

Psychiatrický pacient v ordinaci urologa

MUDr. Jiří Poněšický

Privátní urologická praxe Královské Vinohrady, s.r.o., Praha

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

Adiktologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Psychiatrická onemocnění jsou v populaci velmi běžná, proto se s nimi běžně setkává i urolog ve své ordinaci. Psychiatrická onemocnění mohou mít urologické symptomy a některá psychofarmaka mohou vyvolat urologické symptomy. Urologické onemocnění může mít dopad na psychické zdraví. Urologické medikamenty mohou ovlivnit psychiatrické onemocnění. Psychiatrická a urologická problematika se mohou prolínat. S některými psychiatrickými pacienty může být obtížnější komunikace.

Klíčová slova: deprese, úzkostnost, psychofarmaka, antidepressiva, antipsychotika.

A psychiatric patient in a urologist's office

Psychiatric diseases are very common in the population, which is why even a urologist regularly encounters them in his office. Psychiatric diseases can have urological symptoms and some psychotropic drugs can cause urological symptoms. Urological disease can have an impact on mental health. Urological medications can affect psychiatric illness. Psychiatric and urological issues can overlap. Some psychiatric patients may be more difficult to communicate with.

Key words: depression, anxiety, psychotropic drugs, antidepressants, antipsychotics.

Představa psychiatrického pacienta v urologické ambulanci často vzbuzuje negativní asociace spojené se stigmatizací psychiatrie ve společnosti jako celku, již nejsou uchráněni ani lékaři, a tedy ani urologové. Předem bývá přítomna obava z větších nároků na komunikaci, čas a možných nedorozumění či non-adherence.

Péče o psychiatrické pacienty může být pro odborníky z jiných oborů i pro samotné psychiatry náročná. Při komunikaci mívají tendence buďto svoje potíže agravovat, nebo je naopak bagatelizovat. Lékaři si proto nebyvají jisti, zda mohou informacím od pacientů věřit. Pacienti se také nezřídka za „svou psychiatrickou diagnózu“ stydí a mají tendence tajit, že užívají psychofarmaka. Také mají vysokou tendenci s léky manipulovat nebo si je vysazovat (1).

Problémy s duševním zdravím jsou příčinou přibližně jedné třetiny všech roků poznamenaných disabilitou v důsledku onemocnění

a deprese je přitom globálně nejčastějším důvodem života v disabilitě. Duševní onemocnění dohromady způsobují zátěž přibližně 15 % populace, což je srovnatelné s onemocněními onkologickými. Výskyt duševních onemocnění v české populaci dosahuje více než 10 % u poruch spojených s užíváním alkoholu, více než 7 % u úzkostných poruch, přibližně 5,5 % u poruch nálady (4 % závažné deprese), téměř 3 % u poruch spojených s užíváním nealkoholových a netabákových drog a 1,5 % u psychotických poruch. Další lidé trpí ADHD, poruchami příjmu potravy, poruchami osobnosti, demencemi a dalšími duševními onemocněními. Sebevraždu spáchají v ČR každý den přibližně čtyři lidé. Významný výskyt duševních poruch nacházíme v dětské a adolescentní populaci. Celosvětově je souhrnná prevalence duševních poruch 13,4 %, přičemž nejčastěji jsou zastoupeny úzkostné poruchy 6,5 %, ADHD a poruchy chování 5,7 % a depresivní porucha 2,6 %. Existují ri-

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethics approval and consent to participate:

The authors attest that their study is in compliance with human studies committees and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the Food and Drug Administration guidelines, including patient consent where appropriate. The authors also declare that their paper is in accordance with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018.

Conflict of interest:

None.

Consent for publication:

None.

Author's contributions:

None.

Cit. zkr: Urol. praxi. 2024;25(2):88-92
<https://doi.org/10.36290/uro.2024.036>
Článek přijat redakcí: 12. 3. 2024
Článek přijat k tisku: 4. 4. 2024

MUDr. Jiří Poněšický
ponesicky@seznam.cz

zikové subpopulace, kde je výskyt duševních poruch několikanásobně vyšší. Například u potomků rodičů se závažnou duševní poruchou je výskyt psychiatrické poruchy až 70 %. Sebevraždy jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí adolescentů. Až 50 % duševních poruch u dospělých začíná před dosažením věku 14 let. Prodleva mezi začátkem obtíží a léčbou může být 6–8 let, protože symptomy nejsou včas rozpoznány. Lidé s vážným průběhem duševního onemocnění často žijí v chudobě, jsou stigmatizováni a diskriminováni a dožívají se významně nižšího věku než běžná populace. Lidé s duševním onemocněním také častěji zneužívají alkohol a jiné návykové látky. Jsou častěji traumatizováni, resp. viktimizováni, což přispívá k vyššímu riziku jejich agrese. Narůstá potřeba pedopsychiatrické péče. Přibývá dětí s poruchami autistického spektra a dalšími neurovývojovými poruchami, častěji se vyskytují poruchy chování a úzkostné poruchy u dětí a jako nový a alarmující trend pozorujeme zvyšování frekvence sebepoškozování a suicidálních pokusů mezi adolescenty. Nízká populační gramotnost v oblasti duševního zdraví a vysoká stigmatizace vedou ke skrývání nemoci a neochotě vyhledat odbornou pomoc, což v důsledku vede k horší prognóze onemocnění a sníženým šancím na zotavení. Ekonomické náklady související se špatným duševním zdravím jsou enormní. Dopadají jak na lidi s duševním onemocněním samotné (skrže vysokou mírou nezaměstnanosti), tak na zaměstnavatele a stát. Zaměstnavatelé se potýkají se ztrátou produktivity zaměstnanců a vysokou mírou absencí a stát nese ekonomickou zátěž ve formě vysokých sociálních a zdravotních nákladů. Za rok 2010 byly v ČR tyto náklady vyčísleny na 6,12 mld. eur a souvisele nejen s poskytovanou zdravotní a sociální péčí, ale také s úšlou produktivitou, neformální péčí a dalšími náklady. Duševní onemocnění jsou nejrychleji rostoucí příčinou přiznání invalidních důchodů a příspěvků na péči (2).

Vzhledem k uvedenému je zřejmé, že i urolog se s psychiatrickými pacienty setkává ve své praxi každý den. Ve většině případů jde o pacienty kompenzované a koincidence psychiatrického a urologického onemocnění nemá na práci urologa podstatnější dopad. Jsou však určité okruhy, kde to roli hraje a je dobré si jich být vědom.

- 1) Některá psychiatrická onemocnění mohou mít urologické symptomy.
- 2) Některá psychofarmaka mohou mít nežádoucí účinky (NÚ) ve formě poruch mikce či sexuální dysfunkci.
- 3) Některá urologická onemocnění mohou mít dopad na psychické zdraví pacientů.
- 4) Některé medikamenty užívané v urologii mohou mít dopad na psychiatrické onemocnění.
- 5) V některých případech se může psychiatrická a urologická problematika prolínat.
- 6) „Problémový“ pacient.

Psychiatrická onemocnění s urologickými symptomy

Součástí symptomatologie jakéhokoliv psychiatrického onemocnění mohou být i urologické příznaky. Vysvětlovat si to můžeme jednak tak, že se podobné transiterové mechanismy mohou uplatnit u obojího (3). V etiopatogenezi hyperaktivního močového měchýře (overactive bladder, OAB) i akutní stresové reakce se uplatňuje autonomní nervový systém, především aktivita sympatiky spojená s úzkostmi a pocitem strachu, stejně jako s hyperaktivitou měchýře (3, 4). Polovina pacientů s OAB vykazuje i úzkostnou symptomatologii. Čím závažnější je úzkostná problematika, tím vážnější jsou i symptomy OAB (5). Stížnosti obdobné symptomatice hyperaktivity měchýře, tedy především časté a urgentní nucení na moč, vidíme u mnoha akutních psychiatrických pacientů ve stadiu dekompenzace jejich onemocnění, u některých může dlouhodobě přetrvávat.

U pacientů s úzkostnou problematikou je často možné i psychologické vysvětlení příznaku (pacient ho mnohdy sám nabízí): obava že když nepůjdu včas na WC, později to nestihnou, nezvládnou, dostanu se tím do společensky nepříjemné situace, dojde k úniku moči. Někdy může příznak OAB zcela dominovat – spíše než o OAB může jít o formu obsedantně kompulzivní poruchy (OCD). Takový pacient často vyhledává primárně urologické vyšetření. Objektivní nález bývá negativní. Medikamentózní terapie (anticholinergika, betamimetika) obvykle s efektem menším, než bychom očekávali. Obava (vědomá či nevědomě), že může jít o vážnou chorobu, se kterou si odborník neví rady, může působit další zhoršení symp-

tomů, jejich fixaci, katastrofické scénáře (nebude schopen běžných aktivit v zaměstnání, v osobním životě, sport, partnerský život), tzv. sebenaplňující proroctví atd.

Časté močení a močová inkontinence, urgentní, stresová či smíšená bývá běžným průvodním jevem demencí, Alzheimerovy i jiné (6). Deprese, ale i úzkostné poruchy mohou mít bolestivé tělesné projevy. V urologii pod obrazem chronické pánevní bolesti.

Neschopností vymočit se v přítomnosti dalších osob, např. na veřejných záchodcích nebo v restauračních zařízeních nazýváme parurii a patří do skupiny úzkostných poruch – specifických fobií. Jedinec cítí úzkost jak při samotném močení, tak má obavy z nutkání na močení. Typická je komplexním vyhýbavým a zabezpečovacím chováním. Setkáváme se však i s pacientkami, u kterých došlo k rozvoji močové retence následkem sexuálního traumatu, s následnou nutností autokathetizace (7).

Součástí obrazu deprese často bývá sexuální dysfunkce (SD), typicky porucha vzrušivosti, erekce a snížená sexuální touha. Libido může být u mánie naopak zvýšené, i výrazně, spolu s vymizením společenských zábran a s riziky s tím spojenými, ze zdravotních např. pohlavně přenosné choroby (sexual transmitted diseases, STD).

Dysmorphofobie, tedy trvalé zaujetí předpokládáním (ale objektivně nepotvrzenou) deformitou nebo zohyzděním. Nejčastěji se tato obava v urologickém kontextu týká mužského genitálu, speciálně penisu a toho, že je malý, nebo že se zmenšuje (8). Často však může jít o příznak v rámci symptomatologie vážnějšího onemocnění – deprese, poruchy s bludy či jiného psychotického onemocnění, kdy toto přesvědčení dosahuje až bludné hloubky. To znamená, že je logickými argumenty nevývratné.

Urologické symptomy způsobené užíváním psychofarmak

Spotřeba psychofarmak se v posledních 25 letech v ČR zvýšila šestinásobně a je jednou z nejrychleji rostoucích na světě. Podle statistik OECD činila v ČR za rok 2022 spotřeba antidepresiv 69,4 dávek na 1 000 obyvatel

a den. Asi 5 % naší populace užívá pravidelně antidepresiva (v USA až 12 %). Antidepresiva mají poměrně širokou indikační škálu, nejde jen o léčbu poruch nálady. Předepisují se i v léčbě úzkostných poruch (generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, sociální fobie, OCD, posttraumatická stresová porucha aj.), poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, parafilie, pre a postmenstruačního syndromu, návalů, v léčbě bolesti, únavového syndromu a dalších. Mnohdy jsou předepisovány i v graviditě, v dětství.

Některá psychofarmaka mohou mít za následek mikční dysfunkci. Z antidepresiv jde nejčastěji o důsledek medikace tricykly. Antidepresiva ze skupiny SNRI (Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors – např. venlafaxin) mají tyto nežádoucí účinky častěji než antidepresiva ze skupiny SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors). Z antipsychotik nejčastěji způsobuje poruchy mikce quetiapin. Pacienti s demencí léčení antipsychotiky trpí vyšší mírou močové inkontinence než pacienti léčení placebem (9).

Poruchy močení a močová inkontinence se objevují také u pacientů s Alzheimerovou demencí léčených inhibitory acetylcholinesterázy (např. donepezil) (9).

Některá psychofarmaka mohou vyvolat močovou retenci. Tato byla pozorována u 0,34 % pacientů léčených antipsychotiky, tedy dvojnásobek než v kontrolní skupině. Nejčastěji byl tento jev pozorován u pacientů léčených haloperidolem, a to až v 5 % případů. Z antidepresiv mají největší anticholinergní efekt a také největší riziko močové retence tricyklická antidepresiva – 0,1 %. Z nich nejčastěji byla pozorována retence u pacientů léčených amitriptilinem pro poruchu příjmu potravy, také po předávkování amitriptilinem. U pacientů léčených SSRI bývá naopak v 1,5 % případů pozorována močová inkontinence (9).

Psychiatrické poruchy stojí často v pozadí SD. Poruchy libida a vzrušivosti je možno pozorovat až u 50 % pacientů s depresí. Psychofarmaka pomáhají tento stav upravit, na druhou stranu však můžou dysfunkci způsobit. Jsou to pokles libida, erektilní dysfunkce (ED), poruchy lubrikace, poruchy orgasmu a ejakulace, menší uspokojení ze sexu. Lékem první volby bývají SSRI, vzhledem k výhodnému poměru účinnost/snášenlivost a nízké

toxicitě. U těchto léčiv je udáván výskyt SD ve 25–80 % případů. Rozptyl je dán způsobem hodnocení, zda byl sledován jen nějaký typ SD, či úhrnem všechny. Ačkoliv účinná léčba deprese může zlepšit SD u některých pacientů, dostupná data ukazují, že u většiny pacientů léčených SSRI se objeví SD indukovaná léčbou. Tato může přetrvávat různě dlouhou dobu. SD je častou příčinou přerušování léčby, což může vést k relapsu deprese. Různá antidepresiva mají různou frekvenci výskytu SD. Nejčastěji způsobují SD citalopram (porucha libida v 50 %, porucha vzrušivosti v 80 %), dále fluoxetin, paroxetin, sertralin, venlafaxin. U jiných je SD referována méně často (escitalopram, fluvoxamin, imipramin, duloxetin). Známe však i řadu antidepresiv, která způsobují SD vzácně anebo vůbec (bupropion, agomelatin, mirzaten, mianserin, vortioxetin, moclobemid, selegilin a trazodon). Jen málo studií hodnotí SD u obou pohlaví. U mužů je více poruch zájmu a orgasmu. U žen je více poruch vzrušivosti. Možných řešení se nabízí několik. Jednak je to strategie wait and see. SD se nejčastěji objeví během prvních 2 týdnů terapie. Může spontánně vymizet u 5–10 % (někdy uváděno až 30 %) pacientů po 4–6 měsících pokračující terapie antidepresivy. Další možností je změna preparátu. To je potvrzeno i v kontrolovaných studiích. Switch medikamentu vede často k vymizení či zmírnění SD při zachování antidepresivního efektu. Někdy k úspěchu vede snížení dávky, lékové prázdniny nebo přídatná medikace inhibitory fosfodiesterázy V. typu.

Pokud se tedy v naší ambulanci objeví pacient se SD a s rizikovou psychiatrickou medikací, nabízí se jako řešení doporučit mu, aby se svému psychiatrovi o tomto NÚ zmínil a požádal ho o změnu preparátu, je-li tato možná. Je známo, že řada pacientů se zdráhá v psychiatrické ambulanci tento typ NÚ reklamovat. Je známo, že mnozí psychiatři se na to cíleně neptají. Na druhou stranu je však dobře si uvědomit, že jak je uvedeno výše, samotná deprese může být původcem poklesu libida a zhoršení erekce. Je potom otázka, zda tyto problémy jsou způsobeny NÚ léčby, či zda byly způsobeny primárním onemocněním, kdy v akutní fázi hlubší deprese si pacient nemusel přítomnost těchto příznaků uvědomovat a nestěžoval si na ně. Začnou mu vadit až při

zlepšení stavu, kdy jejich přítomnost může vzbudit podezření na naopak nedostatečně zaléčené afektivní onemocnění.

Zvláštním stavem je pak PSSD (post SSRI sexuální dysfunkce), tedy dysfunkce přetrvávající i po vysazení SSRI. Typická je trias genitální anestezie, ED, pokles libida. Předpokládaným mechanismem je permanentní downregulace 5HT-1A receptorů. Doporučeným způsobem léčby je low-power laser, léčba bupropionem, trazodonem či moclobemidem. Dále pak 5HT-1 agonisté (buspiron) a 5HT-2 a 5HT-3 agonisté (trazodon, mirzaten), nebo dopaminoví agonisté (pramipexol, carbegolin). Případně psychologická léčba (10).

Retardovaná ejakulace je nejčastěji popisovaná u paroxetinu (55–60 % pacientů) a fluoxetinu (45–50 %). Tato zkušenost může být naopak využita při terapii předčasné ejakulace (10).

Studií o SD v důsledku léčby antipsychotiky je podstatně méně. Významnou roli zde hraje indukce hyperprolaktinémie, nejčastěji u risperidonu.

S priapismem jako důsledkem terapie psychofarmaky se setkáváme naopak naštěstí vzácně. Farmakogenní priapismus se odhaduje na 15–40 % případů ischemického priapismu. Ojedinelé případy jsou popsány v souvislosti s užíváním celé řady antidepresiv, antipsychotik i dalších léků užívaných v psychiatrii. Podle FDA (Food and Drug Administration) bylo v letech 2015–2020 v USA hlášeno 1 908 případů priapismu jako nežádoucího účinku farmak, z toho 16,46 % (197 případů) připadá na antidepresivum trazodon, další v řadě jsou atypická antipsychotika quetiapin 12,78 % (153 případů), risperidon 10,86 % (130 případů), olanzapin 8,86 % (106 případů) a aripiprazol 6,68 % (80 případů) (11).

Dopad urologického onemocnění na psychické zdraví pacientů

Každé tělesné onemocnění vyvolává v člověku obavy, úzkost, zhoršení nálady. Někdy se u disponovaných jedinců tělesná choroba může stát spouštěčem psychiatrické poruchy, nejčastěji deprese, nebo nějaké formy úzkostné poruchy. V urologii se s tímto jevem typicky setkáváme u onkourologických pacientů. Je známo, že pacienti s malignitou mívají častěji

než ostatní populace deprese, je u nich i vyšší riziko sebevraždy. Týká se to zejména období po stanovení diagnózy a pacientů s pokročilým onemocněním. Nejlépe je toto zdokumentováno u pacientů s karcinomem prostaty (KP). Muži s vysoce rizikovým KP měli 1,8× vyšší výskyt závažných depresivních epizod napříč celou dobou sledování. Tento nárůst byl podobný u mužů s lokálně pokročilým onemocněním jakož i s metastatickým onemocněním. Výskyt závažné depresivní epizody vrcholil v období 1–2 roky po diagnóze KP ale trval i po 10 letech. Naproti tomu u mužů s nízké či středně rizikovým KP byl zaznamenán jen mírný nárůst významné deprese po celou dobu sledování. Pacienti s rizikovým KP léčeni chirurgicky či radioterapií vykazovali nižší depresivitu než muži léčení hormonálně. Muži s vysoce rizikovým KP měli 2,4× vyšší riziko dokonané sebevraždy napříč celým obdobím sledování. Riziko sebevraždy bylo nejvyšší během prvních 3 měsíců od diagnózy a dále v období 10 a více let. Na rozdíl od nich pacienti s nízké rizikovým KP vykazují vyšší riziko dokonané sebevraždy pouze v období 3–12 měsíců od stanovení diagnózy. Vysoce rizikový KP byl spojený s vyšším rizikem dokonané sebevraždy pouze u mužů léčených androgen deprivační terapií (ADT). Vyšší míra depresivity u pacientů s KP léčených hormonálně může souviset s dopadem hormonálního prostředí na náladu. Můžeme předpokládat dopad NÚ léčby na každodenní život, zejména sexuální funkce, ale i inkontinence a dalších. Deprese není jen psychologickou zátěží, ale má i další zdravotní dopady. Například souvisí s vyšší nonadherencí k léčbě a vyšší konzumací zdravotních služeb. Kromě toho, že depresivní pacienti hůře spolupracují, jejich hospitalizace, rehabilitace a návrat do běžného života bývá delší. Náklady na jejich léčbu bývají vyšší (12). Pacienti s KP, karcinomem močového měchýře nebo ledviny a současně přítomným psychiatrickým onemocněním mají nádorově specifické přežití po roce, dvou, pěti i deseti letech kratší v průměru o 5 % (13).

Urologická medikace s dopadem na psychické zdraví

Do této kapitoly patří zejména rozšířené používání anticholinergik u starších pacientů, což může mít dopad na jejich psychickou

kondici. Zejména v kombinaci s dalšími nepříznivými vlivy či s medikací mající též anticholinergní efekt mohou způsobit stav zmatenosti, deliriantní stavy a dále pak nutnost pobytu ve zdravotnickém zařízení, vyšší morbiditu i mortalitu. Větší citlivost starších osob k těmto vlivům připisujeme větší permeabilitě hematoencefalické bariéry, nižší hepatické a renální clearance a poklesu cholinergních neuronů a receptorů. Byly vytvořeny škály hodnotící anticholinergní efekt od 0 do 3, zároveň i škály posuzující riziko negativního vlivu na kognitivní funkce. Hodnota 1 značí anticholinergní aktivitu, ale žádný vliv na kognitivní funkce. Hodnoty 2 a 3 představují relevantní riziko vlivu na kognici. Většina anticholinergik předepisovaných urology patří do skupiny 3. Pouze u trošpa se udává, že za normálních okolností neprochází hematoencefalickou bariérou (14, 15). Urolog se před nasazením těchto preparátů běžně dotazuje na přítomnost glaukomu, upozorní na sucho v ústech, na možnost zhoršení zácpy. Na možnost alterace kognitivních funkcí u starších pacientů však často nepomyslíme.

Hormonální manipulace u pacientů s KP je spojena se zvýšeným rizikem zhoršení kognitivních funkcí a demence. Toto riziko se zvyšuje s délkou léčby a není jasné, zda jde o účinek reverzibilní, či trvalý (16).

Asociace urologické a psychiatrické problematiky

Ve většině studií byla prokázána asociace LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms, symptomy dolních močových cest) a deprese, v menší míře LUTS a úzkostných poruch. Pacienti s depresivní nebo úzkostnou poruchou mají vyšší pravděpodobnost výskytu LUTS nebo jejich zhoršení. Naopak u pacientů s LUTS bylo prokázáno vyšší riziko deprese. Dvě longitudinální studie prokázaly zlepšení afektivních symptomů po úspěšné léčbě LUTS. Byla prokázána pozitivní korelace mezi závažností LUTS a závažností deprese (17).

Tuto skutečnost je možné si vysvětlovat různě. Byla navržena řada hypotéz. Je možné si představit, že psychiatrické onemocnění může stát za rozvojem mikčních symptomů. Mikční symptomy (a obecně tělesná nepohoda) mohou přispívat k syndromu zhoršení nálady. Je možné, že oba typy onemocnění mohou mít

obdobný biochemický neurotransmiterový podklad (3, 5).

U některých onemocnění předpokládáme synergické působení biologických a psychologických (psychosociálních) faktorů na rozvoj symptomatologie. Typicky u bolestivých symptomů, také u SD. Například věkem a aterosklerózou podmíněná zhoršená schopnost erekce vede k podlomení sebedůvěry pacienta, obavám z dalších selhání, katastrofizaci, a tím k další chronifikaci problému. Z bolestivých syndromů je urologovi nejbližší široká problematika chronické pánevní bolesti (Chronic Primary Pelvic Pain Syndrom), kde je asociace s depresivní a úzkostnou problematikou zřejmá. Jedná se o onemocnění, u kterého je komplexní bio-psycho-sociální přístup žádoucí a může být klíčem k prolomení bohužel běžných, oboustranně frustrujících terapeutických neúspěchů. Mimo jiné se zde v rámci komplexního přístupu uplatní i použití psychofarmak i psychologická léčba (18).

„Problémový“ pacient v urologické ambulanci a doporučení pro praxi

Na toto téma lze doporučit starší článek v tomto časopise, který se problematice věnuje dostatečně podrobně (19). Jakkoliv je samotný termín „problémový pacient“ sporný, běžná každodenní praxe přináší kontakt s pacienty, jejichž jednání je konfrontační, nárokové; s pacienty, kteří dávají nespelnitelné požadavky, kteří nejsou schopni dodržet doporučenou léčbu, a s pacienty, jejichž motivace vyhledání lékařské péče je jiná než úleva od tělesných či psychických potíží (19). Z psychiatrického okruhu může jít o celou škálu, pacienti zneužívající návykové látky, pacienti s nepříznivou osobnostní strukturou (emočně nestabilní, úzkostnou, anankastickou, paranoidní aj.), pacienti s ne zcela uspokojivě kompenzovaným psychotickým onemocněním a další. Je dobré si uvědomit, že ne každý pacient, se kterým nejsme z nějakého důvodu schopni se rozumně dohovorit, musí mít automaticky psychiatrickou poruchu. V každém případě je třeba zdůraznit potřebnost empatie a citlivého přístupu ošetřujícího lékaře, kdy námitka, že „na to není v běžném provozu ordinace čas“, nemůže obstát. Naopak větší časová investice se mnohdy vyplatí a paradoxně může v dů-

sledku přinést časovou úsporu. Je dobré mít na mysli i již na začátku zmiňovanou stigmatizaci psychiatrie, kdy pacient, u kterého se domníváme, že jeho problém je spíše psychiatrický než urologický, může mít obavu z návštěvy psychiatrie, odmítá si psychiatrickou problematiku připustit. Naše podezření, že taková návštěva mu může být přínosem, je třeba sdělovat citlivě a vyváženě. Není např. na škodu se ales-

poň jednou dvěma větami doptat na životní situaci, vyjádřit pochopení. Např.: „Musí to být opravdu nepříjemné žít s takovými obtížemi, které člověku narušují běžný život, což může způsobit i depresi. Ta zase zhoršuje průběh jinak běžné choroby. Někdy je lépe podívat se na problém z více stran...“ atp. Takový přístup může být plodnější než opakování diagnostických a terapeutických postupů, o jejichž

efektivitě sami nejsme přesvědčeni, nebo než lakonické doporučení „s tím jděte k psychiatrovi“. Taková rada málokdy vede k tomu, aby pacient takovou návštěvu uskutečnil. Naopak, nejčastěji je frustrovaný, cítí se nepochopený, devalvovaný. To jistě není výsledek, se kterým bychom mohli být v lékařské praxi spokojeni. Je přitom často možné vhodnou komunikací takovému vývoji předejít.

LITERATURA

1. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, et al. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1289-1298.
2. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40091/02_Priloha%202_Analytick%C3%A1%20%C4%8D%C3%A1st.pdf.
3. Peyronnet B, Mironska E, Chapple C, et al. Comprehensive Review of Overactive Bladder Pathophysiology: On the Way to Tailored Treatment. *Eur Urol*. 2019;75(6):988-1000.
4. Praško J. Úzkostné poruchy. Klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portal; 2005.
5. Lai HH, Rawal A, Shen B, et al. The Relationship Between Anxiety and Overactive Bladder or Urinary Incontinence Symptoms in the Clinical Population. *Urology*. 2016;98:50-57.
6. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE et al. EAU guidelines on urinary incontinence. *Eur Urol*. 2011;59(3):387-400.
7. Končelíková D. Močová retence jako vzácná komplikace užívání psychofarmak. *Urol. praxi*. 2021;22(4):192-194.
8. Veale D, Miles S, Read J, et al. Penile Dysmorphic Disorder: Development of a Screening Scale. *Arch Sex Behav*. 2015;44(8):2311-2321.
9. Trinchieri M, Perletti G, Magri V, et al. Urinary side effects of psychotropic drugs: A systematic review and meta-analysis. *Neurol Urodyn*. 2021;40(6):1333-1348.
10. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29(3):259-266.
11. Schifano M, Boeri L, Pozzi E, et al. Medications mostly associated with priapism events: Assessment of the 2015–2020 Food and Drug Administration (FDA) pharmacovigilance database entries. *Eur Urol*. 2021;79:S651-S652.
12. Crump C, Stattin P, Brooks JD, et al. Long-term Risks of Depression and Suicide Among Men with Prostate Cancer: A National Cohort Study. *Eur Urol*. 2023;84(3):263-272.
13. Klaassen Z, Wallis CJD. Addressing Mental Health in Urology Patients: The Time is Now. *Eur Urol Focus*. 2020;6(6):1137-1139.
14. Campbell NL, Maidment I, Fox C, et al. The 2012 update to the Anticholinergic Cognitive Burden Scale. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(Suppl.1):S142-S143.
15. Egberts A, van der Craats ST, van Wijk MD, et al. Anticholinergic drug exposure is associated with delirium and post-discharge institutionalization in acutely ill hospitalized older patients. *Pharmacol Res Perspect*. 2017;5(3):e00310.
16. Siebert AL, Lapping-Carr L, Morgans AK. Neuropsychiatric Impact of Androgen Deprivation Therapy in Patients with Prostate Cancer: Current Evidence and Recommendations for the Clinician. *Eur Urol Focus*. 2020;6(6):1170-1179.
17. Mahjoob DM, Janssen JMW, van Koeveeringa GA, et al. Psychiatric disorders in patients with lower urinary tract symptoms: A systematic review including a subgroup meta-analysis on the association between LUTS and depressive symptoms. *Continence*. 2023;6(1):100589.
18. Engeler D, Messelink EJ, Almeida Pinto R, et al. EAU Guidelines. Chronic Pelvic Pain. EAU Guidelines Office, Arnhem, the Netherlands. Available from: <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/-MANAGEMENT-Uroweb> (<https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pain/chapter/management->>).
19. Kamarádová D, Látalová K, Hejda M. Problémový pacient v ambulanci urologa. *Urol. praxi*. 2016;17(4):180-182.