

ÚLOHA PSYCHOSOMATIKY V UROLOGII

THE ROLE OF PSYCHOSOMATICS IN UROLOGY

Jiří Poněšický^{1,2}

¹Privátní urologická praxe Královské Vinohrady, Praha

²Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

Došlo: 16. 12. 2016

Přijato: 16. 1. 2017

Kontaktní adresa:

MUDr. Jiří Poněšický, FEBU

Privátní urologická praxe

Královské Vinohrady, s. r. o.,

Budečská 40, 120 00 Praha 2

Psychiatrická nemocnice Bohnice,

Ústavní 91, 181 02 Praha 8

e-mail: ponesicky@seznam.cz

Střet zájmů: žádný

Prohlášení o podpoře:

Prohlašuji, že tento přehledový článek jsem psal jako nezávislý autor, bez podpory jakékoliv firmy či organizace, se snahou o co nejobjektivnější náhled na problematiku.

SOUHRN

Poněšický J. Úloha psychosomatiky v urologii.

Psychosomatická medicína je interdisciplinární medicínský obor, zkoumající vztahy sociálních, psychologických a behaviorálních faktorů na tělesné procesy a kvalitu života. Cílem tohoto přehledu je definovat psychosomatickou medicínu, psychosomatický přístup, načrtnout jejich historii, styčné body s dalšími medicínskými obory, situaci ve světě i u nás, ilustrovat jejich přínos urologické praxi. Psychologická komponenta může v hrát i u urologických onemocnění důležitou roli. Opomenutí

této skutečnosti může vést k nedostatečné nebo nesprávné léčbě.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bio-psycho-sociální model, psychosomatika, psychotherapie.

SUMMARY

Poněšický J. The Role of psychosomatics in urology.

Psychosomatic medicine is an interdisciplinary medical field exploring the relationships among social, psychological, and behavioral factors on bodily processes and quality of life. The aim of this review was to provide an updated definition of psychosomatic medicine and psychosomatic approach, to outline its history, its boundaries with related disciplines, situation in the world and in our country and to illustrate its main contributions to urological practice.

Psychological components can play an important role in urological complaints. Neglect of these facts can lead to insufficient or incorrect treatment.

KEY WORDS

Bio-psycho-social model, psychosomatics, psychotherapy.

.....

BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ MODEL A PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

Biopsychosociální model nemoci akceptovala v roce 1977 WHO (1, 2). Tento model odráží zkušenost, že na vzniku a trvání choroby se podílejí nejen faktory biologické, ale také psychologické a sociální. V medicínské praxi se nejčastěji bere v úvahu pouze pohled biologický, což je ve většině případů v pořádku. Takový přístup vede k osvědčeným a předpokládatelným výsledkům, vychází vstříc očekáváním pacienta, zdravotníci profesionálové s ním mají největší zkušenosti, ideálně bývá založen na přístupech medicíny založené na důkazech. Jsou však i konkrétní pacienti a konkrétní choroby, u kterých standardizované postupy nevedou k uspokojivým výsledkům. Jednou z možných příčin nemusí nutně být existence dosud neobjevených patofyziologických mechanismů. Příčinou může být to, že u konkrétních pacientů a konkrétních chorob hrají psychosociální faktory natolik významnou roli, že není možné těmto pacientům účinně pomoci, aniž bychom tyto faktory zohlednili. Vědomí takovýchto souvislostí v klinické praxi označujeme za **psychosomatický přístup**. Nejedná se tedy o žádnou alternativu k medicíně standardní. Spíše o jakýsi doplněk, který má potenciál zlepšení terapeutických výsledků napříč medicínskými obory. Není v rozporu s medicínou založenou na důkazech. Naopak – guidelines mnohdy psychosomatické poznatky do svých textů zapracovávají. Tolik tedy psychosomatický přístup. Je však možné hovořit o **psychosomatice jako o oboru**. Oboru, který se zabývá léčením pacientů, u kterých psychosociální faktory v celkovém obrazu jednoznačně dominují, ačkoliv konkrétní tělesné příznaky mohou být nejrůznější.

STRUČNÝ NÁSTIN VÝVOJE MEDICÍNSKÉHO MYŠLENÍ SMĚREM K PSYCHOSOMATICKÉMU PŘÍSTUPU

Ve starověku bylo považováno za přirozené, nahlížet na lidské tělo a duši jako na jeden celek. **Hippokratés** (460–CCa 377 př. n. l.) soudil, že poci-

ty mohou ovlivňovat činnost jednotlivých orgánů. Pro středověk bylo naopak typické dualistické chápání božské duše a hříšného těla. Takový pohled přetrvával až do časů **Descartových** (1596–1650), který dualistický pohled převzal. Tento významný učenec svým dílem položil základ modernímu vědeckému myšlení. Jeho výrazná stopa vede až do naší současnosti. Typické je pro něj striktně oddělené vnímání těla a duše a poněkud mechanistické chápání tělesných funkcí. Takový pohled byl součástí hlavního proudu v medicíně 19. i 20. století. Postupně se však vynořují i jiné koncepty. V první polovině 19. století si všímá vídeňský psychiatr baron **Ernst von Feuchtersleben** (1806–1849), že úzkost a napětí mohou vést k organickému postižení srdce a trávicího systému (3). Přelomová byla samozřejmě práce **Freudova** (1856–1939) na konci 19. a počátku 20. století spojená s popularizačním poznatkem, že za mnohými tělesnými projevy poruchami může stát psychické trauma či nevědomý intrapsychický konflikt. Za přímého zakladatele psychosomatické medicíny bývá považován maďarsko-americký psychoanalytik **Franz Alexander** (1891–1964). Pojímá psychosomatiku jako diagnostickou metodu, definuje sedmero psychosomatických diagnóz (vředová choroba, astma, migréna, colitis ulcerosa, revmatická artritida, neurodermie, hypertenze). Je autorem dnes již opuštěné teorie specifčnosti. Tato předpokládala, že určitý typ psychopatologie podmiňuje vznik konkrétního psychosomatického onemocnění. Alexander založil v Chicagu roku 1932 Psychoanalytický institut, který se zároveň stává centrem psychosomatického výzkumu (4, 5, 6). Roku 1939 začíná ve Spojených státech vycházet žurnál Psychosomatic Medicine. Z mnoha dalších významných postav, které se zasloužily o rozvoj a propagaci psychosomatického pohledu v medicíně, jmenujme například **Viktora von Weizsäckera** (1886–1957) s jeho požadavkem „humanizace medicíny“ a uznání pacienta především jako lidské bytosti, důrazem na respekt k jeho vlastnímu duševnímu životu (5, 6). Další významnou postavou spjatou s tímto směrem je **Karl Kuno Thure baron von Üxküll** (1908–2004), který tvrdí, že organické a psychologické problémy by měly být léčeny současně, ne experty z různých

oborů. Žádná choroba nemá jen somatické nebo jen psychologické příčiny. Průběh nemoci záleží na osobnosti a postojích pacienta a na sociálních okolnostech stejně, jako na medicínských podmínkách (5, 6).

Americký psychiatr **Georg L. Engel** (1913–1999) je autorem bio-psycho-sociálního modelu nemoci, který roku 1977 akceptovala WHO. V podstatě jde o formulaci poznatku, že v situaci extrémní psychické a psychosociální zátěže může každý člověk tělesně onemocnět. Tytéž zátěžové faktory mohou vést u různých lidí k různým onemocněním. Nejruznější stresové situace mohou způsobit stejnou nemoc. Někteří lidé onemocní spíše než jiní, protože nemají dostatečné strategie ke zdolávání potíží nebo protože žijí v méně příznivých životních podmínkách (1, 2).

PSYCHOGENNÍ, FUNKČNÍ A PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Z praktického hlediska, například urologického, není psychologicko-psychiatrická terminologie zásadně důležitá, přesto neuškodí, ujasnit si několik pojmů. Rozeznáváme čtyři typy psychosomatických poruch (6):

- poruchy celkového tělesného schématu
- funkční poruchy (somatoformní a disociativní)
- psychosomatické poruchy (v užším smyslu)
- somatopsychická onemocnění

a) **Poruchy celkového tělesného schématu.** Nejde o nemoc v pravém slova smyslu. Spíše jen o psychosociálně podmíněné potíže přechodného charakteru u zdravých jedinců – typicky například bolest hlavy nebo trávící potíže. Dříve se jim říkalo neurotické. Mohou být součástí obrazu jiného onemocnění (např. deprese), potíže však mohou progredovat do obrazu vážnější poruchy.

b) **Funkční poruchy.** Nemající tělesné příčiny. Takovýchto pacientů přichází do ordinací praktických lékařů 25–40 %.

MKN 10 rozeznává mezi psychiatrickými diagnózami **somatoformní poruchu** (F45), jejímž hlavním rysem je opakovaná stížnost na tělesné symptomy spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetřování i přes opakované negativní nálezy a ujišťování lékaře, že obtíže nemají fyzickou podstatu. Pokud existuje nějaká tělesná nemoc, pak nevysvětluje rozsah a podstatu potíží nebo příznaků a nešťastnost a zaujetí pacienta. Jejímí podjednotkami jsou například **somatizační porucha** (F45.0). Projevuje se mnohočetnými, recidivujícími a často se měnícími tělesnými symptomy, trvajícími alespoň dva roky. Většina pacientů má dlouhou komplikovanou anamnézu kontaktu s obvodními lékaři i specialisty. Během tohoto kontaktu bylo provedeno mnoho zkoušek s negativním výsledkem i zbytečné explorativní operace. Symptomy se mohou týkat jakékoli části těla nebo systému. Průběh choroby je chronický a kolísavý a je často spojen s narušením sociálních, rodinných a interpersonálních vztahů.

Hypochondrická porucha (F45.2) – základním rysem je přetrvávající zabývání se myšlenkami, že pacient má jednu nebo více závažných a progresivních somatických nemocí, které se projevují trvalými somatickými potížemi nebo trvalým zabýváním se vlastním fyzickým vzhledem. Normální nebo běžné pocity a jevy často pacienti interpretují jako abnormální a zneklidňující. Pozornost je obvykle zaměřena pouze na jeden nebo dva orgány nebo tělesné systémy. Dále **somatoformní vegetativní dysfunkce**, perzistující somatoformní bolestivá porucha a další. Často se jedná o poškození vegetativních funkcí bez organických změn. Nemocný je přesvědčen že má fyzickou chorobu. Bojí se **psychiatrizace** své nemoci a označení za hypochondra. Choroba přitom nemusí být čistě psychogenní. Může jít o souhru biologických, sociálních a psychologických faktorů. Nejde o to vyloučit somatickou příčinu ani najít psychologickou. Spíše jde o popis typického vzorce chování, zahrnující symptomy, ale i subjektivní teorie pacienta. Roli hraje predispozice, spouštěče (psychické i fyzické zátěžové faktory) a dále udržovací dispozice, tedy reakce postiženého či okolí, nebo trvání zátěžových faktorů. Následuje zesílené vnímání potíží a fixování pozornosti na ně, subjektivní zhodnocení určitých procesů jako

chorobných. Pacient se chová stále více tak, aby se šetřil a vyhýbal určitým situacím. Symptomatica se zesiluje, nemocný to vnímá, bludný kruh se uzavírá. Pacient si někdy uvědomuje, že ho jeho psychosociální situace zatěžuje. Nedokáže si však představit, jak by z toho mohl onemocnět. Pacienti často tvrději vyžadují další lékařská vyšetření, přestože nálezy jsou vždy znovu negativní a lékaři je opakovaně ujišťují, že jejich symptomy nemají tělesné příčiny. Pokud mají svůj podíl i tělesné faktory, nejsou dostatečným vysvětlením podoby a rozsahu symptomů. Pacienti obvykle odmítají pokusy lékařů promluvit si o možných psychických příčinách a to i v takových případech, kdy počátek a doba trvání symptomů zjevně časově souvisí s nepříjemnými zážitky, těžkostmi nebo konflikty (6, 7).

Trochu odlišný obraz zahrnujeme pod diagnózu **disociativní (konverzní) poruchy** (F44), dříve nazývané konverzní hysterie. Psychické a fyzické funkce jsou disociovány – rozštěpeny. Představit si můžeme různé typy obrn, poruchy chůze, hlasové projevy, křečové záchvaty, poruchy senzibility a vnímání. Kromě kožní anestezie nebo ztráty zraku či sluchu, můžeme se naopak setkat i se zesíleným vnímáním bolesti. Jejich počátek je mnohdy spojen s traumatickou životní událostí, neřešenými konflikty, narušenými vztahy. Jejich opakovaný výskyt pozorujeme nejčastěji v návaznosti na psychickou zátěž. Příznaky často ukazují pacientovu představu o tom, jak má vypadat somatická choroba. Lékařské vyšetření neodhalí žádnou známou interní ani neurologickou poruchu (6, 7).

c) **Psychosomatické choroby v užším smyslu.**

Výše uvedené skupiny diagnóz mají společné to, že pacient vyhledá primárně somatického lékaře neb je přesvědčen o tělesném původu svých potíží, ten na něm však žádnou patologii neshledá. Jedná se o poruchu funkční, bez patologicko-anatomického korelátu. Z pohledu somatické medicíny o chorobu, jejíž příčinu jsme zatím nenašli. Pojem psychosomatického onemocnění se může s uvedeným do značné míry překrývat, nejde však o totéž. O psychosomatické onemocnění hovoříme spíše než o somatoformní poruše tam, kde somatickou chorobu naopak nacházíme. Tato může

být prokázána objektivním vyšetřením, potvrzena zobrazovacími či laboratorními technikami. Jde o tělesnou chorobu s prokazatelným poškozením orgánů nebo organicky podmíněnou poruchou tělesných funkcí. Předpokládáme však, že na jejím rozvoji a zejména udržování a zhoršování se více nebo méně významně podílejí psychické nebo sociální faktory. Pacienti často dlouho nechápou souvislost působení těla a duše. Ostře tyto oblasti oddělují a žádají, aby nemoc byla léčena odděleně. Lékaři je v tom většinou utvrzují. Zohlednění předpokladu spolupůsobení psychosociálních faktorů v klinické praxi může zlepšit terapeutické výsledky. Jako příklady chorob objektivně existujících a verifikovatelných, s průběhem mnohdy závažným, výrazně ovlivňujícím kvalitu života a mnohdy i život sám, kde kromě etiologických faktorů autoimunitních, mikrobiologických a jiných předpokládáme i významný podíl psychiky bývají nejčastěji jmenovány vředová choroba gastroduodenální, specifické střevní záněty, různé dermatózy (psoriáza, atopický ekzém), různé bolestivé stavy jako vertebrale, migréna, různá revmatická onemocnění a další (5, 6).

d) **Somatopsychická onemocnění.** Jde o psychické a sociální následky onemocnění a jejich zvládnutí. Většinou jde o chronická onemocnění, například nádorová. Čím chroničtější průběh tělesné choroby, tím více vystupují tyto psychosociální faktory do popředí (6).

PSYCHOSOMATIKA VE SVĚTĚ A U NÁS, PSYCHOSOMATIKA V MEDICÍNSKÝCH OBORECH

Největší tradici i základnu má psychosomatika v **Německu**. Na lékařských fakultách patří od roku 1970 mezi povinné předměty. Je součástí postgraduálního vzdělávání ve všech oborech. Při německých nemocnicích jsou běžným jevem psychosomatická lůžková oddělení. Celkem je v Německu 7 000 psychosomatických lůžek (8). V Česku bylo naopak dlouho na psychosomatiku nahlíženo jako na něco, co do seriózní a na důkazech založené

moderní medicíny nepatří. Mnozí vidí rovnítko mezi psychosomatikou a různými alternativními přístupy. To je nedorozumění, na kterém mají podíl někteří mediálně známí kolegové, kteří sami sebe označují za psychosmatiky, přitom se však otevřeně hlásí k metodám, které do standardních medicínských postupů můžeme zařadit jen těžko. Byla by však škoda spolu s takovýmito jednotlivci odmítat celý obor. Česká společnost psychosomatické medicíny byla přijata do ČLS JEP teprve 16. 3. 2015. Psychosomatika je nově i u nás nástavbovým atestačním oborem. Vyhláška MZ ČR č. 286/2013, kterou byl nástavbový obor Psychosomatika přijat, a Věstník MZ 2015, částka 5, z 20. 5. 2015 s náplní oboru, umožňují lékařům každé specializace žádat MZ prostřednictvím IPVZ o zařazení do specializační přípravy. Vznikají především soukromá ambulantní pracoviště specializující se na psychosomatiku. Lůžkové psychosomatické oddělení je u nás zatím jen při psychiatrické léčebně ve Šternberku. Různá je i povědomost o psychosomatice v různých medicínských oborech. Blízká je tato problematika zejména **neurologům** kteří vědí, že pětina epileptických záchvatů je neepileptických, konverzních (9). **Gynekologové** mají i mezinárodní organizaci psychosomatické gynekologie (<http://www.ispog.org>) a časopis (Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology). **Dermatologové** pořádají pravidelné dermatopsychosomatické kongresy. Doporučené postupy pro **praktické lékaře** mají i samostatný oddíl, věnující se managementu psychosomatických pacientů v ordinaci praktického lékaře (10). Součástí atestační zkoušky praktických lékařů je i otázka z psychosomatiky. Výše uvedený výčet není zdaleka vyčerpávající. Uveden je jen jako ilustrace.

PSYCHOSOMATIKA V UROLOGII

Urologie patří mezi obory, které si význam psychosociálních faktorů na průběh některých onemocnění připouštějí spíše neochotně. Alespoň v našem prostředí. Přitom i mezi urologickými pacienty je těch s významným podílem psychosomatiky nemálo. Je proto i řada dokladů v odborné literatuře. Mezi oblastmi, kde můžeme předpokládat

významnou roli psychosociální komponenty, patří jistě kapitola chronické pánevní bolesti, sexuálních dysfunkcí, dále různé mikční dysfunkce, recidivující uroinfekce.

SYNDROM CHRONICKÉ PÁNEVNÍ BOLESTI (CPPS)

Bolest nesouvisející s infekčním, maligním či jiným jasně definovaným onemocněním, vyskytující se u mužů i žen ve strukturách uložených v pánvi. Ve všech případech má bolest negativní kognitivní, behaviorální, sexuální a emocionální důsledky. Může být spojena s mikční, sexuální, gastrointestinální či gynekologickou dysfunkcí (11).

Představovat tuto skupinu onemocnění urologům jistě není nutné. Všichni se s ní setkáváme v každodenní praxi. Chci jen zdůraznit některé aspekty onemocnění, přičemž vycházím z EAU Guidelines. V aktuální podobě Guidelines z roku 2016 je psychologickým aspektům věnováno podstatně více prostoru než v předchozích verzích. Poprvé je zde použit termín psychosomatické onemocnění, psychosomatické příznaky, biopsychosociální aspekty. Autoři nerozlišují mezi somatizační poruchou a psychosomatickým onemocněním. Opakovaně zdůrazňují důležitost zhodnocení psychosociálních faktorů, na druhou stranu však varují před nálepkováním CPPS jako psychosomatické choroby, respektive podceňováním moderního pohledu na neurobiologii bolesti. To je v souladu s psychosomatickým konceptem, tedy myšlenkou vyváženého hodnocení různorodých etiologických vlivů, včetně psychologických a sociálních.

Psychologické faktory ovlivňují vývoj i trvání perzistentní pánevní bolesti, způsob, jakým se pacient vyrovnává s bolestí i výsledky léčby (12). Není to pouze bolest, která způsobuje úzkost a ztrátu oblíbených činností, které nějakým způsobem souvisejí s bolestí, ale rovněž obavy z poškození, z onemocnění a déletrvajícího utrpení. Existují jasné důkazy o tom, že na mechanismu bolesti se podílejí kognitivní, behaviorální i emocionální procesy. Úzkost, deprese a sexuální poruchy se vyskytují u pacientů s CPPS často, je tedy třeba je

zohlednit při vyšetřování i léčbě. Důležitými faktory jsou i nevhodné copingové strategie a vztahový distres. Úzkostnost a depresivita mohou být signifikantně důležité průvodní symptomy, které mají zpětně vliv na bolest, omezení a nízkou kvalitu života (QoL). Zejména katastrofické vnímání bolesti je negativním prediktivním faktorem, ovlivňujícím vnímání bolesti více než ostatní psychologické proměnné (13, 14). Pacienti mají často pocit bezmoci vnímaný až drtivě. Ten může stát v pozadí refrakternosti pacientových příznaků. Je důležité zdůraznit, že mnoho těchto biopsychosociálních následků je běžných i u jiných perzistujících bolestivých syndromů ale jejich váha je interindividuálně variabilní. U všech pacientů s CPPS musí být tyto aspekty jasně popsány jako součást fenotypu.

Mezi rizikové faktory patří stres, který způsobuje dlouhodobé biologické změny (15). Nepříznivé životními události, zejména v raných fázích života, se mohou podílet na formování bolestivých syndromů v dospělosti. Je důležité se pacienta na tyto okolnosti dotazovat (16).

Dělení etiologie na organickou vs. psychogenní je nevědecké. Pánevní bolest a distres jsou ve vzájemném vztahu (17). Jsou doklady o tom, že historie sexuálního či fyzického zneužívání nebo jiného psychotraumat, úzkostnost, depresivita, mnohočetné somatické problémy a psychosomatické symptomy jsou rizikovými faktory pro CPPS u žen i mužů (18, 19). Vztah je však v mnohém nejasný a vyžaduje další studium.

Jsou i jisté důkazy souvislosti mezi znásilněním a CPPS (a také fibromyalgií a funkčními gastrointestinálními poruchami) (20). Sexuální násilí v nedávné minulosti se může promptně prezentovat pánevní bolestí (21). Většina prací zkoumající toto téma se týká žen. Podobné studie v mužské populaci jsou vzácnější. Ve studii BACH bylo zjištěno, že muži se zkušeností sexuálního, fyzického nebo psychického zneužívání v dětství mají v dospělosti zvýšené riziko výskytu symptomů CPPS (22).

Některé problémy spojené s bolestí, které mají vliv na sexualitu, jsou hodnoceny jako sexuální problémy (dyspareunie), i když v centru problému je bolest nezávislá na sexuální aktivitě samotné (23). Lepší integrace sexuologie a mainstreamové psychologie

do problematiky CPPS u mužů i žen je potřebná a je v souladu s biopsychosociálním modelem (24, 25).

Autoři varují před tendencí považovat symptomy CPPS při negativním objektivním nálezů automaticky za psychogenní, protože takové rozlišování není konzistentní se známými mechanismy bolesti (26). Psychologické procesy myšlení, emocí a chování a jejich interakce s procesy zpracovávající bolestivé signály je velmi komplexním dějem. Jeho výsledkem je inhibice i facilitace bolestivých podnětů, jejich zhodnocení a odpověď na ně. Modely integrující psychologické faktory shledávají tyto jako důležité v udržování symptomů CPPS a urogenitální bolesti konzistentně se soudobým neurobiologickým chápáním bolesti. Tyto modely jsou nečetné ale kvalitní (27).

Přímé dotazování na pacientovy obavy je užitečnější než vyplňování dotazníků zaměřených na výskyt úzkostných stavů. V případě, že pacient trpí depresivními stavy a úzkostmi, které připisuje bolesti, může být nutné zvolit léčbu vycházející z psychologické komponenty. V léčbě by měl figurovat kromě algeziologa i psycholog a psychoterapeut. Psychologické intervence mohou být směřovány přímo na bolest nebo přizpůsobení se bolesti. Psychoterapie zlepšuje fungování, náladu a snižuje nároky na lékařskou péči. Taková komplexní léčba je v souladu s principy a praxí léčby chronické bolesti (28). Tyto principy však bývají často opomíjeny u pánevní bolesti (29). Integrace somatických a psychologických přístupů do diagnostického a terapeutického procesu je lepší hned od začátku nežli až po tom, co nebyla organická choroba nalezena.

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Mnoho současných pojednání zejména o erektilní dysfunkci (ED) uvádí optimistické konstatování, že zatímco v minulosti byla příčina ED hodnocena v 80–90 % jako psychogenní, dnes je tomu právě naopak a moderní a na důkazech založená lékařská věda seznala 80–90 % případů ED jako organicky podmíněné (30, 31). Asi nejbližší pravdě je předpoklad, že většina případů ED je etiologie smíšené. V každém případě porucha může mít závažný do-

pad na psychosociální zdraví pacientů, na jejich QoL, a také na jejich partnerky a partnery, jakož i na jejich vztah. Vztah je poruchou ohrožen, dysfunkční vztah je naopak zdrojem distresu a bývá jedním z komplexních faktorů podílejících se na vzniku poruchy (32). Platí to, co bylo uvedeno v předchozí kapitole – **oddělovat psychologické a somatické faktory nedává smysl**. I u poruch jednoznačně primárně somatických – např. ED po RAPE – mají úzkost, deprese, obavy z budoucnosti, pocity beznaděje a nedostatečná podpora partnerky podstatný vliv na compliance, úspěšnost léčby a QoL (33). Pokud nejsou tyto faktory náležitě zohledněny, výsledky léčby budou horší, než by mohly být. To platí i o jiných dysfunkcích, zejména nedostatečné sexuální apetenci. Pokud je vyloučena příčina hormonální a farmakologická, vysvětlení je většinou v rovině psychologické (úzkost, deprese, vztahové problémy). Léčba nejspíše psychologickými prostředky. Podobně i u ženských sexuálních dysfunkcí, kdy organická příčina většinou nebývá nalezena a možnosti farmakoterapie jsou omezené (34–39).

MIKČNÍ DYSFUNKCE

O souvislosti psychologických faktorů s různými mikčnými dysfunkcemi v literatuře není mnoho údajů, přestože každý člověk má zkušenost s tím, že nucení na močení je většinou možné vůlí oddálit. Většina lidí zažila, že při stresu a psychické zátěži cítí častější nucení na moč, mnohdy i urgentní. Častější nucení na močení pozorujeme v souvislosti s mnohými psychiatrickými onemocněními. MKN 10 vyjmenovává u diagnózy F43.3 somatoformní vegetativní dysfunkce jako jeden z příznaků časté močení (7). Některé komunitní studie konstatují signifikantní souvislost mezi výskytem mikčných symptomů a depresí, v míře daleko vyšší než souvislost s jinými chorobami (41). Známa je souvislost inkontinence s depresí. Syndrom hyperaktivního měchýře (OAB) má například evidentně výrazný vliv na kvalitu života. Nejde jen o samotné těžkosti s častým močením a s toho rezultující špatnou kvalitou spánku, ale i o vyhýbání se dříve běžným aktivitám, jejich omezování, výběr oblečení, omezení sexuál-

ních aktivit. Důsledkem je úzkostnost a depresivita, které opět zhoršují průběh onemocnění, kvalitu života i terapeutické výsledky, mj. i mechanismem anticipace obtíží (42). Trénink měchýře je kromě farmakoterapie jedním ze základních terapeutických přístupů. Neškodí připomenout, že se jedná v podstatě o metodu kognitivně behaviorální (KBT) psychoterapie (43).

UROINFEKCE

O psychologické komponentě můžeme uvažovat i u některých pacientů s chronickými a recidivujícími záněty močových cest. Také u těchto pacientů a pacientek stojí někdy v popředí celkového obrazu úzkostnost či depresivita a anticipace obtíží. Některé pacientky samy tuto možnost nabízejí. Zdůrazňují pocity zoufalství. Nemoc ovlivňuje běžné fungování. Omezuje pracovní schopnost, sportovní aktivity, ale v neposlední řadě sexuální život a plánování mateřství. Můžeme uvažovat o vlivu stresových faktorů na imunologické mechanismy. Dotazem se často dopátráme, že pacientka zažívá partnerskou krizi, nebo ambivalenci, případně jiné nepříznivé životní okolnosti (44–46).

MANAGEMENT PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Doporučení manuálu pro praktické lékaře je obecné a je možné ho aplikovat i na praxi specialistů (10). Lékař by měl myslet na psychosociální okolnosti každého stonání od samého začátku diagnostického postupu. Jestliže však provede všechna obvyklá vyšetření podle převažujících příznaků a somatická léčba vede k uzdravení, není třeba rozšiřovat diagnostiku a zájem o relevantní psychosociální kontext.

Pomýšlíme-li na to, že u daného pacienta mají psychosociální faktory významný vliv na průběh jeho onemocnění, snažíme se takovou pracovní hypotézu potvrdit rozšířenou psychosociální

anamnézou a dalšími diagnostickými postupy běžnými v psychosomatice, na což je třeba si s pacientem udělat čas. Pečlivým vyšetřením somatických příznaků potvrzuje lékař pacientovi, že jeho symptomy bere vážně. Společně s pacientem sestaví další somatický diagnostický postup, který musí obsahovat i jasné a pro pacienta srozumitelné hranice.

Dále se ptáme pacienta, jak si vysvětluje původ a trvání svých obtíží (jeho hypotézu akceptujeme), jak si myslí, že by mohl tyto aspekty ovlivnit, proč si myslí, že nemůže nadále vykonávat určité aktivity nebo zaměstnání, na jeho očekávání ohledně možného přínosu lékařů a dalších odborníků při zvládnání jeho potíží, na jeho očekávání dalšího vývoje jeho příznaků a celkového vlivu na jeho život ve vzdálenější budoucnosti (případně, co by se stalo, kdyby nic nepomohlo). Pozorujeme, jaké emoce a pocity doprovázejí rozhovor o obtížích. Existuje rozšířená představa, že svým emocím každý rozumí a jsou-li na něm vidět, musí o nich taky vědět. Není tomu tak. O tělesných projevech emocí (zlosti, smutku, strachu...) nemusí pacient vědět nic, nenaučil se jim rozumět nebo je má z různých důvodů potlačené. Můžeme se ptát následovně: Jaké pocity a emoce v něm jeho obtíže vyvolávají? Má z příznaků obavy a úzkosti a čeho přesně se obává? Co je přesně důvodem pro tyto starosti? Jak často si během dne na svoje obtíže vzpomene a jak se přitom cítí? Jaká situace (případně emoční doprovod té situace) jeho příznaky zhoršuje? Co jeho symptomy a jejich prožívání zlepšuje? Obecně platí, že tento typ symptomů vždy patří do nějakého vztahu a v něm se jednak udržuje a také léčí. Vita sexualis je citlivý ukazatel stavu partnerství, pokud ne přímo zdrojem četných symptomů. Zdroj problémů může ležet také v minulosti. Měli bychom myslet na traumata, jako je zneužívání, domácí násilí, závislost. Pokud se k takovým tématům dostaneme, neměla by nás svádět k vysvětlování příčinných souvislostí, ale k hledání zdrojů odolnosti při překonávání těžkostí v pacientově příběhu. Sledujeme sociální dopady symptomů a ptáme se neobviňujícím způsobem.

Pokud pacient sám žádá dodatečná vyšetření, aniž je k tomu opodstatnění, lékař pacientovi vysvětlí, že v tuto chvíli nejsou další vyšetření potřeba, protože neočekává, že by přinesla nějaké nálezy.

Zároveň je vhodné zdůraznit, že i když jsou všechna vyšetření negativní, lidé přesto mohou trpět různými tělesnými příznaky. Důležité také je, aby pacient věděl, že lékař mu i přes chybějící somatický nález jeho potíže věří. Snažíme se však zabránit bezúčelnému kolování pacienta po specialistech.

V první fázi by si měl s takovýmto pacientem lékař poradit sám, bez ohledu na specializaci. Teprve u komplikovanějších případů s vleklým průběhem a intenzivnější propagací symptomů je vhodné zapojit do péče o pacienta psychologa, fyzioterapeuta, sociální pracovníky, psychiatra či psychoterapeuta, ev. specialisty zabývající se psychosomatikou dle konkrétní potřeby. Nejvíce důkazů v léčbě psychosomatických chorob psychologickými prostředky bylo prokázáno u KBT, která je dobře kompatibilní s klasickým lékařským myšlením, a proto má nejvíce studií. Stejně účinné jsou i další směry psychoterapie, které lze indikovat podle typu pacienta a druhu problematiky. Na procesu odeslání k dalším odborníkům by se měl podílet i pacient, aby taková spolupráce odpovídala také jeho přáním, momentálním potřebám a schopnostem. Víme, že pacienti často akceptují lépe, jsou-li odesláni k psychologovi pouze na podpůrnou psychoterapii či poradenství, než by šli na psychoterapii či psychiatrii, protože „léčit se z duševní choroby“ je stále pokládáno za stigma (8, 10).

ZÁVĚR

Většina urologů ve své každodenní praxi čelí zkušenosti, že to, jak jejich pacienti stonají, je ovlivněno psychologickými faktory, v některých případech i výrazně. Tato skutečnost je sice běžně reflektována v kuloárních debatách, na urologických kongresech a v urologické literatuře je však diskutována minimálně nebo vůbec. EAU guidelines jsou pro většinu urologů respektovaným vodítkem pro klinickou praxi. Guidelines pro léčbu CPPS s opakovaným zdůrazňováním důležitosti implementace psychologické komponenty však jako by byly výjimkou. Snad je to tím, že tyto faktory jsou pro biologicky orientované lékaře většinou jaksi obtížně uchopitelné. Snad hraje roli určitá nechota

angažovat se v oblasti, ve které se urolog necítí být odborníkem. I když je i celá řada vědeckých důkazů o spojitosti psychologických faktorů se somatickými onemocněními a stále jich přibývá, je třeba si přiznat, že se tato oblast evidence based zkoumání občas poněkud vzpírá. Důvody jsou logické – obrovská variabilita, komplexnost, obtížná měřitelnost. Přesto by bylo chybou ji ignorovat. Multioborová spolupráce může rovněž v praxi váznout z nejrůznějších důvodů. Jedním z nich je i malá informovanost urologické obce o spektru služeb a možnostech tohoto segmentu. Mnoho kolegů nemá jasnou představu, jaký je rozdíl mezi psychiatrem, psychologem a psychoterapeutem a při zmínce o psychosomatice mnohé napadne, že

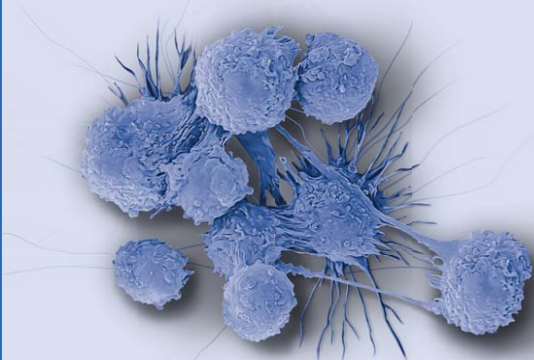
jde o nějakou formu léčení. Občas se setkáváme s pacienty, kterým již někdo řekl, že ty problémy mají tak zvaně „od hlavy“ či „od nervů“ a že s tím mají jít za psychiatrem. Takto podaná informace v pacientovi však probudí nejspíše dysforii, vztek, naštvaní, zklamání či pocit zoufalství. Za příslušným odborníkem stejně nepůjdou a když, tak pouze pro potvrzení, že netrpí psychiatrickým onemocněním. Přitom mnohdy stačí málo. Vysvětlit pacientovi, že jeho problematika je komplexní a je třeba řešit ji ze všech aspektů. Vyžaduje to sice o trochu více času, v důsledku si však čas můžeme naopak ušetřit a pacientovi pomoci, nasměrujeme-li ho ke smysluplnému řešení. A o to jde jistě nám všem.

LITERATURA

1. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, May 1980, 535–544.
2. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196 (4286): 129–136.
3. Burns C. A Forgotten psychiatrist Baron Ernst von Feuchtersleben. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, December 1953.
4. Faleide AO, Faleide EA, Lilleba LB. Vliv psychiky na zdraví. Praha, Grada 2010: 23–31.
5. Poněšický J. Psychosomatické lékařství. Praha, PVŠPS 2010.
6. Morschitzky H, Sator S. Když duše mluví řečí těla. 3. vydání, Praha, Portál 2015: 12–25.
7. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – MKN-10, online: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>.
8. Tress W, Krusse J, Ott J. Základní psychosomatická péče. Praha, Portál. 2008: 26–33, 349–364.
9. Nežádal T. Psychogenní neepileptické záchvaty. *Neurol. praxi* 2015; 16(5): 286–289.
10. Chvála V, Honzák R, Masner O, et al. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře – Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné poruchy. Praha 2015, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství.
11. Engeler DS, Messelink EJ, Baranowski AP, et al. EAU Guidelines Chronic Pelvic Pain, <http://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>.
12. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006. 332: 749.
13. Tripp DA, Nickel JC, Fitzgerald MP, Mayer R, Stechysen N, Hsieh A. Sexual functioning, catastrophizing, depression, and pain, as predictors of quality of life in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology* 2009; 73: 987.
14. Tripp DA, et al. Catastrophizing and pain-contingent rest predict patient adjustment in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Pain* 2006; 7: 697.
15. Savidge CJ, Slade P. Psychological aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 1997; 42: 433.
16. Raphael KG. Childhood abuse and pain in adulthood: more than a modest relationship? *Clin J Pain* 2005; 21: 371.
17. Fry RP, Crips AH, Beard RW. Sociopsychological factors in chronic pelvic pain: a review. *J Psychosom Res* 1997; 42: 1.

18. **Oelofs K, Spinhoven P.** Trauma and medically unexplained symptoms towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 798.
19. **Hilden M, Schei B, Swahnberg K, et al.** A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG* 2004; 111: 1121.
20. **Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al.** Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009; 302: 550.
21. **Campbell R, Lichty LF, Sturza M, Raja S.** Gynecological health impact of sexual assault. *Res Nurs Health* 2006; 29: 399.
22. **Hu JC, Link CL, Mc Naughton-Collis M, Barry MJ, McKinlay JB.** The association of abuse and symptoms suggestive of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: results from the Boston Area Community Health survey. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1532.
23. **Binik YM.** The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Arch Sex Behav* 2010; 39: 292.
24. **Bergeron S, Rosen NO, Morin M.** Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain* 2011; 152: 1223.
25. **Davis SN, Binik YM, Carrier S.** Sexual dysfunction and pelvic pain in men: a male sexual pain disorder? *J Sex Marital Ther* 2009; 35: 182.
26. **Grace VM.** Pitfalls of the medical paradigm in chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14: 525.
27. **Melzack R,Coderre TJ, Katz J, Vaccarino AL.** Central neuroplasticity and pathological pain. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 933: 157.
28. **Bordman R, Jackson B.** Below the belt: approach to chronic pelvic pain. *Can Fam Physician* 2006; 52.
29. **Rosenbaum TY.** How well is the multidisciplinary model working? *J Sex Med* 2011; 8: 2957.
30. **Breza J.** Erektile poruchy. I. vyd. Martin: Osveta, 1994.
31. **Šrámková T.** Úskalí diagnostiky a léčby erektilní dysfunkce. *Urolog. Praxi* 2010; 11(4): 189–191.
32. **Fisher WA, Eardley I, McCabe M, Sand M.** Erectile dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples I: couple conceptions of ED. *J Sex Med* 2009; 6(10): 2746–2760.
33. **Sanda MG, Rodney L, Dunn L, et al.** Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *N Engl J Med* 2008; 358(12): 1250–1261.
34. **Zámečník L, Dvořáček J.** Ženská sexuální dysfunkce, *Urolog. Praxi*; 2004: 2.
35. **Lottman PE, Hendriks, et al.** The impact of marital satisfaction and psychological counselling on the outcome of ICI – treatment in men with ED. *Int J Impot Res.* 1998; 10: 83–87.
36. **McCabe M, Althof SE, Chevret-Measson M, et al.** Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine.* January 2010(1): 327–336.
37. **Corona G, Rastrelli, Rastrelli G, Ricca V, et al.** Risk factors associated with primary and secondary reduced libido in male patients with sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine* 2013; 10(4): 1074–1089.
38. **Beutel M.** Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction. *Andrologia* 1999; 31: 37–44.
39. **Borrás-Valls JJ, Gonzalez-Correales R.** Specific aspects of erectile dysfunction in sexology. *International Journal of Impotence Research* 2004; 16: S3–S6.
40. **Kuffel A, Kapitz A, Löwe B, Eichelberg E, Gumz A.** Chronic pollakiuria: cystectomy or psychotherapy. *Urologe A* 2014; 53(10): 1495–1499.
41. **Fitzgerald MP, Link CL, Litman HJ, Trivison TG, McKinlay JB.** Beyond the lower urinary tract: the association of urologic and sexual symptoms with common illnesses. *Eur Urol.* 2007; 52(2): 407–415.
42. **La HL, Baixin S, Rawal A, Vetter J.** The relationship between depression and overactive bladder/urinary incontinence symptoms in the clinical OAB population. *BMC Urol.* 2016; 16: 60.
43. **Burgio KL.** Influence of behavior modification on overactive bladder. *Urology* 2002; 60(5 Suppl 1): 72–76.

44. Hunt JC, Waller G. Psychological factors in recurrent uncomplicated urinary tract infection. BJUI 1992; 69(5): 460–464.
45. Hunt J, Waller G. Recurrent uncomplicated urinary tract infection: a review of psychological factors. J Psychosom Res. 1993; 37(4): 313–323.
46. Noll-Husson A, Autenrieth M, Pokorny D, Herberger S, Huber D. The subject, its biology, and the chronic recurrent cystitis, Case Reports in Psychiatry, 2012.



Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol
a Onkourologická sekce
České urologické společnosti
České lékařské společnosti J. E. Purkyně


Vás zvou na

2. ročník konference

Komplexní novinky v onkourologii (KNOU)

Hotel Angelo, Radlická 1G, 150 00 Praha 5, 150 00 Praha 5
19. - 20. 5. 2017

Odborný program - okruhy:

- diagnostika a léčba lokálně pokročilého karcinomu ledviny
- chemohormonoterapie v první linii léčby metastatického hormonálně senzitivního karcinomu prostaty
- imunoterapie uroonkologických onemocnění
- léčba lokálně pokročilých a rizikových nádorů močového měchýře
- organizace péče - jaká je racionální míra koncentrace péče v onkologii (onkourologii)
- léčba lokálně pokročilého karcinomu prostaty

Informace o konferenci: www.knou.cz • Registrace účastníků od 1. 1. 2017 • www.knou.cz/registrace/