

O związkach pomiędzy NTM a psychiką...

z prof. Mariolą Bidzin,
z Zakładu Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego rozmawia Magdalena Kowalewska

Jak często osoby cierpiące na NTM zgłaszają się do psychologa?

Obecnie coraz więcej cierpiących na NTM korzysta z pomocy psychologicznej. Jest to jednak mała liczba w stosunku do szacowanych potrzeb. Dość często NTM jako problem psy-

chologiczny ujawnia się dopiero w trakcie terapii. Początkowo dotyczy depresji, problemów rodzinnych, czy zawodowych. Niestety wciąż jeszcze łatwiej w naszym społeczeństwie przyznać się do depresji, choroby nowotworowej, problemów rodzinnych, aniżeli do NTM.

Jeszcze kilkanaście lat temu osoby mające zaburzenia związane z trzymaniem moczu niezmiernie rzadko miały świadomość tego, że w niektórych przypadkach konsultacja psychologiczna czy psychoterapia byłyby wskazane. Wiązało się to przede wszystkim z:

- niewiedzą o związkach pomiędzy NTM a psychiką,
- wstydem, mającym związek z intymnym charakterem choroby,
- ciągle istniejącym przekonaniem o ścisłym związku objawów NTM z wiekiem, a w związku z tym z nieuchronnością objawów choroby,
- jak również brakiem psychologów umiejących pracować z osobami z NTM,
- brakiem wypracowanego modelu interdyscyplinarnego bio-psycho-społecznego podejścia do pacjentów z NTM.

W Poradni Zaburzeń Trzymanienia Moczu, z którą współpracuję, staraliśmy się otoczyć kompleksową opieką jak największą liczbę osób, a przede wszystkim kobiet, gdyż właśnie kobiety chętniej korzystają z możliwości skorzystania z usług innych, poza ginekologami czy urologami, specjalistów.

Czy pacjenci z NTM samodzielnie podejmują decyzje o wizycie u psychologa, czy też za namową bliskich?

Osoby z NTM nawet najbliższym rzadko przyznają się do tej choroby, stąd najczęściej albo z własnej potrzeby zgłaszają się na terapię albo jest to wspólny „pomysł” pacjenta i lekarza. Czasem decyzję o terapii przyspieszają relacje innych chorych, którym terapia pomogła. Bez przekonania pacjenta o potrzebie pomocy psychologicznej nie można podjąć jakiegokolwiek terapii.

Jak długo trwa terapia osób z NTM i na czym ona polega?

Zanim zaczniemy terapię potrzebna jest dogłębna diagnoza psychospołecznego funkcjonowa-



nia, połączona z oceną jakości życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Taką diagnozę zaleca International Continence Society (Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji). Diagnoza zazwyczaj obejmuje 2-3 pierwsze spotkania.

Długość terapii zależy od nasilenia problemów psychologicznych i od chęci pacjenta do pracy nad sobą podczas terapii. Niektórym osobom wystarczą 2-3 konsultacje psychologiczne, inne podejmują psychoterapię. Każdy pacjent wymaga jednak indywidualnego oddziaływania, także w doborze terapii, najkorzystniejszej dla niego.

Jednym z najważniejszych wniosków, wpływających z moich badań opublikowanych w 2008 r., mogącym mieć bezpośrednie przełożenie na oddziaływanie psychologiczne jest to, że istnieje potrzeba uwzględnienia odrębnego traktowania, a co za tym idzie odmiennego oddziaływania psychologicznego pacjentek w zależności od stopnia nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Należy przy tym pamiętać, że chociaż istnieje wpływ stopnia nasilenia nietrzymania moczu np. na ocenę jakości życia, to nie jest to związek prosty, bowiem np. pacjentki z wysiłkowym NTM II stopnia niżej oceniają jakość swego życia uwarunkowaną stanem zdrowia, aniżeli pacjentki z wysiłkowym NTM III stopnia, które prezentują większe nasilenie objawów. Wpływ głębokości nasilenia nietrzymania moczu na ocenę jakości życia w dużej mierze zależy też od indywidualnych wymiarów psychologicznych, w tym od jakości związku małżeńskiego oraz stosowanych stylów radzenia sobie z sytuacją trudną.

Zauważyłam, że stygmat związany z chorobami wstydlivymi, w tym NTM jest bardzo duży, osoby często myślą, że nikt poza nimi nie cierpi na tego rodzaju dolegliwości, stąd poza pracą terapeutyczną z profesjonalistami: indywidualną oraz grupową, istotne wydaje się stwarzanie pacjentkom z NTM także innych możliwości mówienia o swej chorobie. Myślę tutaj o grupach wsparcia, a także, co jest nowością w Polsce, np. o Stowarzyszeniu Osób z NTM „UroConti”, które powstało dopiero w kwietniu 2007 r. z myślą o poprawie jakości życia chorych na nietrzymanie moczu, oferującym nie tylko merytoryczną pomoc konsultantów, ale możliwość uczestniczenia w ćwiczeniach gimnastycznych (na razie tylko w kilku miastach w Polsce: m.in. Gdańsku, Bydgoszczy, Lublinie, Łodzi, Kielcach i Warszawie), służących wzmocnieniu mięśni dna macicy oraz wykładach. Ja osobiście doceniam także wagę warsztatów terapeutycznych,

ważne jest bowiem, by poza terapią indywidualną stworzyć możliwości, np. podczas warsztatów terapeutycznych (również takie prowadzimy, link: www.psychoterapia.net84.net) kontaktu z osobami borykającymi się z podobnym problemem. Przekazanie rzetelnej wiedzy nt. choroby, przede wszystkim jej przyczyn, okoliczności zaostrzenia itp.,



przepracowanie trudności na forum grupy, z wykorzystaniem wsparcia, jak i potencjału grupy w zakresie skutecznych sposobów radzenia sobie z objawami NTM pomaga wielu osobom.

Czy istnieje zależność między ryzykiem wystąpienia NTM a chorobą psychiczną? Czy NTM może wywołać chorobę psychiczną?

Ani w praktyce klinicznej, ani w opublikowanych badaniach nie spotkałam się z potwierdzonym jednoznacznie wpływem NTM na wywołanie choroby psychicznej. Ale istnieje szereg wyników badań potwierdzających fakt, że jednymi z najczęściej występujących u osób cierpiących na nietrzymanie moczu problemów psychopatologicznych jest depresja oraz lęk. Oba te wymiary u wielu badanych związane były z nasileniem objawów NTM. Nygaard i wsp. w 2003 r. ocenili, że 80% osób o najwyższym stopniu nietrzymania moczu ma objawy depresyjne, natomiast ryzyko zachorowania na depresję tych, o słabszym nasileniu dolegliwości ocenia się na 40%.

W badaniach przeprowadzonych przez Zorn i wsp. (1999) oraz Nuotio i wsp. (2003), wska-

zujących na silny związek nietrzymania moczu i depresji autorzy sugerują, że naglące nietrzymanie moczu i depresja mają wspólne podłoże neurochemiczne, prawdopodobnie odnoszące się do obniżenia poziomu serotoniny.

Niektórzy badacze, np. Fultz i Herzog (2001), nie zgadzają się jednak ze stwierdzeniem, iż istnieje związek pomiędzy NTM a depresją.

Wyniki tych badaczek wskazują, że podobne proporcje osób z nietrzymaniem moczu, jak i bez problemów z trzymaniem moczu donoszą o przeżywaniu depresji (podobnie sądzą Chiara i in., 1998 oraz Watson i in., 2000), smutku oraz poczuciu osamotnienia. Ale ich zdaniem osoby z nietrzymaniem moczu doświadczają większego psychologicznego dystresu. Na wyższy poziom psychologicznego dystresu wskazuje także Gallagher (1998) w odniesieniu do populacji starszych kobiet powyżej 60 roku życia. Jak ocenia się, poczucie stygmatyzacji wzrasta wraz z wiekiem, a jedynym czynnikiem mogącym je zredukować jest pewność, że jest się suchym i że inna osoba nie poczuje zapachu moczu. Stygmatyzacja może pociągnąć lęk i zażenowanie, jak również niską samoocenę, która najczęściej ma swój początek w pojedynczym incydencie, np. popuszczaniu moczu w obecności innych osób. Wraz ze spadkiem poziomu samooceny i poczucia własnej wartości u niektórych osób cierpiących na NTM, o czym wspominałam już powyżej, może pojawić się nastrój depresyjny. Bardzo często na skutek stygmatyzacji, ale też izolacji od otoczenia istniejące zaburzenie pogłębia się.

Z jakimi problemami osoby z NTM zgłaszają się najczęściej?

Do psychologów klinicznych najczęściej zgłaszają się cztery typy pacjentów:

1) Pacjenci, których praca zawodowa wymaga bycia mocno dyspozycyjnym, wymaga spotkań z ludźmi, przemieszczania się. U tych osób objawy NTM są dużym utrudnieniem, dlatego też zrobią (przynajmniej deklaracyjnie) wszystko, by zlikwidować, a przynajmniej złagodzić objawy choroby.

Profesor Mariola Bidzin, pracownik Zakładu Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, współpracownik Instytutu Położnictwa i Chorób Kobietych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Przychodni Zaburzeń Trzymania Moczu w Gdańsku. Przewodnicząca Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego. Zajmuje się psychologią kliniczną, neuropsychologią medyczną - w szczególności psychologicznymi aspektami w położnictwie i ginekologii oraz wczesną diagnostyką różnych schorzeń, w tym niepłodności, nagłego i wysiłkowego nietrzymania moczu oraz chorób neurodegeneracyjnych, z uwzględnieniem otępienia czołowo-skroniowego oraz otępienia typu Alzheimera. Autorka 4 monografii („Nastoletnie matki. Psychologiczne aspekty ciąży, porodu, położu”, „Psychologiczne aspekty niepłodności”, „Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu”, „Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym”) oraz kilkadziesiąt artykułów publikowanych w czołowych czasopismach psychologicznych i medycznych, w tym umieszczonych na Liście Filadelfijskiej. Twórcza oraz realizatorka licznych szkoleń psychologicznych kierowanych do różnych grup zawodowych, rozwojowych, wsparcia. Ekspert zewnętrzny Narodowego Programu Foresight „Polska 2020” w dziedzinie: Jakość Życia. Członek Rady Naukowej czasopisma „Acta Neuropsychologica”.

2) Pacjenci z trudnościami we współżyciu seksualnym z powodu objawów NTM (przede wszystkim wysiłkowego NTM).

3) Osoby, które wiążą pogorszenie funkcjonowania psychospołecznego z NTM.

4) Pacjenci z nagłym nietrzymaniem moczu. Coraz więcej osób, szczególnie zainteresowanych swą chorobą, napotyka w swoich poszukiwaniach na wyniki badań wskazujące, że w niektórych przypadkach NTM może mieć psychosomatyczne podłoże. Trzeba zaznaczyć fakt, że około 10-60% pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu nie trzyma moczu w czasie współżycia seksualnego.

Jaki wpływ na jakość życia seksualnego mają problemy z NTM?

Wiele osób z NTM stosuje różne, mniej lub bardziej adaptacyjne sposoby radzenia so-

bie z tą przypadłością. Wybór sposobów jest uwarunkowany m.in. stopniem i typem nasilenia nietrzymania moczu, jakością relacji partnerskich, biografią psychoseksualną. Z nielicznych badań wynika, że odpowiedzialny za to może być również wiek.

W ramach badań, które prowadziłam na grupie ok. 1000 kobiet z różnymi postaciami NTM również analizowałam to zagadnienie. Aby uporządkować wszystkie

stosowane sposoby radzenia sobie z nietrzymaniem moczu w czasie współżycia seksualnego skorzystałam z metody sędziów kompetentnych. Następnie sposoby te podzielono na:

- 1) adaptacyjne dla kobiet (AK),
- 2) adaptacyjne dla mężczyzn (AM),
- 3) nieadaptacyjne dla kobiet (NK),
- 4) nieadaptacyjne dla mężczyzn (NM).

Do sposobów adaptacyjnych dla kobiet (AK) zaliczono: mikcję przed współżyciem, współżycie tylko w miejscach „bezpiecznych” (np. własna sypialnia), ograniczenie aktywności fizycznej w czasie współżycia, mikcję tuż po współżyciu.

Do sposobów adaptacyjnych dla mężczyzn (AM) poza poprzednio wymienionymi, spełniającymi funkcję adaptacyjną także dla kobiet, znalazły się: częstsze udawanie i unikanie orgazmu z powodu obawy o gubienie moczu,

wydłużenie fazy wstępnej i skrócenie imisji do czasu niezbędnego dla spełnienia partnera.

Do sposobów nieadaptacyjnych dla kobiet (NK) zaliczono: ograniczenie częstotliwości współżycia, udawanie i unikanie orgazmu, rezygnację z orgazmu, ograniczenie trwania stosunku do czasu niezbędnego dla spełnienia partnera, dostosowanie czasu współżycia do rytmu parć, spełnianie partnera bez imisji, rezygnację z seksu oralnego, całkowitą rezygnację ze współżycia.

Natomiast do sposobów nieadaptacyjnych dla mężczyzn (NM) zaliczono: ograniczenie częstotliwości współżycia, częstsze spełnianie partnera bez imisji, rezygnację z seksu oralnego, całkowitą rezygnację ze współżycia.

W terapii zajmujemy się m.in. tym, by kobiety stosowały przede wszystkim adaptacyjne dla siebie, a jednocześnie partnerów sposoby radzenia sobie.

Stres związany z nietrzymaniem moczu w czasie współżycia seksualnego i lęk o reakcję partnera obniżają samoocenę w roli kobiecej i seksualnej. Tą trudność też należy przepracować podczas terapii.

Dotychczasowe wyniki przeprowadzonych przez nasz zespół badań wskazują, że wybór strategii radzenia sobie z nietrzymaniem moczu w czasie współżycia było jedyną przyczyną wprowadzonych ograniczeń. W przypadkach, gdy na funkcjonowanie seksualne negatywnie rzutowały inne poza nietrzymaniem moczu przyczyny kobiety wybierały strategie bardziej restrykcyjne dla współżycia. Na wybór strategii istotnie wpływała jakość związku małżeńskiego/partnerskiego.

Z moich doświadczeń wynika, że samo nietrzymanie moczu rzadko jest jedyną i odosobnioną przyczyną ograniczenia aktywności seksualnej kobiet z nietrzymaniem moczu oraz stosowania zmian w życiu seksualnym. W przeprowadzonych przez nasz zespół badaniach poza nietrzymaniem moczu w czasie współżycia seksualnego kobiety z tą dolegliwością wymieniają szereg innych przyczyn, m.in. złą więź partnerską, pogorszenie jakości współżycia seksualnego ze strony partnera, chorobę alkoholową partnera, używanie przemocy fizycznej, gwałt, zmniejszenie libido u partnera, choroby przewlekłe kobiety lub/i partnera, problemy materialne, mieszkaniowe, zawodowe, obawę przed nieplanowaną ciążą. ■