

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 úslou 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 transmitterové 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 sympatiku 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 nestihnu, nezvládnou, dostanu se tím do společensky nepřijemné 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 (nebudu 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 autokaterizace (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).

Dysmorfofobie, 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 nevyvratné.

### 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