

Zaburzenia psychiczne u pacjentów leczonych z powodu chorób układu moczowo-płciowego - przegląd piśmiennictwa

Psychiatric disorders in urology patients - a review of the literature

Andrzej Czernikiewicz, Beata Wisz

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Celem pracy była analiza dostępnej literatury pod kątem zaburzeń psychicznych u pacjentów leczonych z powodu chorób układu moczowo-płciowego. Szczególną uwagę zwrócono na problemy pacjentów z chorobami nowotworowymi, leczonych chirurgicznie, na kwestię andropauzy oraz problemów intymnych tych pacjentów. Zaburzenia psychiczne pojawiające się w przebiegu chorób somatycznych mogą być wynikiem działania czynników organicznych na O.U.N., reakcją na chorobę, jej stopień ciężkości, złe rokowanie, uciążliwość oraz ograniczenia będące wynikiem danego schorzenia, jak też, istotnych zmian sytuacji społecznej, w tym także mogą być stanem łączącym wyżej wymienione przyczyny. Choroba nowotworowa ze względu na specyficzny stereotyp myślenia społecznego, kojarzący rozpoznanie raka ze śmiercią w bólu, stanowi ogromne obciążenie psychiczne nawet wtedy, gdy nie powoduje przykrych dolegliwości fizycznych i nie ogranicza aktywności ruchowej czy społecznej. Wiele procedur chirurgicznych wiąże się ze szczególnie wysokim poziomem lęku. Temat andropauzy, inaczej męskiego psychoendokrynologicznego zespołu wieku średniego jest również powiązany ze zmianami w psychice, a także w życiu intymnym pacjentów. Biorąc pod uwagę kontekst urologiczny, problemy dotyczące stanu psychicznego oraz zaburzeń zdrowia seksualnego można podzielić na takie, które występują przed zabiegami chirurgicznymi i te, będące konsekwencją leczenia inwazyjnego. Problemy te dotyczą zarówno mężczyzn, jak i kobiet, chociaż piśmiennictwo poświęcone zaburzeniom seksualnym u kobiet z problemami typowo urologicznymi jest ubogie. Zaburzenia zdrowia seksualnego mogą prowadzić do różnorodnych kompleksów i obniżonej samooceny. Mogą wówczas występować także, zaburzenia zdrowia psychicznego (psychosomatyczne, depresyjne, nerwicowe, itp.), poczucie niskiej wartości, konflikty i napięcia w relacjach partnerskich, drażliwość w kontaktach międzyludzkich. Na podstawie literatury można wnioskować, iż pacjenci oddziałów urologicznych borykają się z różnymi trudnościami natury psychologicznej czy psychiatrycznej. Problemy te nierzadko, w tak zwanej medycynie somatycznej, są traktowane jako drugorzędne. W wielu przypadkach postawienie właściwej diagnozy jest trudne, ze względu na podobieństwa objawów pojawiających się zarówno w chorobach urologicznych, jak i psychiatrycznych. W związku z tym warto perspektywę leczenia traktować holistycznie, łącząc objawy psychiczne i somatyczne.

Słowa kluczowe: stan psychiczny, jakość życia, urologia

Abstract

The purpose of this study was to analyze the existing literature regarding patients' mental disorders after urological treatment. Special attention was paid to problems of patients with cancer, treated surgically, and with andropause and intimate problems. Mental disorders occurring in the course of somatic diseases may be a reaction to the disease itself, its severity, nuisance, and limitations coming along with the disease. It may also be a result of poor prognosis, as well as significant change of social situation, and the outcome of somatic factors influencing the central nervous system. Also it may be a combination of two mentioned above conditions. Cancer, due to its stereotypical social perception, is mainly identified with death in agony, which can be an enormous psychological burden, even though it may not cause any limitation to physical or social activities. Many surgical procedures are associated with particularly high anxiety. The issue of andropause, called simultaneously the male midlife psycho-endocrine syndrome is also associated with changes in the psyche, and patients intimate sphere. Taking into consideration urological aspect, sexual disorders occurring after surgery can be a consequence of invasive treatment. These disorders affect both men and women, although the literature devoted to women's sexual disorders with purely urological problems is poor. Reduced sexual ability can lead to various disorders, complex and reduced self-esteem; for instance: psychosomatic, depressive and neurotic disorders, relationship and interpersonal problems, low patience. Based on the literature, it can be concluded that patients undergoing urological treatment are facing various psychological or psychiatric disturbances. These problems are often marginalized in somatic medicine. In many cases setting proper diagnosis is difficult due to similarity of symptoms that occur in both disturbances: urological, and psychiatric. It is worth to carry on the therapy holistically, combining psychological and somatic symptoms.

Keywords: mental state, quality of life, urology

Wstęp

Urologia jest dyscypliną medyczną, której działalność polega na profilaktyce, diagnostyce i leczeniu (far-

makologicznym, operacyjnym, endoskopowym) chorób, wad i urazów narządów układu moczowo-płciowego u pacjentów obu płci, wśród których dominują mężczyźni.

Jest to medyczna specjalność zabiegowa, w której wykorzystuje się technologie medyczne chirurgii klasycznej oraz endoskopowej, jak również osiągnięcia farmakologii klinicznej.

Zauważając, jak szerokim polem chorób somatycznych zajmuje się lekarz urolog, należy zadać pytanie o stan psychiczny pacjentów leczonych z powodu chorób układu moczowo-płciowego. Biorąc pod uwagę pacjentów z chorobami nowotworowymi, chorych poddawanych zabiegom operacyjnym, jak również, ogólnie, chorych leczonych na oddziałach szpitalnych, interesującym wydaje się być zagadnienie stanu psychicznego tych pacjentów. Zaburzenia psychiczne pojawiające się w przebiegu chorób somatycznych mogą być wynikiem działania czynników organicznych na O.U.N., reakcją na chorobę, jej stopień ciężkości, złe rokowanie, uciążliwość oraz ograniczenia będące wynikiem danego schorzenia, jak też, wynikiem istotnych zmian sytuacji społecznej, w tym także stanem łączącym wyżej wymienione przyczyny. Wystąpienie omawianych zaburzeń psychicznych zależy od: indywidualnej predyspozycji, zaawansowania choroby, czasu jej trwania, a także, od rodzaju stosowanego leczenia [1]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zdrowie, to nie jedynie brak choroby, ale dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny oraz adaptacja do warunków zmieniającego się środowiska społecznego i naturalnego oraz radzenie sobie z tymi zmianami w różnych warunkach. Wszystkie procesy somatyczne, emocjonalne, funkcje seksualne, odczucia oraz zachowania są uwarunkowane wspólnie oddziałującymi czynnikami psychicznymi, biologicznymi, sytuacyjnymi oraz społeczno-kulturowymi. Przyczyną zaburzeń psychicznych czy psychologicznych mogą być zmiany w jednym z tych czynników. W wielu przypadkach mamy jednak do czynienia z etiologią wieloczynnikową. Szczególną grupę pacjentów, borykających się z wymienionymi problemami, stanowią chorzy leczeni urologicznie, u których, nierzadko problemy natury psychicznej są traktowane jako drugorzędne. Celem tej pracy jest holistyczne spojrzenie na stan psychiczny pacjentów leczonych przez lekarzy urologów oraz wpływ „psychiki” tych pacjentów na ogólne pojęcie „zdrowia”.

Wybrane zagadnienia

Nowotwory

Rak jest chorobą społeczną, jest również jedną z głównych przyczyn zgonów. Choroba nowotworowa ze względu na specyficzny stereotyp myślenia społecznego, kojarzący rozpoznanie raka ze śmiercią w bólu, stanowi ogromne obciążenie psychiczne nawet wtedy, gdy nie powoduje przykrych dolegliwości fizycznych i nie ogranicza aktywności ruchowej czy społecznej. Przewlekły stres psychiczny może, jednak, doprowadzić do załamania równowagi psychicznej [2]. Problemy natury psychicznej pacjentów onkologicznych dotyczą: obniżenia się samooceny,

zmiany obrazu ciała spowodowanej chorobą i jej leczeniem, zaburzeń funkcjonowania seksualnego, utraty możliwości pracy zarobkowej, a także łączą się z istotnym ryzykiem wystąpienia zespołów depresyjnych i lękowych [3]. Rozpoznanie choroby nowotworowej łączy się nierzadko z nasileniem objawów depresyjnych [2]. Lęk o różnym nasileniu ujawniany jest przez cały okres trwania choroby, począwszy od najwcześniejszych faz diagnostyki, poprzez kolejne etapy aktywnego leczenia, także w stanie terminalnym, jak też u osób w okresie remisji [4]. Depresja jest najczęściej spotykanym schorzeniem psychicznym w populacji chorych onkologicznych i w istotnym stopniu wpływa na obraz kliniczny choroby oraz jej przebieg [3]. Ocena częstości współwystępowania depresji i chorób nowotworowych jest bardzo różna i waha się od 20 do 80%. Zależy to od rodzaju badanej populacji, stopnia zaawansowania oraz umiejscowienia choroby nowotworowej oraz od przyjętych kryteriów diagnostycznych depresji [5,6]. W badaniach psychoonkologii bardzo często zwraca się uwagę na jakość życia i coraz częściej właśnie ten czynnik stanowi centrum zainteresowania. Kierunek badań nad jakością życia chorych przewlekłe leczonych zyskał uznanie, kiedy w naukach medycznych rozpoczął się trend sprzyjający wychodzeniu z przekonania typowo biomedycznego do otwartości na psychospołeczny model medyczny. Wiąże się to oczywiście, z dostrzegalnym procesem humanizacji medycyny, czego konsekwencją jest upodmiotowienie pacjenta. Urologia w dużym stopniu ma charakter onkologiczny. Poniżej zostanie przedstawiony dodatkowy, specyficzny co do umiejscowienia nowotworu, zarys problemu jakości życia u uroonkologicznych pacjentów.

Badania związane z oceną jakości życia u chorych na raka nerki nie są szeroko rozpowszechnione. Jak mało poznane jest zagadnienie jakości życia u chorych na raka nerki, może świadczyć artykuł w którym, autorki z University of Sheffield i Weston Park Hospital (Cancer Research Centre) w Sheffield dokonały przeglądu dostępnej literatury związanej z oceną jakości życia chorych na ten typ nowotworu. Okazało się, że spośród 873 artykułów, wstępnie zakwalifikowanych do przeglądu z uwagi na kryteria wyboru, 52 prace ponownie oceniono, jednak tylko 16 prac ostatecznie włączono do analizy. Na podstawie analizy wybranych w ten sposób prac autorki postulują, że nie tylko dalsze badania w tym zakresie, ale także edukacja personelu medycznego na temat związków między rodzajami terapii, a postrzeganą jakością życia w chorobie, jest podstawową formą optymalizacji wyników leczenia, uwzględniających potrzeby pacjenta w zakresie jakości życia [7].

Badania jakości życia chorych na raka nerki obejmują niekiedy także inne aspekty. W jednym z takich badań z 2003r. oceniano nie tylko HRQoL (jakość życia), ale również zadowolenie z życia seksualnego i zadowolenie

z relacji partnerskich. Poszczególne parametry oceniano za pomocą kwestionariuszy: SF-12 Health Survey, WSFQ (the Watts Sexual Function Questionnaire) i RDAS (the Revised Dyadic Adjustment Scale). Dowiedziano, że ogólna ocena satysfakcji seksualnej oraz poszczególnych podskal (pożądanie, wzbudzenie, orgazm, satysfakcja) była na takim samym poziomie u kobiet i mężczyzn, jednocześnie wyniki w grupie raka nerki były niższe niż w grupie kobiet chorych na raka piersi i grupie mężczyzn chorujących na nadciśnienie tętnicze, co może wskazywać na relatywnie gorsze funkcjonowanie seksualne chorych na raka nerki. Wyniki wskazują ponadto, że w badanej grupie 57% kobiet i 51% mężczyzn wykazuje symptomy depresji, mimo że ogólną jakość życia i kondycję swoich związków oceniają dobrze [8].

W badaniu z 2006r. oceniono prospektywnie jakość życia przedoperacyjną i jeden rok po zabiegu u pacjentów, z rakiem gruczołu krokowego, leczonych metodą radykalnej prostatektomii załonowej, u których nie stosowano leczenia neoadjuwantowego lub adjuwantowego [9]. Każdorazowo oceniano ogólną jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia oraz specyficzną dla chorych na raka gruczołu krokowego. W omawianym badaniu stwierdzono, że początkowo obniżona zdolność całkowitej kontroli mikcji oraz sprawność seksualna pacjentów, stanowią istotny aspekt w ocenie jakości życia związanej ze stanem zdrowia po leczeniu operacyjnym. Rok po zabiegu operacyjnym znacząca większość chorych osiągała początkowy poziom jakości życia we wszystkich aspektach. Radykalne leczenie chirurgiczne raka stercza pozwalało zapewnić znaczącej części pacjentów powrót do wyjściowego poziomu kontroli kontynencji i perystaltyki jelit. Obniżony wyjściowo poziom funkcjonowania seksualnego ulegał dalszemu obniżeniu w wyniku jatrogennego wpływu operacji.

52 mężczyzn z rozpoznaniem rakiem gruczołu krokowego zostało w 2011 roku przebadanych pod względem wsparcia jakie otrzymują, a poczucia koherencji (SOC), które to czynniki miały być wyznacznikami w powrocie do zdrowia tych mężczyzn. Wyniki wskazywały na trudności w pokonywaniu problemów u badanych pacjentów oraz na nieprzystosowanie się do życia z chorobą przewlekłą (nowotworową) [10].

W 2006r. roku opublikowano badanie dotyczące jakości życia u chorych z nowotworem pęcherza moczowego, w którym autorzy badali jakość życia chorych według Modelu Schippera, gdzie jakość życia uwarunkowana jest odbiorem przez pacjentów skutków choroby, sposobu leczenia oraz stanem zdrowia [11]. Wśród badanych poziom aktywności fizycznej oraz samoocena stanu zdrowia były zadowalające. Jakość życia w tym badaniu, u chorych na raka pęcherza moczowego, formowała się na średnim poziomie.

Zabiegi chirurgiczne

Zdefiniowano niektóre czynniki warunkujące intensywność i czas trwania lęku w okresie okołoperacyjnym. Włączono do nich: płęć żeńską, palenie papierosów, chorobę nowotworową, zaburzenia psychiczne, depresję, pesymizm, ból oraz chorobę upośledzającą normalne funkcjonowanie [12]. Dla większości osób choroba oraz współistniejące przeżycia są poważnym obciążeniem, ponieważ zakłócona zostaje możliwość realizacji założonych uprzednio celów, pojawiają się dolegliwości fizyczne, którym mogą towarzyszyć negatywne emocje [13]. Wiele procedur chirurgicznych wiąże się ze znamienne wysokim poziomem lęku, co dowiedziano w przypadku procedur torakochirurgicznych, otorynolaryngologicznych, kardiochirurgicznych i w chirurgii jamy brzusznej [14,15]. Średni poziom lęku jako stanu wśród ogólnej populacji dorosłych wynosi 35 pkt, a zmiana wartości tego parametru o ponad 10 pkt. jest uważana za istotną klinicznie [15].

W schorzeniach urologicznych stosuje się zarówno techniki małoinwazyjne jak i tradycyjne zabiegi operacji klasycznych. Jak wiadomo wyniki badań wskazują na poprawę jakości życia we wczesnym okresie pooperacyjnym, po wideoskopowych operacjach pacjentów z refluksem żołądkowo-przełykowym, kamicą pęcherzyka żółciowego, złośliwymi chorobami jelita grubego i cienkiego, w przepuklinach brzusznych i pachwinowych, a także po operacjach bariatrycznych i ginekologicznych. Różnice przemawiające na korzyść operacji laparoskopowych zostały wykazane, także, w przypadku niektórych chorób gruczołu krokowego, nerek, jak też śledziony, łagodnych schorzeń jelita grubego oraz niektórych chorób przełyku i żołądka, lecz nie mają dostatecznej mocy walidacyjnej, gdyż wyniki nie pochodziły z badań randomizowanych. W większości przypadków procedury wideoskopowe zapewniają korzystniejszą pooperacyjną jakość życia w porównaniu z operacjami z dostępu otwartego [16]. Obecnie dostęp laparoskopowy stosowany jest rutynowo w następujących rodzajach operacji urologicznych: laparoscopia zwiadowcza w diagnostyce niezstąpionego jądra, limfadenektomia miednicza w przebiegu raka stercza, zaopatrzenie żyłaków powrózka nasiennego, dekortykacja lub wycięcie torbieli nerki, nefrektomia prosta, nefrektomia radykalna w guzach T1/T2, nefroureterektomia, prostatektomia radykalna, adrenalektomia, pieloplastyka, limfadenektomia zaotrzewnowa w przebiegu raka jądra, pobranie nerki do przeszczepu od żywego dawcy [17].

Andropauza [18]

Problemem interdyscyplinarnym jest andropauza. Termin ten jest nieprecyzyjnym odpowiednikiem kobiecej menopauzy, gdzie ma miejsce wygasanie funkcji jajników, natomiast u mężczyzn upośledzenie

czynności jąder dotyczy tylko ok. 10% populacji. Słuszniej byłoby mówić, raczej o męskim psychoendokrynologicznym zespole wieku średniego. Definicja andropauzy jest przedstawiana jako zespół objawów występujących u mężczyzn po 50 roku życia, charakteryzujący się uderzeniami gorąca, zaburzeniami erekcji, utratą libido, uczuciem zmęczenia, zaburzeniami snu, stanami depresyjnymi, okresowo obniżonym napędem psychoruchowym. Zmiany te wynikają z obniżania się sekrecji hormonów nadnerczowych i gonadalnych. Andropauza pojawia się u 10–20% mężczyzn w wieku około 60 lat. Często jednak obserwujemy osoby znacznie młodsze (45–50 lat), u których występują jej symptomy – głównie psychiczne. Nierzadko, u mężczyzn w tym okresie obserwuje się występowanie objawów subdepresji, a także pojawienie się podejrzliwości, lęku przed ludźmi młodszy i aktywnymi, wybuchowości, trudności w podejmowaniu decyzji, objawów hipochondrycznych albo też nadmiernej aktywności zawodowej. Życie seksualne może stać się istotnym problemem. Według statystyk, w wieku lat 20–25 liczba stosunków płciowych wynosi 2–3 tygodniowo, po przekroczeniu 50 roku życia 1–2. Wywołuje to określone napięcia w życiu rodzinnym. Jest to jednak problem o dużej złożoności. Według zwolenników pojęcia andropauzy, zaburzenia psychiczne są zjawiskiem wtórnym do zmian hormonalnych. W opinii innych, dysfunkcje hormonalne gonad i nadnerczy, towarzyszące np. subdepresji, mogą być zarówno przyczyną jak i skutkiem obserwowanych zmian psychicznych. Ważnym elementem diagnostycznym jest zwrócenie uwagi, czy objawy, które wydają się być andropauzalnymi nie okażą się być depresją maskowaną (tzn. atypowymi zespołami depresyjnymi). Zauważa się, iż w sferze życia psychicznego, seksualnego oraz dolegliwości somatycznych coraz starsi mężczyźni odczuwają większą liczbę objawów. Częściej uskarżają się na problemy dotyczące sfery psychicznej, niż na objawy związane ze spadkiem libido i neuro - wegetatywne. Podkreśla się często, że problemy seksualne (zaburzenia potencji, spadek zainteresowania i zadowolenia z seksu) towarzyszące okresowi przekwitania u mężczyzn mogą być pojmowane przez nich jako własne słabości oraz oznaka pogarszającego się zdrowia oraz możliwości fizycznych. Trudności te mogą wywoływać negatywne odczucia i emocje, pogłębiające z kolei dolegliwości psychiczne [19].

Problemy intymne

„Zdrowie seksualne” to według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), integracja biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Jeśli którykolwiek z tych elementów nie funkcjonuje prawidłowo, cierpią na tym

także pozostałe. Zdrowie seksualne jest również częścią zdrowia reprodukcyjnego. Brak zdrowia seksualnego może prowadzić do różnorodnych zaburzeń, kompleksów i obniżonej samooceny. Mogą wówczas występować: zaburzenia zdrowia psychicznego (psychosomatyczne, depresyjne, nerwicowe, itp.), konflikty i napięcia w relacjach partnerskich, drażliwość w kontaktach interpersonalnych.

Biorąc pod uwagę kontekst urologiczny, problemy dotyczące życia seksualnego można podzielić na: występujące przed zabiegami chirurgicznymi i będące konsekwencją leczenia inwazyjnego.

Problemy te dotyczą zarówno mężczyzn, jak i kobiet, chociaż piśmiennictwo poświęcone zaburzeniom seksualnym u kobiet z problemami typowo urologicznymi jest niezbyt liczne. Również, rzadko można usłyszeć ten temat na konferencjach, czy kongresach medycznych, jest to więc obecnie marginalnie brany pod uwagę obszar badawczy.

Zaburzenia płciowe u mężczyzn dzieli się na zaburzenia popędu płciowego, problemy z polucją/wytryskiem/orgazmem, zaburzenia wzwodu/erekcji i priapizm [20]. Jak już wspomniano, na stan zdrowia seksualnego u mężczyzn ma wpływ tzw. okres andropauzy. Pomimo okresu andropauzy, aktywność seksualną przejawia 83% mężczyzn w wieku >50 lat i zaburzenia w tej sferze są dla pacjentów oraz ich partnerek źródłem stresu oraz obniżenia jakości życia [21,22,23]. Jedną z najczęstszych chorób urologicznych u mężczyzn w tym wieku jest łagodny rozrost stercza (BPH-benign prostatic hyperplasia). Występuje u ponad 50% mężczyzn, po 50 roku życia, a częstość występowania zwiększa się wraz z wiekiem. Składową obrazu chorobowego BPH jest zespół objawów ze strony dolnych dróg moczowych (LUTS-lower urinary tract symptoms). Pojawia się coraz więcej doniesień dotyczących korelacji BPH/LUTS oraz dysfunkcji seksualnych mężczyzn [21,22,23,24,25]. Negatywny wpływ BPH na życie seksualne mężczyzn objawia się w postaci: zaburzeń pożądania, erekcji, ejakulacji, jak również obniżenia się satysfakcji z życia seksualnego. W ocenie pacjentów jest to powiązane z obniżeniem jakości życia, zmniejszeniem poczucia własnej atrakcyjności oraz zakłóceniem relacji partnerskich w związku [21,23,26]. Zaburzenia snu wywołane nokturią, zaburzenia mikcji i parcia naglące zakłócają życie towarzyskie i codzienną aktywność mężczyzn z BPH/LUTS. Związane z tym zaburzenia depresyjne, obniżone poczucie własnej męskości i atrakcyjności wpływają na nasilenie lęku, związanego z możliwością wystąpienia zaburzeń seksualnych. Połączenie tych czynników tworzy mechanizm tak zwanego „błędneho koła” [22,23]. Obniżenie jakości życia ze względu na objawy LUTS o średnim nasileniu porównywane jest do spadku jakości życia powodowanego przez cukrzycę, nadciśnienie tętnicze lub nowotwór, podczas gdy objawy LUTS o ciężkim nasileniu obniżają ten wskaźnik porównywal-

nie do zawału serca lub udaru mózgu [26]. Stąd wniosek, że u mężczyzn zgłaszających się do lekarza z powodu LUTS/BPH istotne jest uwzględnienie, możliwych do wystąpienia, zaburzeń życia seksualnego i odwrotnie - u chorych trafiających do lekarzy urologów z problemem dysfunkcji seksualnych należy wziąć pod uwagę istnienie innych, niż typowo urologiczne, dolegliwości powodowanych przez BPH. Zaburzenia erekcji są znanym powikłaniem związanym z zabiegami operacyjnymi. Biorąc pod uwagę omawiany już aspekt BPH, a zaburzeń jakości życia i sfery seksualnej wydaje się interesującym zagadnieniem jakości życia, a zaburzeń erekcji po leczeniu. Szacuje się, że u około 30% mężczyzn z łagodnym rozrostem stercza wymagane będzie, w pewnym momencie naturalnego przebiegu choroby, leczenie zabiegowe [27]. Częstość występowania zaburzeń erekcji po chirurgicznym leczeniu BPH była oceniana w szerokich granicach 4-32%, a w starszych opracowaniach odsetek ten wynosił nawet 40% [28,29]. Wśród mężczyzn poddanych przezcewkowej resekcji gruczołu krokowego (TURP) pogorszenie w zakresie funkcji seksualnych, szeroko rozumianych, nie tylko jako zdolność do uzyskania i utrzymania erekcji, ale także ejakulacji, libido i satysfakcji z życia seksualnego, zauważało nawet 54% badanych, a całkowitą utratę zdolności do erekcji - 32,5% [29,30]. Do powikłań pooperacyjnych, którymi są zaburzenia seksualne, a w związku z tym do obniżenia jakości życia i pogorszenia stanu psychicznego może dochodzić również w trakcie radykalnych sposobów postępowania z nowotworami, operacjami naczyniowymi, przezcewkowymi zabiegami, jak też zabiegami uroonkologicznymi w postaci radioterapii. Zaburzenia wzwodu mogą dotyczyć 16-83% pacjentów poddanych radykalnej prostatektomii i około 2-34% leczonych za pomocą napromienia z pól zewnętrznych (ERT-External Beam Radiotherapy), natomiast brachyterapia (BT-brachytherapy) może prowadzić do powstania zaburzeń seksualnych u 30-55% leczonych. Wdrożenie metody, która to pozwoliła uchronić pęczek naczyniowo-nerwowy podczas radykalnej prostatektomii dało nadzieję na zachowanie potencji u niektórych pacjentów, jednakże nie jest to sposób gwarantujący w pełni zachowanie prawidłowego wzwodu [31]. Wystąpienie zaburzeń erekcji pozostaje w niezaprzeczalnym związku również z operacyjnym leczeniem raka pęcherza moczowego, stercza oraz odbytnicy.

Problemy intymne dotyczą także kobiet leczących się urologicznie [32]. Zaburzenia seksualne pacjentek leczonych przez lekarzy urologów dotyczą 6-9%, a problemy urologiczne są przyczyną zaburzeń seksualnych u około 5% kobiet szukających pomocy u seksuologów [33,34,35]. W piśmiennictwie obejmującym aspekty seksuologii i urologii kobiet, najczęściej zwraca się uwagę na następujące zagadnienia, jako przyczyny zaburzeń seksualnych, miano-

wicie na stany zapalne dróg moczowych, choroby nerek i dializowanie, nietrzymanie moczu, zespoły bólowe okolicy miedniczej. Vereecken [36] stwierdza, że problem nietrzymania moczu wiąże się z wieloma psychicznymi i seksualnymi aspektami, przykładowo z wyższym poziomem neurotyzmu, poczuciem społecznego stygmatu, z depresją, lękiem, pogorszeniem relacji interpersonalnych, a u 25% pacjentek z pojawianiem się wydzielanie moczu w trakcie współżycia seksualnego, natomiast u 35% z trudnościami w osiągnięciu orgazmu. Zmiany wiążące się z okresem menopauzalnym obejmują, między innymi, takie problemy urologiczne, jak: nietrzymanie moczu, a w wyniku tej przypadłości możliwość pojawienia się tzw. „orgazmu moczowego”, a także zmiany zanikowe w układzie moczowo-płciowym, czy parestezje [37].

Wnioski

Ze względu na szeroką grupę pacjentów urologicznych (pod względem wieku, rozpoznań somatycznych, rodzaju leczenia, implikacji psychosocjalnych, itp.), trudno jest jednoznacznie określić, czy zaburzenia psychiczne dotyczą tej grupy szczególnie. Niewątpliwie jednak, owi pacjenci borykają się z różnymi trudnościami natury psychologicznej czy psychiatrycznej. W wielu przypadkach postawienie właściwej diagnozy jest trudne, ze względu na podobieństwa objawów, pojawiających się zarówno w zaburzeniach urologicznych, jak i psychiatrycznych. Dochodzić może, w podobny sposób, do „nadrozpoznavania” jak i pomijania pewnych problemów natury psychicznej. Niesie to za sobą konsekwencje dla leczonych pacjentów. Często lekarze specjalności typowo somatycznych nie czują się zobligowani do wkroczenia na, nierzadko mało poznane, obszary psychologicznych problemów chorych. Takie podejście może skutkować, obarczaniem pacjenta, często bez potrzeby, zbędnym leczeniem, oraz stresem związanym z wykryciem kolejnej choroby i odwrotnie, zaniechanie leczenia zaburzeń psychicznych może niekorzystnie wpływać na przebieg podstawowej choroby somatycznej i zmniejszać szansę na uzyskanie dobrych efektów terapii. W przypadkach kłopotliwych pomocne mogą być kwestionariusze samooceny pacjenta lub, w szczególnych przypadkach, konsultacje psychiatryczne. Podsumowując, warto perspektywę leczenia traktować holistycznie, łącząc objawy psychiczne i somatyczne, z korzyścią zarówno dla leczących, jak i leczonych.

References

1. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia psychiczne związane ze stanem somatycznym. W: Jarema M., Rabe-Jabłońska J. red., *Psychiatria-podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa; PZWL: 2011, s. 254-267.
2. de Walden-Gałoszko K., Majkowicz M. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk; Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego: 1994.

3. Baile W.F. Jakość życia a zaburzenia depresyjne u chorych onkologicznych. W: Meyza J. red., Jakość życia w chorobie nowotworowej. Warszawa; Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie: 1997, s. 167-182.
4. Araszkiewicz A., Bartkowiak W., Starzec W. Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.*, 2004; 4(4): 157-166.
5. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Trzebiatowska I. Najczęstsze problemy psychiatryczne w ambulatoryjnej praktyce onkologicznej. *Psychoonkologia*, 1998; 2: 21-26.
6. Trzebiatowska I.A. Leczenie depresji w chorobie nowotworowej-aspekty praktyczne. *Psychoonkologia*, 1999; 4: 47-52.
7. Bird J., Hayter M. A review of the literature on the impact of renal cancer therapy on quality of life. *J. Clin. Nurs.*, 2009; 18: 2783-2800.
8. Anastasiadis A.G., Davis A.R., Sawczuk I.S. Quality of life aspects in kidney cancer patients: data from a national registry. *Support Care Cancer*, 2003; 11: 700-706.
9. Gliniewicz B. Ocena jakości życia po prostatektomii radykalnej. *Urol. Pol.*, 2006; 59(Suplement 1): 16.
10. Kurowska K., Żmuda W. Wsparcie a poczucie koherencji (SOC) jako wyznaczniki w powrocie do zdrowia u mężczyzn z rozpoznaniem rakiem prostaty. *Problemy pielęgniarstwa*, 2011; 19(1): 81-85.
11. Mess E., Zatoka R., Jonak K., Lisowska A., Dybko J. Jakość życia chorych z nowotworem pęcherza moczowego. *Onkol. Pol.*, 2006; 9(4): 162-165.
12. Caumo W., Schmidt A.P., Schneider C.N., Bergmann J., Iwamoto C.W., Bandeira D., Ferreira M.B. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 2001; 45: 298-307.
13. Admiraal P., Modzelewska B., Wołowicka L. Badania dynamiki lęku okołoperacyjnego. *Przegl. Psychol.*, 1985; 28: 1103-1111.
14. Kindler C.H., Harms C., Amsler F., Ihde-Scholl T., Scheidegger D. The Visual Analogue Scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth. Analg.*, 2000; 90: 706-712.
15. Basińska K., Michowska M., Borys B., Bukowska A., Dutka P., Wujewicz M. The effect of anaesthetic information on the level of preoperative anxiety. *Anaesthesiol. Intensive Ther.*, 2006; 38: 184-187.
16. Kaska Ł., Ślodziński Z., Kobiela J., Makarewicz W., Stefaniak T. Artykuł poglądowy. Porównanie jakości życia po operacjach laparoskopowych i klasycznych. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne*, 2006; 2: 77-86.
17. Słojewski M. Laparoscopia w urologii-stan aktualny. *Przegl. Urol.*, 2008; 9(3): 49.
18. Mędraś M., Babolek L. Andropauza. Warszawa; PZWL: 2002, 2004.
19. Semczuk M., Kurpisz M. Klimakterium. W: Semczuk M., Kupisz M. red., *Andrologia*. Warszawa; PZWL: 1998, s. 308-316.
20. Anglade R.A., Munnariz R.M., Goldstein I. Zaburzenia płciowe u mężczyzn. W: Siroky M.B., Oates R.D., Babban R.K. red., *Podręcznik urologii-diagnostyka i leczenie*. Lublin; Czelej: 2006, s. 153-155.
21. Rosen R., Altwein J., Boyle P., Kirby R.S., Lukacs B., Meuleman E., O'Leary M.P., Puppo P., Chris R., Giuliano F. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Eur. Urol.*, 2003; 44(6): 637-649.
22. Hellstrom W.J. Benign prostatic hyperplasia, sexual function, and overall evaluation of the male patient. *J. Am. Osteopath. Assoc.*, 2004; 104(2 Suppl.2): S5-10.
23. van Moorselaar J. LUTS and Sexual Dysfunction: Implication for Management of BPH. *Eur. Urol.*, 2003; (Suppl.2): 13-20.
24. Rosen R.C., Giuliano F., Carson C.C. Sexual dysfunction and lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia (BPH). *Eur. Urol.*, 2005; 47(6): 824-837.
25. Hartung R., Emberton M., van Moorselaar R.J.R., Harving N., Matzkin A., Alcaraz A., Elhilali M. Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 3230 men with LUTS suggestive of BPH in Europe, Russia, the Middle East, Latin America and Asia. *AUA 2003; (Abstract 1380)*.
26. Robertson C., Link C.L., Onel E., Mazzetta C., Keech M., Hobbs R., Fourcade R., Kiemeny L., Lee C., Boyle P., McKinlay J.B. The impact of lower urinary tract symptoms and comorbidities on quality of life: the BACH and UREPIK studies. *BJU Int.*, 2007; 9(2): 347-354.
27. De la Rosette J., Alivizatos G., Madersbacher S., Rioja Sanz C., Nordling J., Emberton M., Gravas S., Michel M.C., Oelke M. Guidelines of Benign Prostatic Hyperplasia. EU; EUA Guidelines: 2006.
28. Miner M., Rosenberg M.T., Perelman M.A. Treatment of lower urinary tract symptoms in benign prostatic hyperplasia and its impact on sexual function. *Clin. Ther.*, 2006; 28(1): 13-25.
29. Broderick G.A., Foreman M.M. Iatrogenic erectile dysfunction: pharmacological and surgical therapies that alter male sexual behaviour and erectile performance. W: Carson C., Kirby R., Goldstein I. red., *Textbook of Erectile Dysfunction*. Ed. Oxford; ISIS Medical Media: 1999, s. 149-168.
30. Larson T.R. Current treatment options for benign prostatic hyperplasia and their impact on sexual function. *Urology*, 2003; 61: 692-698.
31. Tkocz M., Prajsner A. Zaburzenia wzdrodu u pacjentów poddanych radioterapii z powodu raka ograniczonego do stercza. *Onkol. Pol.*, 2004; 7(2): 87-94.
32. Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne u kobiet z problemami urologicznymi. *Nowa Med.*, 2000; 5: 35-37.
33. Munjack D., Oziel L. Sexual medicine and counseling in office practice. *A Comprehensive Treatment Guide*. Boston; Little, Brown and Co.: 1980.
34. Slatford K., Currie C. Prevalence of psychosexual problems in patients attending a genitourinary clinic. *Br. J. Vener. Dis.*, 1984; 60(6): 398-401.
35. Bullough V. *Human Sexuality*. New York and London; Garland Publ.: 1994.
36. Veerecken R. Psychological and sexual aspects in different types of bladder dysfunction. *Psychother. Psychosom.*, 1989; 51(3): 128-134.
37. Sherwin B. Sex hormones and psychological functioning in postmenopausal women. *Experim. Gerontol.*, 1994; 29(3/4): 423-430.

Correspondence address

Beata Wisz
Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie,
Lublin, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin
tel. +48 81 744 09 67
e-mail: beatat08@onet.eu