartości zależnych od występowania częstomoczku (5. Trudności podejmowania decyzji; 6. Poczucie wyobcowania; 16. Trudności w relacjach interpersonalnych i 24. Poczucie przeciążenia). Również globalne nasilenie objawów (OWK) oraz globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (XKON) były istotnie wyższe w grupach kobiet i mężczyzn zgłaszających konieczność częstego oddawania moczu.

Dla występowania objawu moczenia stwierdzono, zarówno w wypadku kobiet, jak i mężczyzn, istotnie wyższe wartości skal: 3. Negatywna samoocena; 4. Impulsywność; 6. Poczucie wyobcowania; 12. Poczucie braku wpływu; 17. Zawieść; 18. Postawa narcystyczna; 19. Poczucie zagrożenia; 20. Egzaltacja oraz dla współczynnika globalnej dezintegracji nerwicowej (XKON) i globalnego nasilenia objawów (OWK).

Dla występowania objawu moczenia istotnych statystycznie różnic nie stwierdzono tylko w grupie kobiet w odniesieniu do skal: 1. Poczucie uzależnienia od otoczenia; 2. Astenia; 4. Impulsywność; 7. Demobilizacja; 10. Brak witalności; 11. Przekonanie o niezaradności życiowej; 13. Brak wewnątrzsterowności; 15. Poczucie winy i 16. Trudności w relacjach interpersonalnych. Tylko w grupie mężczyzn nie różniły się rozkłady wyników skal: 14. Wyobraźnia, fantazjowanie; 21. Irracjonalność i 22. Drobiazgowość. Ani w grupie mężczyzn, ani w grupie kobiet nie stwierdzono istotnych różnic dla skal: 5. Trudności podejmowania decyzji; 8. Skłonność do ryzyka; 9. Trudności w relacjach emocjonalnych; 23. Rozpamiętywanie; 24. Poczucie przeciążenia.

Z tabeli 5 wynika natomiast, że w grupach kobiet i mężczyzn zgłaszających skrajne nasilenie objawu częstego oddawania moczu zarówno globalne nasilenie objawów (OWK), jak i globalne nasilenie nerwicowych zaburzeń osobowości (XKON) oraz znaczna większość skal KON-2006 przyjmują istotnie wyższe wartości niż w grupach niezgłaszających tego objawu.

Tabela 5. Profile osobowości w Kwestionariuszu Osobowości Nerwicowej KON-2006 oraz poziomy globalnego nasilenia objawów w kwestionariuszu KO „O” u pacjentów zgłaszających skrajnie nasilone objawy z dolnego odcinka układu moczowego vs. ich niezgłaszających

Wyszczególnienie	Skrajnie nasilony zespółmocz		Skrajnie nasilone moczenie	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
SKALE KON-2006:	Tak (n = 201)	Tak (n = 49)	Tak (n = 1686)	Tak (n = 4)
	Nie (n = 1493)	Nie (n = 707)	Nie (n = 1686)	Nie (n = 752)
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	*9,8±4,3 (11,0)	**9,8±4,7 (10,0)	ns 8,8±3,9 (9,5)	ns 11,3±4,7 (10,5)
2. Astenia	***10,9±2,4 (12,0)	***11,0±2,8 (12,0)	ns 9,3±3,6 (10,0)	ns 11,3±0,5 (11,0)
3. Negatywna samoocena	***7,0±3,6 (7,0)	**5,8±3,6 (6,0)	ns 7,0±3,9 (8,0)	ns 5,0±3,5 (5,0)
4. Impulsywność	***9,0±4,1 (10,0)	***7,8±4,0 (8,0)	ns 8,5±5,1 (9,0)	*11,5±1,3 (11,5)
5. Trudności podejmowania decyzji	ns 7,5±2,8 (8,0)	ns 7,5±2,3 (8,0)	*4,9±2,8 (4,0)	ns 8,3±2,2 (8,0)
6. Poczucie wyobcowania	***6,9±4,0 (7,0)	***7,6±4,0 (8,0)	ns 6,4±4,8 (6,0)	ns 8,0±3,6 (8,5)
7. Demobilizacja	***13,2±4,3 (13,0)	***13,2±4,2 (14,0)	ns 9,6±4,1 (9,0)	ns 15,0±4,7 (15,5)
8. Skłonność do ryzyka	ns 3,0±2,3 (3,0)	ns 3,9±3,1 (3,0)	* 5,6±3,2 (5,0)	ns 3,8±2,2 (3,0)
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	ns 6,3±2,6 (6,0)	ns 7,5±2,3 (8,0)	* 6,3±2,7 (6,0)	ns 7,1±2,7 (7,0)
10. Brak witalności	***12,3±3,6 (12,0)	***11,4±3,7 (13,0)	ns 10,1±3,3 (10,0)	ns 12,0±2,2 (11,5)
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	***9,6±3,6 (10,0)	***9,7±4,2 (11,0)	ns 7,5±4,2 (7,0)	ns 11,5±1,7 (11,5)
12. Poczucie braku wpływu	***5,6±3,2 (5,0)	***6,6±3,9 (6,0)	ns 5,4±2,6 (6,0)	ns 6,3±6,1 (6,5)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

13. Brak wewnątrzsterowności	*9,5±3,9 (10,0)	*8,8±4,3 (9,0)	***10,2±4,2 (11,0)	***7,8±4,5 (7,0)	ns 7,4±3,0 (9,0)	ns 8,9±4,2 (9,0)	ns 12,3±4,4 (12,0)	ns 8,0±4,6 (8,0)
14. Wyobraźnia, fantazjowanie	ns 6,7±2,8 (7,0)	ns 6,4±2,9 (6,0)	***7,8±2,3 (8,0)	***6,5±3,1 (6,0)	ns 6,5±3,9 (6,0)	ns 6,4±2,9 (6,0)	ns 7,8±2,5 (7,5)	ns 6,5±3,0 (7,0)
15. Poczucie winy	***7,9±2,6 (9,0)	***7,2±2,9 (8,0)	***7,7±2,9 (8,0)	**6,6±3,0 (7,0)	ns 6,4±2,4 (6,0)	ns 7,3±2,9 (8,0)	ns 8,8±3,2 (10,0)	ns 6,6±3,0 (7,0)
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	***6,7±2,9 (7,0)	**6,0±2,9 (6,0)	*7,3±2,9 (8,0)	*6,2±2,8 (6,0)	ns 5,0±3,7 (4,0)	ns 6,1±2,9 (6,0)	*9,0±0,8 (9,0)	*6,3±2,9 (6,0)
17. Zawzięć	***5,3±3,2 (5,0)	***4,1±2,9 (4,0)	***5,9±3,4 (6,0)	***4,2±3,0 (4,0)	ns 4,4±2,6 (4,0)	ns 4,2±3,0 (4,0)	ns 6,5±3,5 (6,5)	ns 4,3±3,1 (5,0)
18. Postawa narcystyczna	** 3,3±2,9 (3,0)	** 2,7±2,5 (2,0)	***5,1±3,3 (5,0)	***3,5±2,9 (3,0)	ns 3,0±2,6 (2,0)	ns 2,7±2,5 (2,0)	ns 5,0±1,8 (5,0)	ns 3,6±2,9 (3,0)
19. Poczucie zagrożenia	***6,7±3,3 (7,0)	***5,5±3,1 (5,0)	***7,0±3,8 (7,0)	***5,1±3,0 (5,0)	*7,8±2,7 (8,0)	*5,7±3,1 (5,0)	ns 6,5±4,4 (5,5)	ns 5,2±3,1 (5,0)
20. Egzaltacja	***10,1±2,3 (11,0)	***9,2±2,4 (10,0)	***8,9±3,2 (10,0)	***7,7±2,9 (8,0)	ns 9,9±2,5 (10,0)	ns 9,3±2,4 (10,0)	ns 9,3±3,9 (10,0)	ns 7,7±2,9 (8,0)
21. Irracjonalność	ns 4,6±2,3 (5,0)	ns 4,5±2,1 (5,0)	ns 4,4±2,4 (5,0)	ns 3,8±2,2 (4,0)	***6,8±2,0 (7,0)	***4,5±2,1 (5,0)	ns 5,8±2,2 (6,0)	ns 3,8±2,3 (4,0)
22. Drobiazgowość	*4,3±1,9 (4,0)	*4,0±2,0 (4,0)	ns 4,5±2,2 (4,0)	ns 4,2±2,1 (4,0)	ns 3,4±2,2 (4,0)	ns 4,0±1,9 (4,0)	ns 4,5±2,1 (4,5)	ns 4,2±2,2 (4,0)
23. Rozpamiętywanie	*8,2±1,7 (9,0)	*7,9±1,9 (8,0)	*7,9±2,2 (8,0)	*7,4±2,2 (8,0)	ns 7,0±2,1 (7,0)	ns 7,9±1,9 (8,0)	ns 7,8±1,3 (8,0)	ns 7,4±2,2 (8,0)
24. Poczucie przeciążenia	ns 5,2±1,9 (5,0)	ns 4,9±2,0 (5,0)	**5,6±1,5 (5,0)	**4,8±2,1 (5,0)	ns 4,6±1,6 (5,0)	ns 5,0±2,0 (5,0)	ns 5,3±2,8 (5,5)	ns 4,9±2,1 (5,0)
Współczynnik XKON	***43,0±23,3 (43,7)	***35,4±22,6 (35,3)	***49,9±23,8 (52,0)	***34,2±23,2 (33,6)	ns 31,3±23,1 (25,1)	ns 36,3±22,9 (36,0)	ns 53,7±17,8 (52,5)	ns 35,1±23,6 (34,0)
Współczynnik OWK	***480±148 (476)	***350±146 (345)	***500±164 (508)	***317±143 (305)	**510±122 (530)	**365±152 (358)	ns 466±243 (389)	ns 329±150 (340)

W tabeli zamieszczono średnią±odchylenie standardowe, w nawiasie medianę. Istotności różnic oznaczono: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,005$.

Odrębnie dla grup kobiet i mężczyzn, w całej grupie, a następnie w podgrupach z wynikami kwestionariuszy wskazującymi na wysokie prawdopodobieństwo obecności zaburzenia nerwicowego wykonano jednozmienną analizę regresji logistycznej oszacowania współwystępowania wartości skal kwestionariusza KON-2006 uznanych za patologiczne z obecnością objawów częstomoczu oraz moczenia (tab. 6), w dalszej kolejności zaś z obecnością tych objawów w skrajnym nasileniu (odpowiedź „c”) (tab. 7).

Tabela 6. Wyniki jednozmiennych analiz regresji logistycznej u kobiet i mężczyzn – występowanie objawów

OBJAWY:	132. Częstomocz		111. Moczenie	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	***1,44 (1,16; 1,80)	***2,02 (1,25; 3,26)	ns 1,38 (0,70; 2,71)	ns 1,82 (0,42; 7,88)
2. Astenia	***1,42 (1,11; 1,81)	ns 1,45 (0,95; 2,23)	ns 1,70 (0,76; 3,80)	niepoliczalne
3. Negatywna samoocena	*1,30 (1,02; 1,66)	*1,43 (1,03; 1,98)	*3,10 (1,11; 8,67)	3,22 (0,95; 10,89)
4. Impulsywność	ns 1,12 (0,89; 1,41)	*1,50 (1,09; 2,07)	ns 0,93 (0,49; 1,76)	ns 2,70 (0,91; 7,95)
5. Trudności podejmowania decyzji	ns 1,11 (0,88; 1,38)	ns 1,07 (0,79; 1,45)	ns 1,12 (0,56; 2,14)	ns 1,02 (0,41; 2,53)
6. Poczucie wyobcowania	ns 1,24 (0,99; 1,55)	ns 1,28 (0,91; 1,81)	*2,29 (1,02; 5,12)	*8,49 (1,14; 63,37)
7. Demobilizacja	***1,44 (1,12; 1,83)	*1,56 (1,10; 2,23)	ns 1,95 (0,82; 4,61)	ns 3,98 (0,93; 17,09)
8. Skłonność do ryzyka	ns 0,95 (0,77; 1,17)	ns 0,91 (0,65; 1,27)	ns 0,58 (0,29; 1,13)	*0,23 (0,05; 0,98) <u>*0,18 (0,04; 0,78)</u>
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	ns 0,95 (0,78; 1,15)	ns 1,09 (0,81; 1,46)	ns 0,79 (0,45; 1,39)	ns 1,04 (0,47; 2,31)
10. Brak witalności	*1,36 (1,07; 1,72)	ns 1,27 (0,90; 1,79)	ns 1,17 (0,58; 2,35)	ns 2,59 (0,77; 8,78)
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	***1,53 (1,17; 2,00)	*1,52 (1,06; 2,17)	ns 1,47 (0,62; 3,49)	*7,84 (1,05; 58,56)
12. Poczucie braku wpływu	***1,41 (1,13; 1,77)	***1,77 (1,31; 2,39)	ns 2,24 (0,99; 5,01)	ns 2,25 (0,93; 5,46)
13. Brak wewnątrzsterowności	***1,49 (1,19; 1,88)	ns 1,29 (0,92; 1,83)	ns 1,52 (0,73; 3,15)	ns 4,07 (0,95; 17,46)
14. Wyobraźnia, fantazjowanie	ns 1,10 (0,90; 1,33)	ns 1,19 (0,88; 1,62)	ns 1,62 (0,88; 2,98)	ns 1,63 (0,67; 3,97)
15. Poczucie winy	**1,35 (1,08; 1,68)	ns 1,39 (0,99; 1,96)	ns 1,89 (0,88; 4,07)	ns 2,71 (0,80; 9,15)
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	*1,27 (1,05; 1,55)	ns 1,23 (0,91; 1,67)	ns 1,83 (0,99; 3,37)	*3,57 (1,21; 10,53)
17. Zawiść	***1,54 (1,26; 1,90) <u>***1,59 (1,16; 2,17)</u>	*1,43 (1,03; 1,98)	***3,33 (1,49; 7,45)	*5,48 (1,28; 20,51)
18. Postawa narcystyczna	ns 1,03 (0,77; 1,37)	ns 0,94 (0,66; 1,33)	*1,99 (1,03; 3,86)	ns 1,61 (0,68; 3,81)
19. Poczucie zagrożenia	***1,52 (1,19; 2,01)	***1,72 (1,25; 2,37)	niepoliczalne	ns 2,12 (0,78; 5,72)
20. Egzaltacja	***1,53 (1,24; 1,89)	ns 1,36 (0,99; 1,87)	**3,15 (1,41; 7,05)	*3,67 (1,09; 12,42)
21. Irracjonalność	ns 1,21 (0,98; 1,49)	*1,42 (1,05; 1,91) <u>*1,54 (1,07; 2,21)</u>	**3,07 (1,37; 6,86) <u>*3,29 (1,28; 8,43)</u>	ns 1,72 (0,77; 3,82)
22. Drobiazgowość	ns 1,22 (0,98; 1,53)	**1,63 (1,14; 2,33)	ns 2,15 (0,96; 4,81)	ns 1,77 (0,60; 5,22)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

23. Rozpamiętywanie	ns 1,12 (0,92; 1,37)	***1,58 (1,17; 2,14)	ns 1,79 (0,93; 3,45)	ns 2,06 (0,85; 5,00)
24. Poczucie przeciężenia	ns 1,19 (0,98; 1,45)	ns 1,31 (0,93; 1,85)	ns 1,55 (0,87; 2,71)	ns 1,84 (0,62; 5,45)

Istotność statystyczna: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$; ns – brak istotności statystycznej. Dodano (oznaczone podkreśleniem) wyniki dla subanaliz dla podgrupy pacjentów z wysokim prawdopodobieństwem zaburzenia nerwicowego.

Jak wynika z tabeli 6, w grupie kobiet dla występowania objawu częstego oddawania moczu stwierdzono istotne statystycznie powiązania z 13 skalami KON-2006, jednakże wartości współczynników OR były względnie niskie (1,27–1,54), najwyższe dla skal: 17. Zawieść (OR = 1,54; w grupie wyselekcjonowanej OR = 1,59); 11. Przekonanie o niezaradności życiowej (OR = 1,53); 19. Poczucie zagrożenia (OR = 1,52) i 20. Egzaltacja (OR = 1,53).

W grupie mężczyzn częstomocz wiązał się istotnie z 11 skalami, przy czym poza skalą 1. Poczucie uzależnienia od otoczenia (OR = 2,02) współczynniki ilorazów szans były dość niskie (OR 1,43–1,77), najwyższe dla skal: 12. Poczucie braku wpływu (OR = 1,77) i 19. Poczucie zagrożenia (OR = 1,72). Ponadto dla skali 21. Irracjonalność współczynnik OR wyniósł 1,42, a w grupie wyselekcjonowanej 1,54.

Skalami wspólnymi w grupie kobiet i mężczyzn pod względem powiązania z występowaniem częstomoczu były skale: 1. Poczucie uzależnienia od otoczenia; 3. Negatywna samoocena; 7. Demobilizacja; 11. Przekonanie o niezaradności życiowej; 12. Poczucie braku wpływu; 17. Zawieść oraz 19. Poczucie zagrożenia.

Dla objawu moczenia w grupie kobiet stwierdzono istotne statystycznie powiązania dla mniejszej liczby skal niż dla objawu częstomoczu, były one jednak silniejsze: 17. Zawieść (OR = 3,33); 20. Egzaltacja (OR = 3,15); 3. Negatywna samoocena (OR = 3,10); 21. Irracjonalność (OR = 3,07; w grupie wyselekcjonowanej OR = 3,29); 6. Poczucie wyobcowania (OR = 2,29) i 18. Postawa narcystyczna (OR = 1,99).

W grupie mężczyzn powiązania z występowaniem objawu moczenia były jeszcze silniejsze – współczynniki OR mieściły się w zakresie 3,57–8,49 odpowiednio dla skal: 6. Poczucie wyobcowania (OR = 8,49); 11. Przekonanie o niezaradności życiowej (OR = 7,84); 17. Zawieść (OR = 5,48); 20. Egzaltacja (OR = 3,67) i 16. Trudności w relacjach interpersonalnych (OR = 3,57). Dla skali 8. Skłonność do ryzyka powiązanie było odwrotne: OR = 0,23 (w grupie wyselekcjonowanej powiązanie to wyniosło 0,18).

Wspólne dla kobiet i mężczyzn pod względem powiązania z występowaniem objawu moczenia były trzy skale: 6. Poczucie wyobcowania; 17. Zawieść i 20. Egzaltacja. Dla skali 3. Negatywna samoocena współczynnik OR był wprawdzie nieistotny, ale wskazywał na trend analogiczny jak dla pozostałych objawów z dolnego odcinka układu moczowego: OR = 3,22 (0,95; 10,89).

Wyniki subanalizy przeprowadzonej dla grupy pacjentów z wysokim prawdopodobieństwem zaburzenia nerwicowego (istotne statystycznie współczynniki zaznaczone podkreśleniem) wskazują na dodatkowe potwierdzenie powiązania występowania objawu częstomoczu u kobiet ze skalą 17. Zawieść, u mężczyzn zaś ze skalą 21. Irracjonalność, natomiast objawu moczenia również ze skalą 21. Irracjonalność, a także (odwrotnie) ze skalą 8. Skłonność do ryzyka (OR = 0,23 i OR = 0,18).

Tabela 7. Wyniki jednozmiennych analiz regresji logistycznej u kobiet i mężczyzn – skrajne nasilenie objawów

OBJAWY: SKALE KON-2006	132. Częstomocz		111. Moczienie	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	***1,90 (1,30; 2,78)	ns 3,87 (0,92; 16,23)	ns 1,13 (0,22; 5,84)	Niepoliczalne
2. Astenia	***2,35 (1,48; 3,71)	ns 2,10 (0,74; 5,95)	ns 0,44 (0,11; 1,86)	Niepoliczalne
3. Negatywna samoocena	***2,26 (1,43; 3,59)	*2,29 (1,05; 4,96)	ns 1,81 (0,22; 14,75)	Niepoliczalne
4. Impulsywność	*1,53 (1,05; 2,23)	ns 2,03 (0,99; 4,14)	ns 0,53 (0,13; 2,22)	Niepoliczalne
5. Trudności podejmowania decyzji	ns 0,98 (0,70; 1,38)	ns 1,47 (0,78; 2,79)	**0,11 (0,02; 0,56) <u>*0,13 (0,02; 0,76)</u>	ns 1,73 (0,18; 16,78)
6. Poczucie wyobcowania	*1,61 (1,11; 2,33) <u>*2,03 (1,01; 4,11)</u>	*2,56 (1,07; 6,12)	ns 1,07 (0,20; 5,77)	Niepoliczalne
7. Demobilizacja	***2,38 (1,49; 3,80)	***5,51 (1,69; 17,98)	ns 0,77 (0,15; 3,81)	Niepoliczalne
8. Skłonność do ryzyka	ns 0,80 (0,58; 1,11)	ns 1,10 (0,58; 2,08)	niepoliczalne	Niepoliczalne
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	ns 0,93 (0,69; 1,25)	ns 1,42 (0,79; 2,54)	ns 0,81 (0,02; 1,42)	ns 3,41 (0,35; 33,04)
10. Brak witalności	*1,57 (1,06; 2,33)	ns 1,83 (0,84; 3,98)	ns 0,85 (0,17; 4,22)	Niepoliczalne
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	**1,98 (1,21; 3,24)	ns 1,96 (0,86; 4,45)	ns 0,58 (0,12; 2,89)	Niepoliczalne
12. Poczucie braku wpływu	ns 1,41 (0,98; 2,03)	***2,97 (1,43; 5,45)	ns 2,45 (0,30; 19,97)	ns 0,85 (0,12; 6,09)
13. Brak wewnątrzsterowności	*1,49 (1,02; 2,17)	*2,58 (1,08; 6,16)	ns 0,96 (0,03; 30,22)	Niepoliczalne
14. Wyobraźnia, fantazjowanie	ns 1,25 (0,92; 1,70)	***3,42 (1,58; 7,41)	ns 0,66 (0,17; 2,67)	ns 1,88 (0,19; 18,26)
15. Poczucie winy	*1,51 (1,04; 2,18)	*2,71 (1,13; 6,48)	ns 0,58 (0,14; 2,42)	ns 1,08 (0,11; 10,40)
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	***1,66 (1,22; 2,27) <u>*1,68 (1,10; 2,57)</u>	*2,39 (1,20; 4,76)	ns 0,75 (0,19; 3,02)	Niepoliczalne
17. Zawiść	***1,86 (1,31; 2,62) <u>***2,28 (1,31; 3,98)</u>	*2,47 (1,14; 5,36)	ns 3,62 (0,44; 29,59)	Niepoliczalne
18. Postawa narcystyczna	*1,56 (1,06; 2,29) <u>*1,54 (1,03; 2,31)</u>	*2,07 (1,13; 3,80)	ns 2,11 (0,42; 10,53)	Niepoliczalne
19. Poczucie zagrożenia	*1,64 (1,05; 2,57)	ns 1,86 (0,93; 3,70)	niepoliczalne	ns 0,52 (0,07; 3,70)
20. Egzaltacja	***1,64 (1,17; 2,31)	ns 1,23 (0,65; 2,33)	ns 1,47 (0,30; 7,32)	ns 1,46 (0,15; 14,17)
21. Irracjonalność	ns 1,02 (0,69; 1,50)	ns 1,68 (0,94; 3,00)	ns 3,34 (0,41; 27,25)	ns 4,70 (0,49; 35,55)
22. Drobiazgowość	ns 1,26 (0,89; 1,80)	ns 1,02 (0,52; 2,03)	ns 0,56 (0,13; 2,34)	ns 0,99 (0,17; 5,94)
23. Rozpamiętywanie	ns 1,19 (0,87; 1,62)	***2,87 (1,44; 5,72)	ns 0,32 (0,08; 1,36)	ns 2,36 (0,24; 22,87)
24. Poczucie przeciążenia	ns 1,14 (0,85; 1,54)	***5,68 (1,74; 18,50) <u>*5,46 (1,29; 23,02)</u>	ns 0,45 (0,09; 2,25)	ns 1,04 (0,11; 9,76)

Istotność statystyczna: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$; ns – brak istotności statystycznej. Dodano (oznaczone podkreśleniem) wyniki dla subanaliz dla podgrupy pacjentów z wysokim prawdopodobieństwem zaburzenia nerwicowego.

Jak wynika z tabeli 7, dla skrajnego nasilenia częstomoczu w grupie kobiet stwierdzono najsilniejsze ($OR > 2,00$) powiązania ze skalami: 7. Demobilizacja ($OR = 2,38$); 2. Astenia ($OR = 2,35$) oraz 3. Negatywna samoocena ($OR = 2,26$). Ponadto istotne słabsze powiązania ($OR 1,49-1,98$) stwierdzono także z 12 innymi skalami KON-2006. Warto zauważyć statystycznie istotne (a niekiedy nawet silniejsze niż w całej grupie) powiązania w grupie wyselekcjonowanej dla skal: 6. Poczucie wyobcowania ($OR = 1,61$; w grupie wyselekcjonowanej $OR = 2,03$); 16. Trudności w relacjach interpersonalnych ($OR = 1,66$; $OR = 1,68$); 17. Zawiść ($OR = 1,86$; $OR = 2,28$) i 18. Postawa narcystyczna ($OR = 1,56$ i $OR = 1,54$).

W grupie mężczyzn natomiast najsilniejsze i istotne statystycznie ($OR > 2,50$) powiązania skrajnie nasilonego częstomoczu współwystępowały z patologicznymi wartościami skal: 24. Poczucie przeciążenia ($OR = 5,68$; dla tej skali nawet w grupie wyselekcjonowanej nadal współczynnik OR wynosił $5,46$); 7. Demobilizacja ($OR = 5,51$); 14. Wyobraźnia, fantazjowanie ($OR = 3,42$); 12. Poczucie braku wpływu ($OR = 2,97$); 23. Rozpamiętywanie ($OR = 2,87$); 15. Poczucie winy ($OR = 2,71$); 13. Brak wewnątrzsterowności ($OR = 2,58$); 6. Poczucie wyobcowania ($OR = 2,56$); ponadto dla 4 innych skal OR wyniosło od $2,00$ do $2,47$. Wspólnymi dla kobiet i mężczyzn istotnymi powiązaniem były dla skrajnego nasilenia częstomoczu skale: 3. Negatywna samoocena; 6. Poczucie wyobcowania; 7. Demobilizacja; 13. Brak wewnątrzsterowności; 15. Poczucie winy; 16. Trudności w relacjach interpersonalnych; 17. Zawiść oraz 18. Postawa narcystyczna.

Wyniki subanalizy przeprowadzonej dla grupy pacjentów z wysokim prawdopodobieństwem zaburzenia nerwicowego (istotne statystycznie współczynniki zaznaczone podkreśleniem) wskazują na dodatkowe potwierdzenie powiązania skrajnego nasilenia częstomoczu ze skalami: 17. Zawiść; 16. Trudności w relacjach interpersonalnych i 18. Postawa narcystyczna u kobiet oraz u mężczyzn – 24. Poczucie przeciążenia.

Dla skrajnie uciążliwego objawu moczenia (przy zastrzeżeniu niewielkiej liczebności takich odpowiedzi) stwierdzono istotne statystycznie odwrotne powiązanie – tylko w grupie kobiet – ze skalą: 5. Trudności podejmowania decyzji ($OR = 0,11$; w grupie wyselekcjonowanej $OR = 0,13$). Nie stwierdzono żadnych powiązań dla grupy mężczyzn.

Dyskusja

Wyniki niniejszej pracy pozwalają przypuszczać, że zgłaszanie wyodrębnionych objawów ze strony układu moczowego łączy się z większym nasileniem nerwicowych zaburzeń osobowości (opisywanych przez współczynnik X-KON, tab. 4). Jednocześnie występowanie częstomoczu, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, jest objawem związanym mniej specyficznie z profilem nerwicowych zaburzeń osobowości – w analizie rozkładów wyników surowych wiąże się z istotnie wyższymi wartościami większości skal KON, a ponadto wartości patologiczne skal KON-2006 wiążą się z tym objawem z wprawdzie istotnymi współczynnikami ilorazów szans (OR), ale wynoszącymi tylko $1,30-1,60$. Skrajne nasilenie (uciążliwość oznaczana przez pacjentów jako odpowiedź „c”) tego samego objawu częstomoczu wydaje się już stanem innego rodzaju – łączącym

się ze znacznie wyższymi prawdopodobieństwami wystąpienia niektórych zaburzonych cech osobowości nerwicowej (współczynniki OR przekraczają wówczas 2,20 albo są nawet wyższe). Interesujące są także pojawiające się wtedy pewne odmienności owych powiązań w grupach kobiet i mężczyzn.

Znacznie rzadszy objaw, jakim jest moczenie, okazuje się istotnie (co do występowania) powiązany z mniejszą liczbą skal KON-2006, ale za to z wysokimi współczynnikami ilorazów szans (liczne OR > 3,00). Niestety potencjalnie interesujące wyniki dotyczące skrajnie nasilonego moczenia w badanej grupie muszą być traktowane ostrożnie z powodu skrajnie niskiej liczebności kobiet ($n = 8$) i mężczyzn ($n = 4$) wybierających odpowiedź „c”, co właściwie pozwala tylko na wyodrębnienie słabego hipotetycznego powiązania nasilonego moczenia u kobiet z niewystępowaniem u nich patologicznych wartości skali „Trudności podejmowania decyzji” (skala opisuje dostrzeganie swoich trudności przy podejmowaniu decyzji, skłonności do wahania, rozważania, unikania okazywania inicjatywy, zatem takich cech badane pacjentki praktycznie nie miałyby w zakresie uznawanym przez autorów testu za patologiczny). Trudno na podstawie tak nielicznej grupy zgłaszającej skrajne nasilenie tego objawu stawiać jakiegokolwiek hipotezy o charakterze tego powiązania.

Wyniki analiz pokazujące powiązanie prawdopodobnie całkowicie psychogennych dolegliwości (pacjenci podczas kwalifikacji do leczenia przechodzą podstawowy wywiad lekarski) z dolnego odcinka układu moczowego z globalnym nasileniem zaburzeń nerwicowych oraz z globalnym nasileniem neurotycznych zaburzeń osobowości zgadzają się z naszymi przewidywaniami, ale znacznie bardziej interesujące wydają się szczegółowe powiązania wykryte między wartościami skal KON-2006 a występowaniem objawów. Najlepszy obraz w tym zakresie wyników zapewniają nie porównania rozkładów wartości skal zawarte w tabelach 4 i 5 (z oczywistych względów odnoszące się do mało czytelnych „uśrednień grupowych”), lecz powiązania między nieprawidłowymi wartościami skal KON-2006 (określonymi m.in. drogą analiz ROC prowadzonych podczas konstrukcji kwestionariusza) a występowaniem i nasileniem objawów zawarte w tabelach 6 i 7. Pozwalają one bowiem na określenie ilorazów szans współwystępowania dolegliwości i nieprawidłowych cech/aspektów osobowości nerwicowej i zamiast samego opierania się na rozkładach wartości surowych skal dostarczają informacji o zindywidualizowanych, także stosunkowo rzadkich, powiązaniach objaw–cecha.

Obserwacje te wysuwają na pierwszy plan – w odniesieniu do obu objawów zarówno w zakresie ich występowania (odpowiedzi „a”, „b” lub „c”), jak i skrajnego, maksymalnie uciążliwego nasilenia (odpowiedź „c”; skala ta nawet dla rzadkiego w badanej grupie, skrajnego nasilenia moczenia wydaje się wiązać z trendem na granicy istotności statystycznej) – negatywną samoocenę (skala KON-2006 o takiej nazwie określa postrzeganie samego siebie przez pacjenta jako osoby nieatrakcyjnej, bezwartościowej, niezadowolonej z siebie [44–46]). Negatywna samoocena oraz poczucie gorszości są, jak już wspomniano, typowymi elementami obrazu przeżywania siebie przez pacjentów z objawami z dolnego odcinka układu moczowego.

Drugą cechą wyraźnie powiązaną z obydwoma objawami jest zawiść – w skali „Zawiść” zawarta jest wyrażona przez pacjenta tendencja do przeżywania frustracji

wywołanej sukcesami innych oraz ich deprecjonowania. Może się ona łączyć z przeżywaniem frustracji z powodu niedojrzałości, wspomnianego poczucia gorszości, hipotetycznie – braku stosownej do wieku separacji-indywidualizacji. Symbolika oddawania moczu pozwala zresztą na skojarzenia i interpretacje w kategoriach zawiści i wrogości oraz rywalizacji.

Dla występowania częstomoczu z profilu KON-2006 wyodrębniono głównie cztery skale o podobnej treści: „Poczucie uzależnienia od otoczenia” (tendencja osoby badanej do postrzegania siebie jako osoby zależnej, podporządkowującej się innym, ustępliwej, nieumiejącej odmawiać, uzależniającej swoje opinie i działanie od osób z otoczenia i krytycznie odnoszącej się do tych swoich cech), „Demobilizacja” (przeżywanie utraty nadziei i zmniejszenia się dynamiki życiowej, obawianie się nowych wyzwań i sytuacji, poczucie zmęczenia, niezadowolenia z siebie), „Przekonanie o niezaradności życiowej” (postrzeganie siebie jako osoby mało stanowczej, nieporadnej, niedążącej do osiągania swoich celów, łatwo dezorganizującej się i wycofującej w sytuacjach spiętrzenia trudności), „Poczucie braku wpływu” (obraz siebie jako osoby zależnej od okoliczności, sił wyższych, wydarzeń losowych i innych ludzi oraz ponoszącej z tego powodu rozmaite szkody), prawdopodobnie powiązane z depresyjnymi, unikającymi, być może także pourazowymi aspektami przeżywania pacjentów.

Występowanie objawu moczenia u kobiet i mężczyzn wiązało się z nieprawidłowymi wartościami dwóch skal: „Poczucie wyobcowania” (postrzeganie siebie jako osoby osamotnionej, pozbawionej oparcia społecznego, nierozumianej, lekceważonej) oraz „Egzaltacja” (postrzeganie siebie jako osoby bardzo wrażliwej, kruchej, uczuciowej, o zmiennych nastrojach, jednocześnie szukającej oparcia w innych), a jedynie u mężczyzn pojawiały się niska „Skłonność do ryzyka” (jedyna skala „dwubiegunowa” w kwestionariuszu KON-2006, określająca postrzeganie siebie jako osoby poszukującej niebezpieczeństw, nowych sytuacji lub przeciwnie, unikającej jakiegokolwiek ryzyka – to właśnie oznacza uwidocznione powiązanie dla mężczyzn z objawem bezwiednego oddawania moczu), wysokie „Przekonanie o niezaradności życiowej” (opisane powyżej) oraz „Trudności w relacjach interpersonalnych” (skala opisuje trudności w relacjach z otoczeniem, jak i postrzeganie siebie jako osoby nieradzącej sobie w kontaktach z ludźmi). Fakt, że w grupie mężczyzn powiązania z występowaniem objawu moczenia były wyraźnie silniejsze niż u kobiet (np. „Poczucie wyobcowania” $OR = 8,49$, u kobiet $2,29$), może się łączyć z łagodniejszym przeżywaniem tego stanu przez kobiety, prawdopodobnie łatwiej znoszące samą dolegliwość i potencjalne środki zaradcze (podobne do związanych z miesiączkowaniem), lub wynikać z uwarunkowań związanych z przeżywaniem roli społecznej/potocznym obrazem mężczyzny (męskości)/kobiety (kobiecości). Podobnie silne powiązanie „Przekonania o niezaradności życiowej” z wysokim i tylko w grupie mężczyzn istotnym $OR = 7,84$ może wskazywać na inne, stereotypowe rozumienie przez nich swojej roli społecznej. Także skale „Zawiść” i „Egzaltacja” łączyły się z wyższym OR u mężczyzn niż u kobiet.

Skrajne nasilenie, możliwe do analizy jedynie dla objawu częstomoczu, wiązało go z wieloma wymienionymi skalami silniej – z wyższymi współczynnikami OR niż dla występowania. Obok wspomnianej już „Negatywnej samooceny”, „Poczucia wyobcowania”, „Demobilizacji”, „Braku wewnętrznego sterowania”, „Poczucia winy”

(zamartwiania się, pretensji do siebie o swoje zachowania i cechy charakteru), „Trudności w relacjach interpersonalnych”, „Zawiści”, „Postawy narcystycznej” dla obu płci, były to: dla kobiet – skale „Astenii” (niski dynamizm, poczucie swojej słabości psychicznej, niezadowolenie z życia), „Braku witalności” (brak dynamiki życiowej i spostrzeganie tej dysfunkcji), „Przekonania o niezaradności życiowej”, „Egzaltacji”, „Impulsywności” (wybuchowość, kłótniowość, drażliwość, postrzeganie się jako osoby niezdolnej dla otoczenia, agresywnej fizycznie, jednocześnie dezaprobatą dla tych zachowań), „Poczucia zagrożenia” (nieufność wobec innych, przewidywanie niepowodzeń i rezygnowanie ze swoich celów, postrzeganie siebie jako osoby mało odpornej, wykorzystywanej, nierozumianej), u mężczyzn zaś skale „Wyobraźni, fantazjowania”, „Rozpamiętywania” (rozmyślanie badanego o sobie i swoim postępowaniu oraz jego niepewność i wrażliwość) i „Poczucia przeciążenia”.

Warto zauważyć powiązania odmienne u mężczyzn – z „Poczuciem przeciążenia” oraz „Wyobraźnią, fantazjowaniem” (skłonność do tworzenia wyobrażeń, zwłaszcza wielkościowych, pragnienie podziwu i bycia lubianym, co można odnieść do rysów narcystycznych wyrażonych mniej wprost niż w skali „Postawa narcystyczna”). Natomiast silne powiązanie u kobiet objawu moczenia z cechą irracjonalności (skala o tej nazwie opisuje kierowanie się nieracjonalnymi schematami poznawczymi i myślenie życzeniowe) może się łączyć ze znanym z innego badania [29] współwystępowaniem z tym objawem wspomnienia karania w dzieciństwie przez opiekunów za normalne zachowania dzieci i młodzieży, takie jak masturbacja i zabawy seksualne. Takie oddziaływania mogły bowiem spowodować przynajmniej u części pacjentów sztywność zasad „moralnych” dotyczących seksualności, promować „prześladowczą”, nieprawidłową religijność czy też zewnątrzsterowność.

Przeprowadzone analizy wskazują oczywiście na prawdopodobnie dwukierunkowy związek pomiędzy aspektami osobowości nerwicowej a występowaniem i skrajnym nasileniem objawów z dolnego odcinka układu moczowego – częstego oraz bezwiednego oddawania moczu. Relacje przyczynowo-skutkowe np. między wstydem i obawą a potrzebą/lękiem przed potrzebą częstego oddawania moczu czy też między psychicznym pobudzeniem a poczuciem parcia na mocz, między moczeniem a smutkiem, zawstydzeniem i izolacją społeczną nie są wcale łatwe do określenia – nie zawsze bowiem wiadomo, co pojawiło się jako pierwsze, zawsze należy rozważyć, czy mechanizmy etiopatogenezy sięgają przeszłości, tj. dzieciństwa pacjenta, czy działają też w niedawnym kontekście jego dorosłego życia, a to wymaga indywidualnej analizy każdego przypadku. Można przypuszczać, że obarczenie symptomami w każdym wieku i w okresie badania wywiera wpływ na osobowość i obraz siebie pacjentów, u części z nich przyczyniając się do niskiej/negatywnej samooceny, poczucia gorszości, obniżonego nastroju, anankastyczności, wrogości, tendencji do unikania społecznego i unikania ryzyka, poczucia słabości/asteniczności, nieśmiałości, izolowania się, opisywanych także w odniesieniu do pacjentów urologicznych przez innych autorów [np. 23, 33, 57].

Niniejsze badanie nie było wolne od ograniczeń. Po pierwsze, zostało przeprowadzone w grupie pacjentów kwalifikowanych do leczenia w ramach oddziału dziennego o profilu psychoterapeutycznym, dlatego uzyskane wyniki nie mogą być łatwo

uogólniane na populację wszystkich pacjentów psychiatrycznych. Z kolei możliwość uogólnienia wniosków z niniejszej pracy, przynajmniej w odniesieniu do pacjentów leczonych psychoterapią, wiąże się z tym, że uwzględniona została stosunkowo liczna grupa badana z lat 2004–2014, obejmująca 2450 pacjentów. Po drugie, wykorzystane w niniejszym badaniu narzędzia stosowane podczas kwalifikacji do psychoterapii nie są ukierunkowane ani na dolegliwości urologiczne (analizy oparto na dwóch zmiennych opisujących objawy językiem potocznym), ani na powiązane z tymi dolegliwościami obciążenia, np. dotyczące obniżonej jakości życia. Jak już wspomniano, nie było możliwe precyzyjne określenie, czy odpowiedzi pacjentów opisywały częstomocz dzienny czy nocny, czy też oba naraz, nie jest też 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. Także *Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006* jest narzędziem samoopisowym i stosunkowo nowym, aczkolwiek uzyskał on zadowalające własności psychometryczne [44–46].

Do dalszej weryfikacji uzyskanych wyników potrzebne są bardziej rozbudowane badania prospektywne, obejmujące m.in. narzędzia zorientowane na ocenę objawów urologicznych oraz odpowiednią grupę kontrolną. Interesujące wydaje się przeprowadzenie komplementarnego badania – nasilenia i profilu cech osobowości nerwicowej – w grupie pacjentów urologicznych. Jednakże już teraz uzyskane wyniki, wskazujące na znaczącą komponentę osobowościową u pacjentów zgłaszających występowanie psychogennych objawów ze strony układu moczowego, mogą sugerować obecność komponenty czynnościowej w objawach ze strony układu moczowego także u pacjentów urologicznych, tym samym potwierdzając postulat uwzględniania znaczenia stanu psychicznego w leczeniu tej grupy chorych.

Wnioski

1. Podłoże osobowościowe zaburzeń nerwicowych opisywane przez skale kwestionariusza KON-2006 silnie wiąże się z występowaniem objawów częstego oraz bezwiednego oddawania moczu.
2. Ani na podstawie analizy współwystępowania, ani za sprawą analizy korelacji nie jest możliwe określenie przyczynowo-skutkowego kierunku stwierdzonej zależności. Można przypuszczać, że u części pacjentów – np. cierpiących na wieloletnie moczenie nocne – obniżona samoocena lub trudności w relacjach mogą mieć charakter wtórny, u innych zaś podłoże osobowościowe poprzedza i warunkuje wystąpienie objawów.
3. Najsilniejsze i niezależne od płci powiązanie obecności obu analizowanych objawów dotyczy skal „Negatywna samoocena” oraz „Zawiść”.
4. Dla występowania częstomoczu istotne powiązanie dotyczyło głównie skal „Poczucie uzależnienia od otoczenia”, „Demobilizacja”, „Przekonanie o niezaradności życiowej” i „Poczucie braku wpływu”.
5. Z występowaniem objawu moczenia wiązały się głównie „Poczucie wyobcowania” i „Egzaltacja”, a jedynie w podgrupie mężczyzn niska „Skłonność do ryzyka”

- (jego unikanie), wysokie „Przekonanie o niezaradności życiowej” i „Trudności w relacjach interpersonalnych”.
6. Najbardziej dokuczliwe, skrajne nasilenie objawów – ze względu na liczebność podgrup możliwe do analizy jedynie dla częstomoczu – wiązało się z wieloma wyżej wymienionymi skalami, jednak silniej, a także inaczej np. u mężczyzn z „Poczuciem przeciążenia” i „Wyobraźnią, fantazjowaniem”.
 7. Można przypuszczać, że komponenta psychogenna ma również znaczenie w wypadku objawów ze strony układu moczowego o stwierdzonym podłożu somatycznym i powinna być uwzględniana w procesie leczenia.

Podziękowania: dla dra Macieja Sobańskiego za konsultacje statystyczne.

Piśmiennictwo

1. Leue C, Kruijmel J, Vrijens D, Masclee A, Os van J, Koevinge van G. *Functional urological disorders: A sensitized defence response in the bladder-gut-brain axis*. Nat. Rev. Urol. 2017; 14(3): 153–163.
2. Norton JM, Dodson JL, Newman DK, Rogers RG, Fairman AD, Coons HL i wsp. *Nonbiologic factors that impact management in women with urinary incontinence: Review of the literature and findings from a National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases workshop*. Int. Urogynecol. J. 2017; 28(9): 1295–1307.
3. Wroński S, Radziszewski P, Lewczak D. *Pęcherz nadreaktywny i nagłące nietrzymanie moczu – choroba jednostki czy choroba społeczeństwa. Etiologia i leczenie*. Przegląd Urologiczny 2010; 5(63): 5–14.
4. 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.
5. Heymen S. *Psychological and cognitive variables affecting treatment outcomes for urinary and fecal incontinence*. Gastroenterology 2004; 126(1 Suppl 1): S146–151.
6. Doumouchtsis SK, Jeffery S, Fynes M. *Female voiding dysfunction*. Obstet. Gynecol. Surv. 2008; 63(8): 519–526.
7. 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.
8. Golabek T, Skalski M, Przydacz M, Świerkosz A, Siwek M, Golabek K i wsp. *Lower urinary tract symptoms, nocturia and overactive bladder in patients with depression and anxiety*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(2): 417–430.
9. 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.
10. 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.
11. Kinsey D, Pretorius S, Glover L, Alexander T. *The psychological impact of overactive bladder: A systematic review*. J. Health Psychol. 2016; 21(1): 69–81.

12. Bradley CS, Nygaard IE, Hillis SL, Torner JC, Sadler AG. *Longitudinal associations between mental health conditions and overactive bladder in women veterans*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2017; 217(4): 430.e1–430.e8. Doi: 10.1016/j.ajog.2017.06.016.
13. Quek KF. *Factors affecting health-related quality of life among patients with lower urinary tract symptoms*. Int. J. Urol. 2005; 12(12): 1032–1036.
14. 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.
15. 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.
16. Ostaszkievicz J, O'Connell B, Dunning T. *Residents' perspectives on urinary incontinence: A review of literature*. Scand. J. Caring. Sci. 2012; 26(4): 761–772.
17. 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(Suppl 3): 4–11.
18. Soifer S, Nicaise G, Chancellor M, Gordon D. *Paruresis or shy bladder syndrome: An unknown urologic malady?* Urol. Nurs. 2009; 29(2): 87–93.
19. Hammelstein P, Soifer S. *Is "shy bladder syndrome" (paruresis) correctly classified as social phobia?* J. Anxiety Disord. 2006; 20(3): 296–311.
20. Prunas A. *Shy bladder syndrome*. Riv. Psichiatr. 2013; 48(4): 345–353.
21. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. *The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: Results from the EPIC study*. BJU Int. 2008; 101(11): 1388–1395.
22. 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.
23. Huppertz BJ. *Psychosomatic aspects of irritable bladder. A review*. Urologe A. 1986; 25(2): 84–89.
24. Martin S, Atlantis E, Wilson D, Lange K, Haren MT, Taylor A i wsp. *Members of the Florey Adelaide Male Ageing Study: Clinical and biopsychosocial determinants of sexual dysfunction in middle-aged and older Australian men*. J. Sex Med. 2012; 9(8): 2093–2103. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02805.x.
25. Rosen RC, Shifren JL, Monz BU, Odom DM, Russo PA, Johannes CB. *Correlates of sexually related personal distress in women with low sexual desire*. J. Sex. Med. 2009; 6(6): 1549–1560.
26. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. *Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates*. Obstet. Gynecol. 2008; 112(5): 970–978.
27. Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. *Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology*. Maturitas 2011; 70(3): 210–215.
28. Sobański JA, Skalski M, Gołąbek T, Świerkosz A, Przydacz M, Klasa K i wsp. *Occurrence of selected lower urinary tract symptoms in patients of a day hospital for neurotic disorders*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(6): 1181–1205.
29. Skalski M, Sobański JA, Gołąbek T, Świerkosz A, Klasa K, Przydacz M i wsp. *Związki wybranych objawów z dolnego odcinka układu moczowego z kontekstem biografii pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(6): 1207–1234.

30. Postma R, Bicanic I, Vaart van der H, Laan E. *Pelvic floor muscle problems mediate sexual problems in young adult rape victims*. J. Sex. Med. 2013; 10(8): 1978–1987.
31. 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.
32. Canton G, Santonastaso P. *Psychological distress and life events in neurotic patients*. Psychopathology 1984; 17(3): 144–148.
33. 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.
34. Cortes E, Sahai A, Pontari M, Kelleher C. *The psychology of LUTS: ICI-RS 2011*. Neurourol. Urodyn. 2012; 31(3): 340–343. Doi: 10.1002/nau.22211.
35. 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.
36. 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.
37. Koh JS, Ko HJ, Wang S-M, Cho KJ, Kim JC, Lee S-J 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.
38. Subaran RL, Talati A, Hamilton SP, Adams P, Weissman MM, Fyer AJ i wsp. *A survey of putative anxiety-associated genes in panic disorder patients with and without bladder symptoms*. Psychiatr. Genet. 2012; 22(6): 271–278. Doi: 10.1097/YPG.0b013e3283586248.
39. 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.
40. 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 Psychoth. 2013; 15(3): 19–32.
41. 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.
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. Gastr. 2015; 10(4): 222–228.
43. Perry S, McGrother CW, Turner K, Leicestershire MRC. *Incontinence Study Group. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: development of a psychological model*. Br. J. Health Psychol. 2006; 11(Pt 3): 463–482.
44. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej. KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
45. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatry Psychother. 2009; 1: 21–29.
46. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2004.
47. Aleksandrowicz JW. *Diagnoza zaburzeń nerwicowych – Z zagadnień diagnostyki osobowości*. Wrocław: Ossolineum; 1983. S. 59–92.

48. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. *Zastosowanie testu 16PF R. B. Cattella w ocenie leczenia nerwic*. Psychoter. 1985; 13: 47–60.
49. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. *Model oceny efektywności terapii nerwic*. Psychoter. 1989; 1: 53–62.
50. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Wpływ cech osobowości pacjenta na wyniki psychoterapii*. Psychoter. 1994; 1: 3–10.
51. Klimowicz A. *Poszukiwanie specyficznych powiązań zmian osobowości ze zmianami nasilenia objawów w zaburzeniach somatyzacyjnych i lękowych – badanie porównawcze*. Psychiatr. Pol. 2003; 37(2): 247–258.
52. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2004.
53. Santos T, Madeira N. *Neuroticism: The elephant in the room*. J. Depress. Anxiety 2014; 3(1): 145.
54. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatria i Psychoterapia. 2011; 7(4): 20–34.
55. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
56. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I, Kowalczyk E, Martyniak J, Miczyńska A i wsp. *Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu*. Psychoter. 1981; 37: 3–10.
57. 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.

Adres: Katarzyna Klasa
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Katedra Psychoterapii
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
e-mail: katarzyna.klasa@uj.edu.pl

Otrzymano: 8.08.2018
Zrecenzowano: 19.09.2018
Otrzymano po poprawie: 2.10.2018
Przyjęto do druku: 9.10.2018