

Klinika Ginekologii AMG¹
Gynecological Department, Medical University of Gdańsk
Instytut Psychologii UG²
Department of Psychology, University of Gdańsk
Oddział Położnictwa i Ginekologii³
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Gdańsku
Department of Obstetrics and Gynecology, Regional Hospital in Gdańsk

JERZY SMUTEK¹, EDYTA ŁAPKIEWICZ², MARIOLA BIDZAN²,
DARIA BIECHOWSKA², MAGDALENA GRZYBOWSKA³

***The family system specificity of the patients
with urinary incontinence in the light of research based
on the family system theory***

Part II: Family problems of the patients with urinary incontinence

**Specyfika systemu rodzinnego pacjentek z nietrzymaniem moczu
w świetle teorii systemowej rodzin**

Część II: Problemy rodzinne pacjentek z nietrzymaniem moczu

W ostatnich latach notuje się duże zainteresowanie psychologów pracą diagnostyczną i terapeutyczną z pacjentami w oparciu o teorię systemową. W ujęciu tym schorzenie jednego z członków rodziny może wpływać na cały system rodzinny, który próbuje się przystosować do zaistniałej zmiany poprzez zmianę w funkcjonowaniu jej członków (de Barbaro 1999).

Jedną z możliwych reakcji pojawiających się w odpowiedzi na chorobę kogoś z rodziny jest niedostosowanie się do nowej sytuacji, bądź patologiczne, dysfunkcyjne przeorganizowanie się relacji i roli pełnionych przez pozostałych członków rodziny.

Jak stwierdzono w przeprowadzonych przez nasz zespół wcześniejszych badaniach nieotrzymanie moczu (NM) u kobiet może wpływać na funkcjonowanie małżeńskie, w szczególności na współżycie seksualne, co przejawia się m.in. szybszą rezygnacją z aktywności seksualnej, zwłaszcza u osób, dla których ta sfera życia ma mniejsze znaczenie, czy też zmianą strategii radzenia sobie z gubieniem moczu w trakcie współżycia. Modyfikacja strategii radzenia sobie z gubieniem moczu w trakcie współżycia ma związek z jakością związku małżeńskiego (Smutek, Bidzan, Grzybowska, Płoszyński, Łożyk 2004).

Z badań dotąd przeprowadzonych nad osobami cierpiącymi na inne niż NM choroby przewlekłe wynika, że czynniki patologiczne występujące w rodzinie mogą modyfikować przebieg choroby (de Barbaro 1999, Namysłowska, Woronowicz, Bogulas, Beauvale 2004), zasadne wydaje się więc bliższe przyjrzenie się zarówno rodzinom pochodzenia, jak i rodzinom nuklearnym pacjentek z NM pod kątem występowania patologii społecznej oraz jej wpływowi na relacje w ich rodzinach.

Celem przeprowadzonych przez nas badań była ocena zachowań patologicznych występujących w rodzinach pacjentek z NM.

MATERIAŁ I METODA

Zbadano 97 kobiet leczonych z powodu NM. Badania przeprowadzono od września do grudnia 2004 r. w NZOZ Provita Gdańsk.

Ocena patologii została przeprowadzona w paradygmacie systemowym. W badaniach zastosowano wywiad lekarski, psychologiczny oraz genogram. Szczególną uwagę zwrócono na częstość występowania zachowań patologicznych w rodzinach kobiet z NM oraz relacji pomiędzy członkami rodziny, które mogą się z tym wiązać. Nadal poszukujemy bowiem czynników modyfikujących przebieg NM, które wyjaśniałyby różnice w zgłaszanych przez pacjentki dolegliwościach, nasileniu objawów, radzeniu sobie z problemem i czasie szukania porady lekarskiej, jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów. Być może stwierdzenie istnienia choćby problemu alkoholowego mogłoby być przydatne do kompleksowego leczenia pacjentek z nietrzymaniem moczu i ich rodzin, gdyż taki problem może mieć wpływ na funkcjonowanie obydwu (Jacob, Krahn, Leonard 1991, Jacob 1992, Namysłowska, Woronowicz, Bogulas, Beauvale 2004).

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Na podstawie wyników uzyskanych w badaniach zestawiono zaburzenia patologiczne występujące w rodzinach badanych przez nas osób. Wyniki zamieszczono w tab. nr I.

Tabela. I Patologie występujące w rodzinach kobiet z nietrzymaniem moczu bez uwzględnienia chorób somatycznych

Choroba psychiczna/psychiatryczna w rodzinie pochodzenia	3%
Choroba psychiczna/psychiatryczna w rodzinie nuklearnej	6%
Nadużywanie alkoholu przez członka rodziny	33%
Uzależnienie od narkotyków/leków	0%

Jak wynika z powyższej tabeli u 3% rodzin pochodzenia i 6% rodzin nuklearnych występuje choroba psychiczna. Fakt istnienia choroby psychicznej lub problemów rozwojowych w rodzinie nuklearnej pacjentki dodatkowo koreluje z ambiwalentnym związkiem jej rodziców ($r=0,289$) oraz dystansem między osobą badaną a jej partnerem ($r=0,318^{**}$). Istnienie choroby psychicznej w rodzinie pochodzenia także koreluje z dystansem z mężem ($r=0,221^*$). Jak wynika z badań oraz obserwacji własnych choroba psychiczna w rodzinie stanowi dla systemu rodzinnego duże obciążenie, często też pochłania zbyt dużo uwagi jednego z partnerów. Prowadzi to do dystansu pomiędzy małżonkami. Powyższe wyniki zgodne są z badaniami dotyczącymi funkcjonowania rodzin pacjentów psychotycznych i prawdopodobnie nie są specyficzne dla pacjentek z NM (Minuchin 1974, de Barbaro 1999, Namysłowska 2000).

Na pierwszy plan wysuwa się problem alkoholowy w rodzinach badanych kobiet. Dotyczy on blisko 1/3 rodzin pacjentek. Zaskakuje brak występowania innych uzależnień. Badania przeprowadzone na terenie Gdańska wskazują, że 25,5% dzieci wychowuje się w rodzinach z problemem alkoholowym (Rymaszewska 2001). Wskaźnik ten jest nieco niższy od wskaźnika uzyskanego w naszych badaniach.

Ponieważ nadużywanie alkoholu jest najczęściej występującą patologią w rodzinach przez nas badanych kobiet, ważne było sprawdzenie, którego z członków rodziny dotyczy ten problem. Uzyskane wyniki przedstawia tab. II

Tabela. II Epidemiologia uzależnienia od alkoholu

Członek rodziny uzależniony od alkoholu	Procent rodzin, w których występuje zjawisko
Mąż pacjentki	33%
Poprzedni partner pacjentki	7%
Ojciec pacjentki	19%
Rodzeństwo pacjentki	15%
Syn pacjentki	2%
Córka pacjentki	1%
Ogólnie osoba z rodziny	33%
Zarówno ojciec, jak i mąż	33%

Jak wynika z powyższej tabeli problem alkoholowy dotyczy głównie rodziny nuklearnej pacjentki, zwłaszcza partnera. Aż u 33% badanych w genogramach powtórzył się transgeneracyjnie model uzależnionego ojca rodziny, ponieważ zarówno ojciec pacjentki, jak i jej partner, a więc ojciec jej dzieci, ma problem alkoholowy. Jest to zgodne zarówno z obserwacjami własnymi, jak i licznymi badaniami wskazującymi na powielanie wzorca odnośnie wyboru partnera życiowego. Dzieci alkoholików mają najczęściej także męża nadużywającego alkoholu (Jacob 1992, Namysłowska, Woronowicz, Bogulas, Beauvale 2004).

Nie tylko występujące problemy, ale także zachodzące pomiędzy nimi korelacje mogą mieć znaczenie dla funkcjonowania pacjentek z NM.

Badania przez nas przeprowadzone wskazują na istnienie pozytywnej korelacji pomiędzy nadużywaniem przez męża pacjentki alkoholu a przebywaniem ich dziecka na emigracji ($r=0,233^*$), co może to świadczyć o częstszym podejmowaniu przez dzieci decyzji o emigracji w sytuacji, kiedy ojciec rodziny ma problem alkoholowy. Być może łatwiej wyjść z niewątpliwie trudnych i wnikających relacji panujących w domu, kiedy dzieci od domu oddziela duża odległość, a kontakt jest utrudniony. Można to także interpretować jako próbę odcięcia się od problemów pomiędzy rodzicami, co zgodnie jest z dotychczas przeprowadzonymi badaniami w nurcie systemowym, dotyczącymi rodzin alkoholowych (tamże).

Istotną statystycznie korelację ujemną zanotowano także między problemem alkoholowym męża a dobrym/bardzo dobrym kontaktem pacjentki z mężem ($r=-0,293^{**}$). W świetle doświadczeń własnych oraz badań dotąd przeprowadzonych wiadomym jest, że problem alkoholowy generalnie pogarsza stosunki panujące w rodzinie (tamże).

Nadużywanie alkoholu przez męża koreluje także z konfliktowym ($r=0,456^{**}$) i ambiwalentnym ($r=0,302^{**}$) związkiem małżeńskim. Problem alkoholowy nawet jednej osoby w rodzinie jest przyczyną wielu napięć, stwarza także sytuacje, w których pozytywne emocje przeplatają się z negatywnymi. Żony pacjentów nadużywających alkoholu często mają trudności z podejmowaniem decyzji i wyjściem ze związku, który im nie odpowiada. Jest to m.in. związane z byciem tzw. osobą współzależną.

Ważna wydaje się też wyraźna tendencja zachodząca między problemem alkoholowym męża a faktem uzależnienia od alkoholu poprzedniego partnera ($r=0,059$), co może wskazywać na powielanie wcześniejszych wzorców na drodze przekazów transgeneracyjnych. Jak wynika z badań dzieci z rodzin alkoholowych najczęściej jako partnera wybierają sobie osobę również mającą taki problem (tamże).

Nadużywanie alkoholu przez poprzedniego partnera koreluje z relacją ambiwalentną ($0,259^*$) i brakiem dobrej więzi ($r=-0,265^{**}$) pomiędzy rodzicami oraz brakiem rozmów o związkach w rodzinie ($r=-0,231^*$). Pacjentki z NM, których rodziców łączyła ambiwalentna więź, znacznie częściej niż inne wchodziły w związki z partnerami uzależnionymi od alkoholu. Działo się to tym częściej, im częściej w domach ich pochodzenia nie rozmawiano z nimi na temat związków damsko-męskich. Związki ambiwalentne, w których dominują niejasne, sprzeczne informacje tworzą podłoże powstawania różnych objawów, w tym związanych z nadużywaniem alkoholu (de Barbaro 1999). Natomiast osoby badane, w których rodzinach rozmawiano o związkach damsko-męskich częściej słyszały w domu, że mogą liczyć na pomoc innych osób i mogły rozmawiać z rodzicami i rodzeństwem o swoich problemach. Kobiety te rzadziej wchodziły w związek z partnerami, którzy się uzależnili od alkoholu i miały raczej dobry kontakt z mężczyznami w swojej rodzinie pochodzenia. Zgodne jest to z założeniami teorii systemowej (de Barbaro 1999, Namysłowska 2000).

Fakt, że rodzeństwo pacjentki jest uzależnione od alkoholu dodatkowo koreluje z byciem średnią siostrą w rodzinie pochodzenia ($r=0,207^*$). Pacjentki, które są średnimi dziećmi częściej donoszą o uzależnieniu swojego rodzeństwa, same nie będąc uzależnionymi.

Jeżeli w danej rodzinie było obciążenie alkoholizmem, to badane przez nas pacjentki nie kontynuowały tego przekazu. Jest to zgodne z teorią systemową, która zakłada, że przekazy transgeneracyjne głównie adresowane są do najstarszych dzieci w rodzinie (de Barbaro 1999).

Powyższe wyniki przeprowadzonych przez nas badań wskazują, że największym problemem rodzinnym pacjentek z NM jest nadużywanie alkoholu przez jakąś osobę w rodzinie, najczęściej ojca lub/i męża. Brak prawidłowej komunikacji i dobrych relacji partnerskich w zdecydowanej większości przypadków wynikał właśnie z problemów patologii rodzinnej, w tym choroby alkoholowej partnera (dotyczy to ok. 40% naszych pacjentek). Zgodne jest to ze stanowiskiem badaczy zajmujących się

relacjami w rodzinach alkoholowych, wg których uzależnienie członka rodziny może skutkować jego gorszym funkcjonowaniem w małżeństwie, negatywną oceną relacji diadycznych, wyższym poziomem napięcia i konfliktów pomiędzy małżonkami (Namysłowska, Woronowicz, Bogulas, Beauvale 2004). Także uzyskane przez nas wyniki dotyczące istnienia mniejszej ilości relacji pozytywnych pomiędzy rodzicami a dziećmi w rodzinach, w których jest osoba uzależniona zgodne są ze stanowiskiem innych autorów (Jacob 1992, Jacob, Krahn 1991).

NM prawdopodobnie nie jest jedynym powodem, dla którego leczone przez nas pacjentki zgłaszały się po pomoc lekarską i psychologiczną. Świadczy o tym fakt późnego zgłaszania się do lekarza z problemem, najczęściej po upływie kilku - kilkunastu lat od chwili wystąpienia objawów oraz to, że większość badanych przez nas kobiet z NM sygnalizowała obok NM także inny problem, np. alkoholizm męża czy własną depresję. Występowanie patologii w rodzinach pacjentek z NM może być istotnym czynnikiem modyfikującym przebieg ich choroby i funkcjonowania w rodzinach nuklearnych, a także szerzej pojętym otoczeniu, co sprawia, że wysiłek diagnostyczny i terapeutyczny uwzględnić musi podejście holistyczne, stwarzające większe możliwości interpretacyjne, a co najważniejsze, zapewniające lepszą pomoc. Wymaga to jednak odrębnych badań.

Wnioski

1. Najczęściej występującym problemem rodzinnym kobiet z nietrzymaniem moczu jest alkoholizm.
2. Uzależnienie od alkoholu występujące w rodzinach pacjentek wpływa bezpośrednio i pośrednio na ich relacje z partnerami, zawieranie związków z osobami, które też mają ten problem, a także na dzieci badanych kobiet.
3. Relacje pomiędzy rodzicami badanych kobiet mają tendencje do powtarzania się w późniejszych związkach pacjentek, co ma także związek z kolejnością ich przyjścia na świat w rodzinach pochodzenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Abrams P., Cardozo L. i wsp. (2002): ICS standarization of termonology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:167-78.
2. de Barbaro B. (1999): Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
3. Mc Goldrick M., Gerson R.(1985): *Genograms in family assesment*. W.W. Norton& co, New York
4. Jacob T. (1992): Family studiem of alcoholism, *J. Fam. Psychol.* 5, 319-338.
5. Jacob T., Krahn G., Leonard K.E. (1991): Parent-child interaction in families with alcoholic fathers. *J. Consult. Clin. Psychol.* 59, 179-181.
6. Minuchin S. (1974): *Families and family therapy*. Harward University Press, Cambridge - Massachusetes.
7. Namysłowska I. (2000): *Terapia rodzin*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
8. Namysłowska I., Woronowicz B.T. , Bogulas M., Beauvale A. (2004): Obraz relacji rodzinnych w oczach osób uzależnionych od alkoholu i ich partnerów małżeńskich. *Alkoholizm i Narkomania* 17 (3-4), 173-185
9. Rymaszewska G. (2001): Zagrożenie rodziny. *Alkoholizm.W: (red.) Kowalewska E.: Rodzina 2000. Raport o stanie rodziny w Gdańsku*. Wyd. Human life International – Europa, Gdańsk , 154 - 161
10. Smutek J., Bidzan M., Grzybowska M., Płoszyński A., Łożyk J. (2004): Nietrzymanie moczu u kobiet. Znaczenie jakości związku partnerskiego w wyborze strategii radzenia sobie z problemem gubienia moczu w trakcie współżycia. *Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Vol. LIX, suppl..XIV, 515, Sectio D, 194- 200.*

STRESZCZENIE

W celu określenia charakterystyki systemu rodzinnego pacjentek z NM zbadano 97 kobiet, które wyraziły zgodę na badania psychologiczne w NZOZ Provita Gdańsk. U wszystkich chorych typ i zaawansowanie kliniczne NM oceniono zgodnie ze standardami ICS. Do zbadania struktury ich rodzin, relacji w rodzinach, przekazów transgeneracyjnych wykorzystano wywiad oparty na teorii systemowej rodzin oraz genogram. Analiza statystyczna wykazała, że najczęściej występującym problemem rodzinnym kobiet z nietrzymaniem moczu jest alkoholizm. Uzależnienie od alkoholu występujące w rodzinach pacjentek wpływa bezpośrednio i pośrednio na ich relacje z partnerami, zawieranie związków z osobami, które też mają ten problem, a także na dzieci badanych kobiet. Relacje pomiędzy rodzicami badanych kobiet mają tendencje do powtarzania się w późniejszych związkach pacjentek, co ma także związek z kolejnością ich przyjścia na świat w rodzinach pochodzenia.

ABSTRACT

In order to determine the patients with urinary incontinence family system's characteristics 97 women, who agreed to participate in our research in NZOZ Provita Gdańsk, have been diagnosed. The patient's urine incontinence type and clinical development of the disease has been diagnosed according to the ICS standards. To establish their family structure, relations/bonds in the family and family transmission an interview based on family systems theory and a genogram were used. Statistical analysis showed that the most common problem that the families of the patients with urinary incontinence face is alcoholism. The problems of social pathology continue to appear in the families they have set up.