

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VLIV STIGMATIZACE NA
ZKUŠENOST PACIENTŮ
S ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIÍ
THE EFFECT OF STIGMATIZATION ON THE PATIENT'S
EXPERIENCE WITH ELECTROCONVULSIVE THERAPY



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Dominika Červenková**
Vedoucí práce: PhDr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc

2020

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucímu práce PhDr. Romanu Procházkovi, Ph.D., za odborné vedení, rady, vstřícnost a především pak rychlou a podporující komunikaci, zejména v závěru dokončování diplomové práce. Také děkuji všem respondentům za jejich čas a ochotu se sejít a rozhovor absolvovat.

Velké díky patří také mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studia a zvládala se mnou i těch posledních pár dní v karanténě, kdy jsem ve stresu dopisovala poslední stránky této práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat i Matyáši Podlipnému, který mě povzbuzoval, podporoval a motivoval po celou dobu studia.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Vliv stigmatizace na zkušenost pacientů s elektrokonvulzivní terapií“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE	7
1.1 Historie EKT	7
1.1.1 Modifikace EKT v průběhu 20. století	8
1.2 EKT ve 21. století	10
1.2.1 Postup a příprava pacienta na EKT	10
1.2.2 Umístění elektrod a rozdíl v účinnosti	11
1.2.3 Indikace.....	12
1.2.4 Kontraindikace	13
1.2.5 Vedlejší účinky	13
1.2.6 EKT u dětí a adolescentů	14
1.3 Využití EKT u jednotlivých diagnóz.....	14
1.3.1 Deprese	15
1.3.2 Mánie	16
1.3.3 Schizofrenie	16
1.4 Další typy biologické léčby.....	17
1.4.1 Transkraniální magnetická stimulace.....	18
1.4.2 Transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS)	18
1.4.3 Stimulace bloudivého nervu (VNS)	19
2 STIGMATIZACE.....	20
2.1 Stigmatizace duševního onemocnění	20
2.2 Stigmatizace EKT	21
2.3 Možné zdroje stigmatizace.....	22
2.3.1 Prezentace v médiích	22
2.3.2 Informovanost pacientů, rodinných příslušníků a veřejnosti	23
2.3.3 Provedení EKT bez souhlasu pacienta.....	24
2.3.4 Antipsychiatrická hnutí a odpůrci EKT	25
3 VLIV STIGMATIZACE NA ZKUŠENOST PACIENTŮ S EKT	27
VÝZKUMNÁ ČÁST	29
4 Výzkumný problém	30
4.1 Cíle výzkumu	30
4.2 Výzkumné otázky	31

5	Metodologie výzkum.....	32
5.1	Typ výzkumu	32
5.1.1	Interpretativní fenomenologická analýza.....	32
5.2	Metoda sběru dat.....	33
5.3	Výzkumný soubor.....	34
5.3.1	Kritéria výběru respondentů	34
5.3.2	Charakteristiky výzkumného souboru	35
5.4	Etické hledisko výzkumu	36
6	Analýza dat	38
6.1	Analýzy rozhovorů	38
6.1.1	Ukázka poznámek (vlevo) a vznikajících kódů (vpravo)	39
6.1.2	Ukázka ze seznamu vznikajících kódů	39
7	Deskripce dat	40
7.1	Sebereflexe výzkumnice.....	40
7.2	Příběhy respondentů	41
7.2.1	Anna	41
7.2.2	Markéta	43
7.2.3	Miriam.....	45
7.2.4	Bára	47
7.3	Společná analýza.....	49
8	Odpovědi k výzkumným otázkám.....	52
9	Diskuze.....	54
10	Závěr	58
11	Souhrn.....	59
	LITERATURA	62
	PŘÍLOHY.....	67

ÚVOD

Záměrem této práce je detailněji prozkoumat subjektivní prožívání pacientů, kteří podstoupili elektrokonvulzivní terapii a přispět tak k destigmatizaci této léčby. Typickým výjevem, který je s touto terapií spojen, je film *Přelet nad kukaččím hnízdem*. Ačkoliv právě tento film může být tím, který vrhá velké stigma na celou terapii či hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Nedostatečná informovanost pak může vést k odsouzení této terapie, ačkoliv může být pro pacienta přínosná. Nehumánnost, vymazání osobnosti, šílenství. To mohou být slova, která se pojí s elektrokonvulzivní terapií, pokud daný jedinec neví, jak skutečně proces této terapie vypadá. Proto je hlavním cílem ukázat pravou podobu a přínos terapie, skrze hlasy pacientů.

První část této práce se věnuje osvětlení, co to vlastně elektrokonvulzivní terapie je, a jak se vyvíjela až do dnešní podoby. Detailněji se poté věnuje různým modifikacím, jež mohou ovlivnit účinnost celé terapie. Společně s výsledkem z léčby jsou také uvedeny vedlejší účinky, které se bezpochyby mohou objevit. Následné kapitoly se věnují podrobněji použití elektrokonvulzí u pacientů s již konkrétním duševním onemocněním, přičemž se jedná právě o poruchy, u kterých je použití elektrokonvulzí nejčastější. Poslední kapitola teoretické části se snaží objasnit, kde a jak může stigmatizace a strach z této terapie vznikat. Společně s celkovou prezentací elektrokonvulzí v médiích. Použitá literatura je především z vědeckých článků, přičemž většina minimálně po roce 2005. Jedná se o oblast, která se stále vyvíjí, a proto je důležité snažit se ukazovat nejnovější objevy a výzkumy.

Druhá část této práce je věnována výzkumu. Vzhledem k vybranému tématu a způsobu zpracování byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat, a to skrze rozhovory. Právě při rešerši literatury jsem zjistila, že není mnoho výzkumů, které by ukazovaly i pohled do nitra člověka, který si touto terapií prochází. Stejně tak zda má vliv stigma, které je s touto léčbou spojeno. Je mnoho odborných článků o fyziologických změnách, dohadů o celém mechanismu elektrokonvulzivní terapie, ale podstatně méně o prožívání a psychickém snášení této léčby. Stejně tak je důležité ve spojitosti se stigmatizací vnímat i kontext místa, ve kterém výzkum či studie probíhají, protože právě kultura a normy v ní nastavené mohou být velkým katalyzátorem stigmat ve společnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE

Elektrokonvulzivní terapie (dále jen EKT) je dle Kališové (2019) v dnešní době považována za účinnou metodu léčby při závažných stavech v psychiatrii, kde je například pacient rezistentní vůči terapii. I přesto, že se jedná o možnost léčby, která pacientům pomáhá, je stále obestřena negativní konotací.

Jedná se o metodu, kdy dochází k vyvolání generalizovaného záchvatu, za pomoci elektrického proudu. Ten je veden skrze elektrody umístěné na povrchu hlavy. Mezi laickou veřejností je spíše známý název „elektrošoky“ či „šoková terapie“. Tento způsob léčby by měl být indikován po důkladném zvážení aktuálního stavu pacienta, stejně tak všech možných rizik a benefitů. Dodnes totiž není zcela jasné, jak tato kontroverzní terapie funguje, ale zároveň není překonána její účinnost při některých akutních psychiatrických stavech (Jones & Jones, 2018).

1.1 Historie EKT

Zařazení kapitoly o historii a vývoji elektrokonvulzivní terapie (EKT) je důležité i pro následné pochopení, proč je stále velkým stigmatem jít na „elektrošoky“. Jedná se také o zajímavý vhled do historie a ukázkou, jak se terapie postupně vyvíjela.

Počátky bychom mohli dle Kališové a Albrechta (2018) hledat již ve starověkém Římě. Autoři popisují „metody“ jako přikládání rejnoka elektrického k čelní a temenní části hlavy za účelem léčby bolestí hlavy. Dalším, kdo přispěl k vývoji konvulzivní metody, byl Hippokrates. Vyvolával epileptické paroxysmy za pomoci čemeřice. Z čehož se inspirovali o několik století později i další výzkumníci.

V 19. století se objevuje hned několik případů, kde došlo k použití elektrického proudu za účelem léčby, ovšem největší rozvoj zaznamenaly konvulze až ve 20. století.

Počátkem 20. století se objevila teorie Nyira a Jablonského, kteří tvrdili, že je schizofrenie neslučitelná s epilepsií. Hlavním pilířem jejich teorie byla možnost léčby, dle které by se rozvíjející schizofrenní onemocnění mohlo léčit vyvoláním epileptického záchvatu. První aplikaci konvulzivní terapie ovšem provedl až Ladislav J. Meduna ve 30. letech 20. století, kdy vyvolal epileptický záchvat za pomoci kafru. Kafir se později nahradil

Metrazolem nebo Kardiazolem. Právě kardiazolové šoky byly používány až do 50. let 20. století, kde jejich místo přebraly šoky elektrické. Důvodem pro to byly nežádoucí účinky, které především zahrnovaly silnou úzkost pacientů (Mádlová, Kališová, Albrecht, Michalec, 2015).

Jako první elektrokonvulzivní terapii provedli u člověka Ugo Cerletti a Lucio Bini, společně se svým týmem v roce 1938. Jednalo se o pacienta s dlouho trvající psychózou, který byl po 14 aplikacích (uskutečněných během 2 měsíců) propuštěn v kompletní remisi, jež trvala 2 roky. Následně se začalo experimentovat s kombinacemi šokových metod i s modifikací samotných elektrokonvulzí (Kališová, Albrecht, 2018).

V Československu jako první zavedl elektrokonvulzivní terapii ve 40. letech Karol Matulay, později pak Otakar Janota a Jiří Roubíček.

1.1.1 Modifikace EKT v průběhu 20. století

Po prokázání účinku elektrokonvulzivní terapie se začalo více experimentovat s její formou a průběhem. Za krátkou zmínku stojí dle Mádlové et al. (2015) následující 5 způsobů:

Abortivní elektroabsence

Krátce po aplikaci první EKT, zkoušel Jiří Roubíček pozměnit průběh celé terapie. Jeho modifikace spočívala v metodě tzv. „podšoků“. Šlo v podstatě o snížení napětí či zkrácení celkového času působení elektrického proudu. Nakonec se však od tohoto způsobu upustilo, protože se jednalo o méně účinnou formu.

Kumulativní elektrošok

Tuto metodu v ČR použil Lubomír Hanzlíček spolu s Františkem Písařovicem v roce 1950. Tato forma dosahovala úspěšných výsledků v léčbě *vzrušené* schizofrenie, čelila však od svého počátku velké kritice. Bylo to z důvodu její drastičnosti. K aplikaci elektrošoků totiž docházelo až 7x denně ve dvouhodinových či delších intervalech.. Problémem této metody byla její nehumánnost a stejně tak finální výsledek, kdy došlo ke stavu přirovnatelnému k organické demenci. Nicméně metoda byla i tak pro organismus zatěžující.

Elektrokoma (elektronarkóza)

Tato metoda má svůj původ vzniku ve Spojených státech. V České republice se zasloužil o její rozšíření K. Matulay. Její princip spočívá v prodloužení průchodu elektrického proudu mozkem pacienta a vytvoření prodlouženého stavu bezvědomí s modifikovanými křečemi. Elektronarkóza zaznamenala úspěchy zejména v léčbě paranoidní či katatonní schizofrenie. Mezi komplikacemi pak byly především luxace, fraktury obratlů či zástava dechu. Metoda se přestala užívat v 60. letech 20. století, protože se neprokázaly výhody oproti klasickým elektrokonvulzím a vedlejší účinky byly naopak závažnější.

Unilaterální elektrošok

Jedná se o metodu, která se používá dodnes. Nicméně její vznik bychom našli v Argentině v 50. letech 20. století. Ve srovnání s bilaterálním způsobem aplikace (viz níže) se jedná o méně účinnou metodu a je tedy potřeba větší množství aplikací. Její výhodou je však méně závažný vliv na kognitivní funkce. Nedochozí totiž k poruchám paměti v takovém měřítku, jak je tomu u bilaterálního způsobu. Navrhuje se proto například pro méně závažné deprese.

Kombinace s jinými metodami

EKT se kombinovala a dodnes kombinuje s psychofarmaky. Především se jedná o antipsychotika a antidepresiva, což vyplývá i z indikace. Další kombinací, která se vyskytovala v 50. letech 20. století, bylo spojení elektrokonvulzí a léčby insulinovými kómaty, což je ovšem v dnešní době zakázané. Posledním spojením jsou elektrokonvulze a pyreterapie. Zde docházelo k umělému vyvolání horečky a na jejím vrcholu byly aplikovány elektrokonvulze.

Tyto kombinace vedly k úspěchům zejména v léčbě schizofrenií a psychóz, ovšem zároveň právě kombinace dvou metod poškozovala organismus pacienta více, nežli tomu bylo u použití jen jediné metody. Jediná kombinace, která přetrvala dodnes, je EKT a psychofarmaka. Ostatní příliš zatěžovaly organismus člověka a nemusely by tak být vhodné pro dnes poměrně široké spektrum pacientů.

1.2 EKT ve 21. století

Po mnohočetných výzkumech a pokusech s EKT v průběhu 20. století, je důležité se podívat na aktuální podobu. Následující kapitoly popisují současný a celkový průběhu terapie od samotné přípravy pacienta až po jeho zotavení.

Höschl, Libiger a Švestka (2004) uvádějí 4 základní aktuálně používané typy EKT. **Sinusové přístroje** jsou v dnešní době již zastaralé a málo používané. Nicméně i přesto je autoři zmiňují. Uvádějí však, že díky svým parametrům jsou v některých zemích dokonce zakázány, protože organismus člověka příliš zatěžují. **Proudové impulzní přístroje** fungují na principu snížení aplikované energie. U nás jsou však zatím nerozšířené z důvodu nedostatku zkušeností. Nejrozšířenější a nejvíce využívané jsou ve světě i v České republice **přístroje s krátkými pulzy konstantního proudu a ultrakrátké elektrokonvulzivní přístroje**. Důvodem je vysoká účinnost a zároveň méně závažné vedlejší účinky.

1.2.1 Postup a příprava pacienta na EKT

Samotný průběh EKT není zdaleka tak děsivý, jak je to často vyobrazeno ve filmech. Došlo k mnoha modifikacím, které jsou pro pacienty mnohem přijatelnější a za současného dodržování všech opatření a vyšetření, i bezpečnější. Pro představu je zde krátce popsán průběh.

Před samotným „předepsáním“ této terapie musí být pacient důkladně vyšetřen lékařem, aby se vyloučila život ohrožující rizika. Elektrokonvulze se provádí především u hospitalizovaných pacientů, lze je však provádět i ambulantně. V takovém případě ovšem musí být daná instituce dostatečně uzpůsobena a zároveň musí být zohledněn zdravotní stav pacienta, který nesmí být nijak vážný. Po aplikaci by rozhodně neměl odcházet sám, ale vždy v doprovodu. V ČR se ambulantně elektrokonvulze provádějí jen zřídka. Na odděleních, tedy u hospitalizovaných pacientů, se EKT provádí ihned po ránu. Pacient musí být od půlnoci předešlého dne nalačno, nepít a nekouřit. Před samotnou aplikací EKT si dojde na záchod (Kališová, 2019).

Následně je pacient odvezen na oddělení, kde jsou elektrokonvulze prováděny. Celá aplikace elektrokonvulzí se zásadně provádí v celkové anestezii a za užití myorelaxancií, léků uvolňujících hladkou svalovinu. Což je i důvod, proč si pacient před samotnou aplikací dochází na záchod. Podání myorelaxancií má za účel zmírnit tonicko-klonické křeče, které dříve (tedy bez podání myorelaxancií) vedly k luxacím kloubů, či zlomeninám. Při EKT je

pacient vleže. Pacient je „uspán“ a na samotnou aplikaci elektrokonvulzí si nepamatuje. Metoda je celkově velmi rychlá, v řádu několika minut. Po skončení je převezen zpět na své oddělení a zde dospává a odpočívá (Češková, Kučerová, 2006).

V průběhu celé aplikace elektrokonvulzí je přítomen psychiatr, anesteziolog a další zdravotnický personál, který následně na pacienta dohlíží i několik hodin po zákroku. Pacientovi je v průběhu aplikace proudu monitorována elektrická aktivita mozku (EEG) a elektrická srdeční aktivita (EKG).

Důležitým bodem v procesu je tzv. titrace energie. Čímž je myšleno, že dochází u každého jedince zvláště k individualizovanému použití minimální energie, které současně vyvolá tonicko-klonické epileptiformní paroxysmy. Jde tedy o individualizované uzpůsobení terapie.

Pacienti obvykle podstupují EKT dvakrát či třikrát týdně, zpravidla ob den. Nedoporučuje se aplikace méně jak dvakrát týdně. Přestože vedlejší kognitivní účinky jsou pak méně závažné, účinnost terapie tím klesá. Počet aplikací se standardně pohybuje v rozmezí 6- 12 opakování. Po této sérii by měl ošetřující lékař i sám pacient poznat, zda léčba pomáhá či nikoli (Raboch, Pavlovský, 2013).

Samotný mechanismus účinku terapie není zcela znám. Existuje mnoho výzkumů zaměřených na biologickou stránku terapie. Byly popsány zejména změny v neuromediátorových systémech v mozku a současně vliv na hormonální systém. Některé teorie se vyjadřují i k neuroplasticitě některých mozkových oblastí, zejména pak hippocampu, právě na základě absolvování EKT (Kališová et al., 2016).

Kromě standardní aplikace existují ještě pokračovací či udržovací EKT. Pokračovací EKT je časově omezená a je indikována po akutní epizodě, která byla již v minulosti úspěšně léčena pomocí elektrokonvulzí, přičemž jejím cílem je zabránit relapsu. Udržovací EKT naopak není časově omezena a jejím cílem je udržení remise. Bývá aplikována s většími rozestupy, ale pravidelně.

1.2.2 Umístění elektrod a rozdíl v účinnosti

S efektivitou terapie souvisí i její podstatná část a to je umístění elektrod. Existují dva typy umístění elektrod, bilaterální a unilaterální. V případě bilaterálního způsobu umístění lze rozdělit aplikaci ještě na bitemporální a bifrontální. Při bitemporálním umístění jsou elektrody na obou spáncích hlavy pacienta. Při bifrontálním umístění jsou elektrody

v čelní oblasti, tento způsob se však používá výjimečně, zejména však v případě léčby katatonie (Kališová, 2019).

Unilaterálně se jedna elektroda umísťuje na spánek a druhá blízko nejvyššího místa, na temeni hlavy, vertexu. Obě elektrody jsou tedy na jedné straně lebky, přičemž nejčastěji se jedná o pravou stranu (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

Výsledek britské studie ohledně účinnosti terapie v závislosti na umístění elektrod neukázal markantní rozdíly mezi jednotlivými způsoby. Avšak nejlépe vyšlo ze studie bitemporální umístění. V tomto případě došlo k remisi v 64 %, při bifrontálním umístění šlo o 61 % a při unilaterálním 55 % (Kellner et al., 2010). Důležité je zdůraznit, že se studie zaměřovala pouze na účinnost v souvislosti s umístěním elektrod a remisí, výsledky tedy neuvádí v souvislosti s typem elektrické stimulace.

Sackeim et al. (2008) se ve svém článku shodují s britskou studií v případě, že došlo k použití standardní šířky pulsu. V tomto případě uvádějí, že došlo k remisi v 65 %. Při unilaterálním způsobu v 59 %. Pokud však došlo k použití ultrakrátkých impulsů, vyšlo ze studie lépe umístění unilaterální (73%). Oproti tomu při bilaterálním umístění došlo k poklesu až na 35%.

Z výzkumů tedy vyplývá, že každá indikace a podoba EKT se musí individualizovat na každého jedince. Záleží tedy na očekávaném výsledku. Höschl, Libiger, Švestka (2004), Kellner et al. (2010), Kališová (2019) se shodují, že bilaterální umístění elektrod bývá neúčinnější, ale zároveň nejrizikovější, co se týče výskytu vedlejších účinků. Naopak unilaterální umístění bývá méně účinné, ale zároveň se pojí s menším výskytem nežádoucích vedlejších účinků. Můžeme tedy říci, že vždy záleží na posouzení lékaře, co je pro daného pacienta nej přijatelnější volbou.

1.2.3 Indikace

EKT je v psychiatrii navrhována v případě, kdy je zapotřebí rychlý terapeutický účinek. V nejčastějších případech se jedná o pacienty s těžkými depresemi, depresemi s psychotickými příznaky, schizoafektivní poruchy a také v případě, kde hrozí riziko sebevraždy (Raboch, Pavlovský, 2013).

Kromě depresí může být EKT navrhována i pro léčbu schizofrenie, katatonie či akutní mánie. Dle Payneho a Prudica (2009) se EKT doporučuje v případě, že se jedná o metodu pro pacienta bezpečnější, než by bylo například užívání psychofarmak či z důvodu

farmakorezistence. Případně pokud sám pacient tento způsob léčby preferuje. Köhler (2014) dodává, že s dnešními pokroky ve farmakoterapii doktoři sahají po elektrokonvulzivní léčbě jako po poslední volbě a to především v případě výše zmíněné farmakorezistence.

V psychiatrii se EKT dále užívá k léčbě neuroleptického maligního syndromu (NMS). Tento syndrom, který je spojen s užíváním antipsychotik, se může objevit jak při užívání antipsychotik I., tak II. generace. Incidence NMS je však velmi nízká a pohybuje se mezi 0,02% a 0,03% (Češková, Ustohal, 2019).

1.2.4 Kontraindikace

Výhodou EKT je její malé množství kontraindikací. Protože celá procedura probíhá pod kompletní anestézií, hlavními okolnostmi, které pacienta vylučují z této léčby, se shodují s kontraindikacemi celkové anestezie. Höschl et al. (2004) uvádějí jako absolutní kontraindikace: zvýšený nitrolební tlak, stav po akutní cévní mozkové příhodě, aneurysma velkých cév a nesnášenlivost anestetik. Kadlecová, Burdová, Holáková a Kozáková (2010) dále přidávají ještě demyelinizační onemocnění CNS, mezi které patří například roztroušená skleróza.

Co není kontraindikací a naopak u EKT nevádí, je například vyšší věk, těhotenství či epilepsie, což se dá považovat za velkou výhodu této terapie (Kadlecová et al., 2010). Je to právě velmi často těhotenství, které může ženám, léčícími se s depresí, komplikovat léčbu, a to v souvislosti s užíváním antidepresiv. Při užívání antidepresiv se totiž zvyšuje riziko spontánního potratu, perinatálního úmrtí či předčasného porodu (Šebela, Hanka, Goetz, Mohr, 2017).

1.2.5 Vedlejší účinky

Jako každá léčba, i elektrokonvulzivní terapie má své vedlejší účinky. Nejčastějším vedlejším nežádoucím účinkem bezprostředně po aplikaci EKT bývají bolesti hlavy, nauzea a kognitivní postižení, přičemž zde se jedná zejména o poruchy paměti. Jsou popisovány anterográdní i retrográdní amnézie. Raboch a Pavlovský (2013) uvádějí zejména retrográdní amnézii, která zpravidla v průběhu několika týdnů od poslední aplikace elektrokonvulzí vymizí. Problémy s pamětí by měly vymizet do šesti měsíců od poslední série elektrokonvulzí.

Není však výjimkou, že se objevují případy, kdy pacienti popisují přetrvávající problémy s pamětí i po několika letech. Nepodařilo se však jasným a dobře metodologicky zvládnutým výzkumem prokázat, zda se jedná skutečně o důsledek elektrokonvulzivní terapie či daného duševního onemocnění (Tuček, Šnorek, 2010).

1.2.6 EKT u dětí a adolescentů

Využití EKT u dětí a dospívajících je minimální. Jde především o těžké, farmakorezistentní případy a ty, kde je riziko ohrožení života. Indikace je obdobná jako u dospělé populace. EKT je předepsána zejména při léčbě afektivních poruch a katatoních stavů. Jako typ je zvolena krátkopulzová stimulace s bilaterálním umístěním elektrod. Vedlejší účinky jsou oproti dospělé populaci méně závažné a přechodné. Vzácně se mohou objevit prolongované nebo opožděné epileptiformní paroxysmy, které se musí hlídat a je poté zapotřebí konzultace s neurologem (Hořínková, Barteček, Kališová, 2019).

1.3 Využití EKT u jednotlivých diagnóz

Tato kapitola je v práci zařazena, protože indikace EKT bývá nejčastěji u psychiatrických onemocnění zahrnující právě afektivní poruchy a poruchy s psychotickými příznaky. Dle Köhlera (2014) jde pak zejména o deprese, schizofrenii (především o akutní stavy a katatonní typ), mánie, schizoafektivní poruchy a neuroleptický maligní syndrom.

Afektivní poruchy nebo také poruchy nálad jsou právě jednou z kategorií, kdy mohou být elektrokonvulze indikovány. Jde především o léčbu depresivních stavů a v některých případech i o léčbu mánie.

Dle odhadů Evropské unie může být depresemi v České republice postihnuto až 700 000 lidí. Odbornou pomoc však vyhledá jen zlomek lidí z tohoto obrovského čísla. Podle ÚZIS se v roce 2017 léčilo ambulantně s afektivní poruchou 110 900 lidí. Toto onemocnění postihuje více ženy, z ambulantně léčených v roce 2017 se jednalo o 68,7 % pacientů ženského pohlaví. Další alarmující statistikou je riziko sebevraždy u pacientů s afektivní poruchou, které se pohybuje od 6 do 15 % (Lisanby, 2007). Statistiky jen dokreslují, proč je důležité se zajímat o všechny typy léčby, které by mohly zabránit fatální následkům těchto duševních onemocnění.

1.3.1 Deprese

Deprese je porucha nálady, která zasahuje jak kognitivní funkce tak neurovegetativní. Jde tedy o onemocnění, které v závislosti na závažnosti stavu onemocnění, může zásadně ovlivnit fungování jednotlivce v běžném životě. Do jaké míry záleží samozřejmě na závažnosti daného stavu pacienta. Depresivní fázi dělíme na lehkou, středně těžkou a těžkou. Přičemž u těžké fáze mohou, ale nemusí, být přítomny ještě psychotické příznaky (Lisanby, 2007).

K indikaci EKT dochází zejména v případě rezistentních případů. U afektivních poruch se jedná o rezistenci u středně těžké až těžké epizody, depresivní fáze, manické fáze, smíšené fáze s psychotickými příznaky. Dále je zahrnuta indikace v případě suicidálního chování, které se nepovedlo jinak řešit (Albrecht et al., 2017).

V léčbě depresí je EKT používána společně s antidepresivy. Dle Rabocha a Pavlovského (2013) však neexistují výzkumy, které by jednoznačně prokázaly větší efekt EKT či antidepresiv, v případě, že jsou tyto dva způsoby léčby kombinovány. Na druhou stranu však uvádí statistiku, kde v 60- 80 % případů dochází při aplikaci EKT k remisi. Elektrokonvulzivní terapie ovšem nemůže být pouze jediným způsobem léčby. Pokud nedochází k pokračovací léčbě, je riziko relapsů 50- 90 % (Raboch, Pavlovský 2013). Elektrokonvulze se tedy jeví jako účinný nástroj nejen v akutním případě, ale i jako prevence proti relapsům. Není však možné ji brát jako jediný způsob léčby.

Existuje mnoho teorií, jakým způsobem elektrokonvulze vlastně fungují a proč pomáhají. U léčby depresivních pacientů se například zjistilo, že po absolvování EKT, se pacientům v okcipitálním laloku zvýšila koncentrace gama aminomáselné kyseliny (dále GABA) (Sanacora et al., 2003). Bareš a Kopeček (2006) dodávají, že právě dysfunkce GABA v CNS byla nalezena u depresivních pacientů, stejně tak u pacientů úzkostných. Tedy zvýšení koncentrace GABA by mohlo být jedním z léčebných účinků elektrokonvulzí.

V České republice byl publikován v roce 2005 výzkum na efektivitu EKT u farmakorezistentních depresí z pohledu pacientů. V této studii na základě vyplnění dotazníků (BDI, BAI) došli autoři Bareš, Kopeček a Seifertová k výsledku, že až pro 68 % pacientů mělo EKT antidepresivní účinky. Problém v této studii je samotný průběh, kdy společně s aplikací elektrokonvulzí zároveň pacienti absolvovali i farmakoterapii. Nejde tak s jistotou říci, zda se jednalo o efekt EKT nebo o kombinaci obou forem.

1.3.2 Mánie

Ačkoliv jsou manické fáze jednou z možných indikací EKT, nejedná se o běžný zákrok. Zde jde především i o zcela praktické hledisko, které zmiňuje Bareš (2018) a to, že *„s pacientem, který je aktuálně v manické fázi, se jen tak nedomluvíte, jak mu aplikovat elektrokonvulze. Když si připadá zcela v pořádku a ve skvělé formě.“*

Látalová, Praško, Kubínek, Herman, & Doubek (2009) uvádějí EKT jako účinnou metodu při akutní léčbě smíšené epizody bipolárně afektivní poruchy. Smíšená epizoda je taková, při které se souběžně objevují příznaky hypománie a deprese. EKT se zde osvědčila z důvodu rychlého účinku a také proto, že zkracuje dobu potřebnou k hospitalizaci. Jiné typy biologické léčby zcela nedosahují tak rychlých a efektivních účinků. Jedná se však o velmi výjimečné případy využití EKT.

1.3.3 Schizofrenie

U onemocnění schizofrenie dochází zejména k deformaci myšlení a vnímání. Intelekt a jasné vědomí je zachováno, ovšem během onemocnění může docházet ke kognitivním defektům. Velmi často se objevují psychopatologické fenomény, zejména pak ozvučování myšlenek, odnímání myšlenek či bludné vnímání. Schizofrenie se může ještě dělit podle průběhu a typu projevů: paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovanou schizofrenii. Dalším typem pak může být reziduální schizofrenie, schizophrenia simplex, postschizofrenní deprese ad. (MKN-10, 2018).

Ačkoliv se jedná o onemocnění, které je poměrně dobře zmapované, co se týče symptomů, každý průběh může být lehce odlišný. Se schizofrenií se mimo jiné pojí také tzv. pozitivní a negativní příznaky. Pozitivní bychom mohli popsat jako něco, co je v chování jedince oproti normě „navíc“. Jde především o ozvučování, vkládání a odnímání myšlenek, bludy, halucinace a i poruchy motoriky. Negativní symptomy jsou pak opakem, kdy něco v chování jedince „chybí“, ve srovnání s normou. Řadí se mezi ně například apatie, anhedonie, alogie či afektivní oploštění nebo otupění (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Dle Kašpárka (2008) se schizofrenie řadí mezi jedno z nejrizikovějších duševních onemocnění v souvislosti s dokonanou sebevraždou, zejména v mladém věku a v prvním roce nemoci. Není ani výjimkou, že ve spojení se schizofrenií se objevují i depresivní epizody.

Ačkoliv původně byla elektrokonvulzivní terapie vyvinuta primárně pro léčbu schizofrenie, s postupem času a vývojem farmakoterapie, ji lehce nahradila antipsychotika, která jsou aktuálně první volbou v léčbě. I přes značný vývoj farmakoterapie, mohou nastat situace, kdy „jen léky“ nestačí.. K indikaci EKT dochází především z důvodu léčby rezistence k celé terapii, zvládnutí katatonie, suicidálního chování, agitovanosti a v neposlední řadě rezistence vůči klopazinu (Grover, Sahoo, Rabha, Koirala, 2018).

Klopazin je lék, který se nasazuje pacientům právě z důvodu farmakorezistence či pro prevenci sebevražedného chování. Ukazuje se také, že užívání klopazinu snižuje mimo jiné potřebu nasazení antidepresiv, stejně tak jako případnou potřebu následné hospitalizace pacienta. Jedná se však o lék, který značně naruší organismus jedince a má mimo jiné i sedativní účinky (Meltzer et al., 2003).

Češková (2007) upozorňuje právě na řešení farmakorezistentních stavů u pacientů se schizofrenií. Uvádí, že se lékaři nejprve věnují vyšší dávky podávaného léku, další možností pak bývá polyfarmakoterapie, tedy kombinace více léků. Zde konkrétně se jedná o kombinaci více antipsychotik či augmentace látek, kterými se primárně psychózy neléčí. Poslední možností na poli farmakoterapie pak bývá nasazení klopazinu. Právě ono opomíjení například možnosti využití elektrokonvulzí, podobně jako odsouvání užívání klopazinu na „poslední místo“ při volbě léčby, vede obecně k nadbytečné polyfarmakoterapii. Pouze u katatonie dochází k použití EKT v podstatě ihned.

Grover et al. (2018) i Zervas, Theleritis & Soldatos (2012) se shodují, že elektrokonvulzivní terapie je nejúčinnější pro léčbu katatonie a dále pak pozitivních příznaků schizofrenního onemocnění. Ovšem výsledky z jednotlivých studií, které se na tomto závěru shodují, zároveň udávají, že se jedná o výzkumy dělané na malém počtu pacientů. Doporučují tak výzkum na větším souboru, stejně tak lepší ošetření metodologické stránky studií.

Zervas et al. (2012) ještě dodávají, že nejčastějším typem je využití bilaterálního způsobu umístění elektrod. Dále pak udává, že by elektrokonvulzivní léčba mohla být využívána jako prevence proti relapsům.

1.4 Další typy biologické léčby

Elektrokonvulzivní léčba není jedinou biologickou léčbou (vyjma farmakoterapie) na poli psychiatrie. V této kapitole jsou uvedeny další alternativy k farmakoterapii nebo

právě i elektrokonvulzivní terapii. Jedná se převážně o metody, které nejsou běžně využívány a jsou zatím spíše v experimentální fázi.

1.4.1 Transkraniální magnetická stimulace

Transkraniální magnetická stimulace je dalším typem biologické léčby neuropsychiatrických poruch. Do této práce je zařazena zejména z důvodu její indikace, kterou je v psychiatrii především deprese a také z důvodu výzkumů v oblasti léčby nejrozšířenějších psychiatrických onemocnění (Ustohal, 2010).

Jedná se o neinvazivní stimulační metodu, která využívá principu magnetické indukce, skrze kterou stimuluje neurony mozkové kůry. Oproti EKT se indikace TMS vztahuje na úzkosti, poruchy příjmu potravy či OCD (Stopková, 2017).

Obě metody si jsou do jisté míry podobné, ale každá má své pro a proti. TMS by mohla v budoucnu být více indikována zejména pro léčbu deprese. Nicméně nejde o metodu, která by EKT zcela nahradila, a to už i z důvodu svých kontraindikací a omezení ve využití. Obě metody se však mohou na poli psychiatrické léčby doplňovat.

TMS má výhodu v tom, že není zapotřebí anestezie a může probíhat jak během hospitalizace tak ambulantně. Další výhodou je poměrně dobrá snášenlivost a malé vedlejší účinky, mezi které se řadí zejména bolest hlavy či svědění na místě stimulace. Naopak nedochází k poškození paměti či rozpoznávacích schopností. Kontraindikací je zejména léčba epilepsie či jakékoli zvýšené riziko vyvolání epileptického záchvatu (hypertenze, tumor CNS, cerebrovaskulární onemocnění). Z důvodu působení elektromagnetického pole je také důležité vyloučení kovu v lebce (Jaššová, 2019).

1.4.2 Transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS)

Nejedná se o novinku, nýbrž o poměrně starou metodu. Již na počátku 19. století byla použita pro léčbu melancholie. Jde o metodu velmi podobnou TMS. Jedná se o neinvazivní stimulační metodu, která ovlivňuje spontánní neuronální aktivitu. V současné době je tato metoda v experimentální fázi a účinnost je prokázána pouze na nerezistentní depresivní poruchy. Jedná se o poměrně ekonomicky nenáročnou metodu, což by mohlo být společně s její šetrností velké plus (Mareš et al., 2019).

1.4.3 Stimulace bloudivého nervu (VNS)

Jedná se o léčbu, která v medicíně funguje již delší dobu. V psychiatrii se však jedná o další experimentální léčbu, která se řadí do neinvazivních metod. Je zaměřena především na léčbu unipolární a bipolární deprese. Další výzkumy jsou zaměřeny například i na zlepšení kognitivních funkcí při Alzheimerově chorobě nebo na léčbu PTSD, OCD či panických atak. Momentálně však není jasně prokázána účinnost této léčba v psychiatrickém odvětví (Cimpianu, Strube, Falkai, Palm, & Hasan, 2017).

2 STIGMATIZACE

Hartl a Hartlová (2009) definují stigmatizaci jako „předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci či skupině“. Stigma je spojení jedince s hanlivým označením, kvůli kterému je pro něj nesnadné se začlenit do společnosti.

Stigma se objevuje ve třech úrovních: ve veřejné, strukturální a osobní. Na veřejné úrovni se jedná zejména o to, jakým způsobem se stigmatizace projevuje ve společnosti, v postojích či zvycích kultury. S tím souvisí například i prezentace v médiích. Strukturální úroveň je myšleno fungování institucí, zaměstnavatelů či organizací. I v této oblasti může mít stigmatizace velký dopad. Poslední úroveň je úroveň osobní, která se týká samotného jedince, a toho, jak hodnotí sám sebe, jak na sebe pohlíží (Ocisková et al., 2014).

Dle Goffmana (2009) vzniká stigma během sociální interakce, kdy vlastnosti jedince, jeho chování a atributy, jež jsou mu přisouzeny, neodpovídají normám, které si daná společnost nastavila. Na základě toho je jedinec považován za neschopného při „plnění“ své role ve společnosti a v sociálních interakcích. Je tedy patrné, že se stigmatizace odvíjí od norem daných společností a kulturou.

2.1 Stigmatizace duševního onemocnění

V dnešní době je ve společnosti stále velké stigma duševního onemocnění, stejně tak léčba s tím spojená. Rutz (2005) naznačuje, že duševními poruchami trpí celosvětově okolo 400 milionů lidí. Dodává, že v Evropě se každý čtvrtý člověk setká za svůj život s psychickými obtížemi.

Kvůli stigmatu, které je s duševním onemocněním stále spjato, jsou psychické zdravotní problémy často podceňovány a v mnohých případech i neléčeny (WHO, 2020). Nedostatek znalostí příčin, symptomů a samotných možností léčby může vést k předsudkům a negativnímu pohledu na duševní onemocnění. K tomu bychom mohli přidat i nedostatečnou možnost kontaktu mezi lidmi duševně nemocnými a zdravými. To vše může následně vést ke stigmatizaci, sociálnímu vyloučení a diskriminaci (Baumann, 2007).

Sociální vyloučení nebo nepřijetí do kolektivu je pak pro jedince neskutečně psychicky náročné. Když si daný jedinec onu skutečnost uvědomí, zasahuje to kognitivní,

emoční i motivační složky. Reakce vyloučeného jedince je znatelná v jeho chování, které se odvíjí jedním z těchto směrů: prosociální, antisociální nebo vyhýbavé chování. Prosociální chování jako reakce na nepřijetí se objevuje zejména v důležitém vztahu pro daného jedince a je aplikováno z důvodu víry v obnovení vztahu. Pokud jedince vnímá, že se k němu okolí chová nespravedlivě nebo nehezky, zvyšuje se tím pravděpodobnost reakce v podobě antisociálního chování. Vyhýbavé chování je spojeno především s již předešlými zkušenostmi odmítnutí, s čímž je spojena i nízké sebevědomí jedince (Richman, Leary, 2009).

Corrigan et al. (2000) prezentují výsledky svého výzkumu, kde stigmatizace psychiatrických onemocnění je větší než závažnějších fyzických onemocnění (zde srovnávají s rakovinou). Ačkoliv se mezi psychiatrickými diagnózami ukázala nejméně stigmatizovaná deprese, neplatí to natolik pro její léčbu. Dodnes je stigmatem užívání antidepresiv, byť ne natolik velkým, a další typy biologické léčby nejsou výjimkou.

2.2 Stigmatizace EKT

Ačkoliv je EKT považována mnohými odborníky za velice účinnou metodu, která může pacientům při správné indikaci pomoci, mezi laickou veřejností tento názor příliš uznáván není.

Mezi veřejností je stigmatizace EKT rozšířena především kvůli nedostatku správných informací. Nejpopulárnější a zároveň nerozšířenější názor se týká krutosti celé terapie. Další dezinformací kolující mezi veřejností je předpoklad, že EKT „čistí hlavu“ takovým způsobem, že se pacient poté necítí depresivně. V neposlední řadě je strach z důsledků podstoupení této terapie, mezi které se řadí především ztráta paměti (ireverzibilní) a poškození mozku (Lauber, Nordt, Falcato, Rossler, 2004).

Autoři Lauber et al. (2004) dále uvádějí jako možnosti destigmatizace komplexnější řešení, které by mělo zahrnovat jak odborníky, tak samotné pacienty, kteří EKT prošly. Ze strany odborníků by mělo jít především o seznámení veřejnosti, co EKT je, kdy dochází k indikaci, jaké má terapeutické možnosti a další praktické informace. Pacienti by přispěli především svojí autentickou zkušeností.

2.3 Možné zdroje stigmatizace

Tato kapitola se věnuje konkrétněji faktorům, které mohou přispět k utváření názoru na elektrokonvulzivní terapii. Jedná se o faktory, které vyplynuly z již publikovaných výzkumů jako nejdůležitější. Jedná se především o: vliv médií, nedostatečnou informovanost veřejnosti i pacientů, možnost provedení EKT bez souhlasu pacienta (Kring, Bergholt, Midtgaard, 2018).

2.3.1 Prezentace v médiích

Důvod, proč je pohled na EKT zkreslený a často negativní, můžeme hledat mimo jiné i v prezentaci této terapie ve filmech a seriálech. Často tam totiž dochází k negativnímu vyobrazení průběhu elektrokonvulzí. Stejně tak jako ke zcela nereálnému odůvodnění indikace a následných dopadů léčby.

V časovém rozpětí 1948- 2016 byla EKT zobrazena celkově v 75 zfilmovaných dílech (z toho 52 filmů, 23 seriálů). Z toho je ve filmech v necelých 30 % případů elektrokonvulze indikována za účelem kontroly chování či mučení. Podrobnější informace o odůvodnění indikace EKT uvádí tabulka č. 1 (Sienaert, 2016).

Tabulka č. 1: Důvod indikace EKT a počet výskytu v daném filmovém zpracování

Odůvodnění indikace EKT	Typ filmového zpracování	
	Film	Seriál
Deprese	9	5
Psychóza	16	5
Náprava chování	9	1
Vymazání vzpomínek	1	7
Mučení	8	3
Homosexualita	2	1
Ostatní	14	5

Poznámka: celkový součet indikací neodpovídá výše uvedeným číslům z důvodu, že v některých filmech bylo spojeno více důvodů dohromady pro aplikaci EKT.

Informace o důležitém bodu procesu EKT, kterým je anestezie, ve filmech povětšinou chybí. Ve filmech a seriálech byli pacienti pod anestezií ve 25,6 %, bez anestezie v 72 %, ve zbylých 2,4 % to nebylo ukázáno.

Nedlouho po zveřejnění filmu *Přelet nad kukaččím hnízdem* byl představen výzkum mapující postoj k duševnímu onemocnění, a zda došlo k ovlivnění na základě zhlédnutí filmu. Byly zkoumány postoje k: odborníkům v duševním zdraví, léčebnám a psychiatrickým oddělením, samotným pacientům s duševním onemocněním, vlivu dědičnosti na rozvoj psychického onemocnění a psycho sociální vliv na rozvoj onemocnění. Výzkumu se účastnilo 146 univerzitních studentů. Výsledky ukázaly, že studenti, kteří viděli film *Přelet nad kukaččím hnízdem*, měli negativní postoj k duševnímu zdraví (ke všem ze čtyř výše zmíněných kategorií se vyjádřili negativně). Přestože jim byl po zhlédnutí filmu puštěn dokument ukazující realitu, jejich názor se nijak nezměnil (Domino, 1983). Vzhledem k úspěšnosti samotného zfilmování díla, ještě českým režisérem, se jedná o nepochybně známý, rozšířený a vlivný film. Není tak divu, že právě tento film může mít vliv i na zkušenost pacientů s vyobrazenou terapií.

Prezentace duševních onemocnění, poruch a s tím spojená léčba nebývá ve filmech stále zcela správně vyjádřena. Ačkoliv se v poslední době snaží nespočet organizací a spolků o osvětu na poli této tematiky, ještě nejsme ve fázi, kdy by stigma o duševně nemocných a jejich léčbě, bylo překonáno.

2.3.2 Informovanost pacientů, rodinných příslušníků a veřejnosti

Informovanost bývá hlavním pilířem nedorozumění mezi laickou veřejností a odborníky. Stejně jako v mnoha jiných odvětvích, i zde se jedná o problematickou součást celé léčby. Důvodem proto mohou být následující situace: nedostatečné poskytnutí informací od lékaře či dalšího zdravotnického personálu, samotný stav pacienta nebo zkreslení informací z medií.

Dle Tanga et al. (2002) je adekvátní informovanost pacientů a jejich blízkého okolí důležitá hned z několika důvodů. Především pak z důvodů: zlepšení samotné aplikace EKT, zvýšení validity výzkumu v účinnosti terapie, odkrytí mezery ve znalostech této terapie, z čehož vyplývá i o čem konkrétně je potřeba cílovou skupinu informovat.

Zajímavým zjištěním v Hong Kongské studii (2002) je, že ze zkoumaných 96 pacientů, kteří EKT podstoupili, byla pouze menší část, která se považovala za dostatečně

informované, k čemuž však výzkumníci poznamenali, že se to dá přisuzovat jejich mentálnímu stavu. Studie totiž zahrnovala i jejich příbuzné a ti naopak vyjádřili pocit dostatečné informovanosti. Dalším zajímavým bodem, který ze studie vyplynul, je i pocit pacientů ohledně možnosti odmítnutí léčby. Alarmující je zjištění, že ve výše zmíněné studii až 30 % pacientů uvedlo, že svůj souhlas udělili v domněnku, že léčbu nejde odmítnout a bude stejně provedena, i bez udělení jejich souhlasu. Případně, že neudělení souhlasu by mohlo vést k jejich následnému problematickému propuštění z nemocnice.

V roce 2008 však studie z irského prostředí poskytla opačné a vcelku pozitivní výsledky. Z 51 pacientů, kteří se průzkumu účastnili, až 80 % vyjádřilo spokojenost s informovaností ohledně léčby. Zcela opačný výsledek oproti předešlým studiím si autoři vysvětlují zejména subjektivní zkušeností pacientů s pocitem donucení k léčbě. V předešlých výzkumech, na které se odvolávají, totiž mnoho pacientů (více jak jedna třetina) vyjádřilo nespokojenost v souvislosti s pocitem, že léčbu nemohli odmítnout. V irském výzkumu 92 % pacientů popřelo jakýkoli pocit donucení k léčbě (Rush, McCarron, Lucey, 2008). Obecně lze tedy shrnout, že adekvátní informovanost je pro jakoukoliv léčbu více než podstatná. Zejména pak, pokud se jedná o kontroverzní léčbu, u které je velká diskrepance mezi její reálnou podobou a prezentací ve společnosti.

Důležité je tedy zmínit, že aplikaci elektrokonvulzí je samozřejmě možné odmítnout, stejně jako jakékoli jiné léčby. Což je jeden z bodů, který by měl při informování zaznít. Dle NICE (National Institute for Clinical Excellence) by měl proces udělování souhlasu s EKT zahrnovat: pacientova advokáta či opatrovníka, odpovídající informace ve „srozumitelném jazyce“, vysvětlení rizik a benefitů pro konkrétního jedince, připomenutí možnosti odstoupit či odvolat souhlas a v neposlední řadě vyvarování se nátlaku a nucení pacienta k podstoupení této terapie. Tento fakt je u elektrokonvulzí komplikován skutečností, která umožňuje v akutních případech aplikaci elektrokonvulzí i bez souhlasu pacienta (Rush, McCarron, Lucey, 2008).

2.3.3 Provedení EKT bez souhlasu pacienta

Elektrokonvulzivní terapie by měla být vždy provedena jen po poskytnutí souhlasu pacienta. Problém však nastává v případě, že je pacientova schopnost rozhodování narušena z důvodu jeho onemocnění. Salzman už v roce 1977 uvedl článek, kde se této problematice věnuje. Zastává názor, že EKT by měla být dobrovolnou léčbou vždy, když to pacientův stav umožňuje. Problematickou oblast pak vidí ve sdělování informací pacientům, kteří mají

narušené kognitivní funkce, a tudíž pro ně mohou být náročné i procesy rozhodování a celkové porozumění informacím o léčbě. Řešení nalézá ve jmenování opatrovníka soudem. I přesto však nejde takto ošetřit všechny případy, které jsou na hranici etiky.

Právě neudělení souhlasu s touto léčbou bývá jedním z častých bodů odpůrců elektrokonvulzí a také tím, z čeho může plynout i nespokojenost pacientů. Odpůrci EKT mnohdy zastávají radikální názor, že se jedná o léčbu, která neposkytuje žádné benefity a je nehumánní. Ovšem souhlas pacientů či případné neudělení souhlasu, je velkým tématem i mezi odborníky. Na stránkách většiny nemocnic je EKT uvedena jako jedna z mála psychiatrických zákroků, u kterých je vyžadován písemný souhlas.

2.3.4 Antipsychiatrická hnutí a odpůrci EKT

Posledním pilířem, který tato práce zmiňuje a týká se stigmatizace celé terapie, jsou antipsychiatrická hnutí a další spolky či organizace, které se vyjadřují striktně proti psychiatrii a i používání EKT. Důvodem uvádějí především nehumánnost terapie. Uvádějí články, dle kterých EKT pacientům spíše škodí, nežli jim pomůže s léčbou. Po důkladnější rešerši článků a stránek zabývajících se touto tematikou může čtenář lehce nabýt strachu z dané terapie.

Občanská komise za lidská práva (CCHR) uvádí, že „k EKT existuje řada funkčních alternativ“. Dále však toto tvrzení nerozvádějí a neudávají konkrétní metody či způsoby, které by pacientům pomohly. Dále uvádějí například, že „*sama procedura ECT není o nic vědecktější nebo terapeutičtější než úder holí do hlavy*“ nebo „*i přes legislativní zákazy a zákony omezující její použití se ECT praktikuje dodnes*“ (CCHR, 2001, 4). Úvodní stránka z použitého článku je v příloze č. 3 a dokresluje tak prezentování EKT výše zmíněnou komisí. Toto celé pramení z premis antipsychiatrických hnutí, jež zastávají představu o tom, že obecně duševní onemocnění je „*jen normální reakcí na nenormální situaci*“ (Neusar, Vavrysová, 2013, 22).

Následná spokojenost s léčbou tak může být ovlivněna právě výše zmíněnými důvody. Onen subjektivní pocit pacientů je zcela ovlivněn okolnostmi, za jakých k léčbě dochází. Pokud pacient věří svému doktorovi a existuje mezi nimi důvěrný vztah, snáz přistoupí i na takto kontroverzní léčbu. Pokud se však pacient cítí bezmocný a už je „zcela odevzdán a ochoten zkusit cokoli“, existuje pak vyšší možnost nespokojenosti s celým průběhem terapie (Johnstone, 1999). Vystává pak otázka, zda by však lékař mohl z etického

hlediska vůbec zamezit léčbě, pokud se jedná o efektivní metodu, která by pacientovi mohla v akutním případě i zachránit život.

Fink (2005) zveřejnil výzkum „*Is the practice of ECT ethical?*“, kde se věnuje, jak je vidno z názvu, etické stránce elektrokonvulzivní terapie. Ve svých poznatkách vyzdvihuje důvěrný vztah pacienta s psychiatrem. Také poukazuje, že autentická zkušenost, sdílení zkušeností jiných pacientů nebo právě důvěra v lékaře vede častěji k dobrovolnému souhlasu a povzbuzení pro absolvování léčby. Dále Fink upozorňuje, že se odborníci stále snaží EKT uzpůsobit tak, aby byla co nejméně stresující pro pacienty, i přesto je však možné, že v budoucnu bude metoda nahrazena novější a méně kontroverzní léčbou.

3 VLIV STIGMATIZACE NA ZKUŠENOST PACIENTŮ S EKT

Myers publikoval v roce 2007 studii, která zahrnovala 147 pacientů, kteří prošli EKT. Zkoumal jejich zážitek a zkušenost s terapií. Zajímavým výstupem bylo, že se značně liší pohled na EKT v závislosti na okolnostech, za kterých byla léčba provedena. Nepříznivý pohled na celou terapii byl ovlivněn zejména pocitem nátlaku k souhlasu s léčbou než jakoukoli jinou skutečností. Následný postoj k terapii byl tedy ovlivněn zejména tímto faktorem.

Aoki et al. (2016) si pokládali otázku, zda zkušenost s elektrokonvulzivní terapií snižuje stigma okolo tohoto způsobu léčby. Pokud ano, mohla by tato zkušenost být využita pro sdílení daného zážitku s ostatními pacienty, rodinnými příslušníky a napomoci ke snížení stigmatu ve společnosti. Jedná se také o výzkum, který inspirovala i praktickou část této práce. Autoři došli k výsledku, že absolvování EKT sice zvýšilo povědomí o správném procesu terapie, avšak postoj k terapii se zlepšil pouze u pacientů samotných. U rodinných příslušníků ke změně nedošlo. Dá se tedy říci, že ačkoliv byli všichni zúčastnění informováni a sami pacienti byli spokojeni, názor lidí, kteří sami EKT nepodstoupili, se zásadně nezměnil.

Jednu z novějších studií zveřejnili Wells et al. v roce 2018. Této studii se zúčastnilo 17 respondentů a metodou sběru dat byl polo-strukturovaný rozhovor. Ze 17 respondentů bylo 7 žen a 10 mužů. Šest pacientů v době rozhovoru podstupovalo elektrokonvulze nebo je podstoupily v posledních třech měsících. V rozmezí do dvou let od poslední aplikace bylo sedm pacientů. Zbylí čtyři respondenti uběhlou dobu od poslední aplikace nevěděli. Zajímavým zjištěním, které tato studie mimo jiné přinesla, byl výčet faktorů ovlivňujících dobrovolné poskytnutí souhlasu s léčbou. Pacienti snáze souhlasili s léčbou v následujících případech: rozhodnutí učinil lékař, pacient se cítil zoufale a terapii viděl jako poslední možnost, došlo k setkání s ostatními pacienty, u kterých bylo vidět zlepšení a v poslední ač velmi důležitá byla podpora rodiny. Když se však podíváme i na důvody, které pacienty od této terapie odrazují, jde především o strach ze smrti, dále pak negativní zkušenost s EKT známého člověka a obavy z vedlejších účinků. Ve spojitosti se stigmatizací vyjádřilo 6

pacientů zahanbení z podstoupení této léčby, někteří dokonce tuto skutečnost nesdělili ani příslušníkům své rodiny, protože se báli reakce.

V celkových výsledcích byla zdůrazněna informovanost. Pacienti by si přáli větší dostupnost informací, i z důvodů, že by jejich rozhodování bylo tím ulehčeno. Měli by větší pocit kontroly nad tím, s čím souhlasí a také méně strachu ze sdílení své zkušenosti. Dále bylo navrženo ze strany pacientů, aby byla rodina více zahrnuta v celém procesu, například i při podávání anestezie či při samotné aplikaci elektrokonvulzí. Dalším bodem byla větší možnost získávání informací od pacientů, kteří už EKT podstoupili a v neposlední řadě i větší podpora při rehabilitaci kognitivních funkcí, především pak paměti.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Problematika elektrokonvulzivní terapie netkví ani tak v samotném procesu léčby, jež došla po mnoha modifikacích k uspokojivé podobě, ale jde spíše o kontroverzní představu ve společnosti. Proto samotné podstoupení terapie může být pro pacienty problematické a psychicky náročné. Ve společnosti stále panuje stigma i ohledně duševních onemocnění, natož pak ohledně možné léčby a ještě takto kontroverzní metodou.

V porozumění prožitkům lidí, kteří EKT prošli, vidím cestu k lepšímu pochopení zvládnání jejich terapie a také možnost, jak překonat stigma okolo „elektrošoků“ ve společnosti. V teoretické části jsem se zabývala především představením samotné terapie a následně i možnými zdroji stigmatizace. To, že je film „Přelet nad kukaččím hnízdem“ navždy spojen s touto terapií je fakt. Neznamená to však, že bychom neměli alespoň zkusit špatné informace o EKT vyvrátit a pokusit se je nahradit novými a důvěryhodnějšími. Důvodem proč v této praktické části práce vidím smysl, je naděje ke zlepšení celkového pohledu společnosti na tuto terapii a to díky autentickým a upřímným výpovědím respondentů, kteří EKT prošli. Stejně tak i jejich pohled na možnosti destigmatizace celé terapie vidím jako přínosný zdroj. Právě lidi, kteří mají zkušenost s EKT mohou nejlépe vědět, co by mohlo pomoci, a co by sami v dané situaci uvítali.

4.1 Cíle výzkumu

Výzkumná část si klade dva základní cíle. Prvním cílem je podrobněji popsat prožitek a zkušenost pacientů s elektrokonvulzivní terapií. Jde především o podání terapie skrze slova pacientů, přiblížení reálného průběhu a zmapování vlivu podstoupení této terapie na sociální vztahy pacienta a jeho okolí. Druhým cílem výzkumu je zjistit možnosti destigmatizace terapie, společně s prvky, které by pacientům mohly pomoci v lepším zvládnání terapie. Jde zejména o společnou diskusi s lidmi, kteří EKT prošli a tudíž ví nejlépe, zda stigma obestírající tuto terapii ovlivnilo jejich přístup k samotné léčbě a zda by bylo něco, co by se mohlo změnit.

4.2 Výzkumné otázky

Pro přesnější zaměření výzkumu, byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky a dvě podotázky, které pomohly při sběru dat. Pomáhaly mi, držet se tématu a skutečně se zaměřit na dané cíle. Výzkumné otázky byly stanoveny následovně:

1. výzkumná otázka: Jaká je zkušenost pacientů, kteří prošli elektrokonvulzivní terapií?

Zde jde primárně o to, zaměřit se na prožitek pacientů a jejich konkrétní zkušenost s terapií. Co všechno podstoupili, jak to snášeli, s kým své zážitky sdíleli a veškeré další poznatky, které s tím mají spojené.

Podotázka: Jak absolvování EKT ovlivňuje pacientův osobní, partnerský a sociální život?

Podotázkou se zaměřuji konkrétněji na sociální vztahy pacienta, a jestli se nějakým způsobem změnilo po absolvování EKT. Pokud došlo k nějaké změně, tak k jaké. Důležité je však odlišit, zda změna nastala po absolvování EKT nebo z důvodu duševního onemocnění.

2. výzkumná otázka: Jaký vliv má stigmatizace EKT na pacienty při rozhodování, zda léčbu podstoupí?

Cílem je zjistit, zda a jak se stigmatizace podepisuje na pacientově rozhodování o podstoupení terapie. Stejně tak i celkově na komunikaci o EKT s okolím, které mohlo hrát zásadní roli v rozhodování.

Podotázka: Jaké způsoby destigmatizace vidí sami pacienti?

Tady je prostor pro společnou diskuzi s respondentem a zmapování možností, které vidí sami pacienti. Případně s čím se sami setkali nebo co by v dané situaci sami uvítali.

5 METODOLOGIE VÝZKUM

Tato kapitola si klade za cíl seznámit čtenáře s procesem výzkumu. Vysvětluje a odůvodňuje, jaký byl využit přístup a následně popisuje krátce konkrétní metodu, která byla použita. Neopomíná ani kapitoly ohledně způsobu výběru respondentů. S čímž se nevyhnutelně pojí i následné etické hledisko práce.

5.1 Typ výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumu a zkoumaným informacím, jsem zvolila kvalitativní přístup. Je to právě kvalitativní přístup, který zdůrazňuje jedinečnost a snaží se o zachycení unikátní živé zkušenosti (Čermák, Miovský, 2000).

Dle Hendla (2006) kvalitativní výzkum je primárně použit pro hlubší porozumění dané problematice, ať už jde o sociální či individuální problém. Přístup vyzdvihuje zachycení perspektivy jedince a snaží se zmapovat subjektivní zkušenost. Na výzkumníka pak klade nárok důkladné přípravy a seznámení se se zkoumaným fenoménem.

5.1.1 Interpretativní fenomenologická analýza

K následné analýze dat jsem poté zvolila interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA). Jedná se o metodu, která výzkumníkovi nabízí větší prostor pro kreativitu a dává mu větší svobodu ve výzkumném procesu oproti jiným kvalitativním postupům. Osvědčuje se také, pokud je výzkum zacílen na neobvyklou a méně početnou skupinu (Kostínková, Čermák, 2013). Na výzkumníka však klade značný časový nárok a zapálení do daného tématu. Kostínková a Čermák (2013) popisují fáze, kterými výzkumník musí projít, aby analýza mohla vést ke kvalitním výsledkům. Jde o následující:

- **Reflexe výzkumníka:** před započatím získávání dat je důležité, aby si výzkumník uvědomil, proč se tématem zabývá a jaký vztah ho se zkoumaným fenoménem pojí. Reflexe probíhá však i v průběhu sběru dat.
- **Opakované čtení rozhovoru.** Tento bod je důležitý zejména proto, aby se výzkumník co nejvíce vžil do subjektivní zkušenosti respondenta a „viděl svět jeho očima“.
- **Počáteční poznámky** slouží především k zachycení všech podstatných a zajímavých témat.

- **Rozvíjení vznikajících témat** je fáze analýzy, kdy se výzkumník snaží pojmenovat vynořující se témata a popsat tak zkušenost respondenta.
- **Hledání souvislostí** mezi vzniklými tématy a určování jejich vztahů.
- **Hledání vzorců napříč případy** je poslední fáze analýzy. Kdy se výzkumník snaží najít společná témata mezi jednotlivými případy a všímá si, která témata jsou pro respondenty významná.

5.2 Metoda sběru dat

Pro získání dat do výzkumu byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor, a to hned z několika důvodů. Kostínková a Čermák (2013) uvádějí, že pro následné zpracování dle IPA, je polostrukturovaný rozhovor nejčastěji využívanou metodu a pro analýzu nejlepším řešením. Dalším faktorem pak byly samotné cíle výzkumu, které vyžadovaly značnou svobodu ve vedení rozhovoru a dostatečný prostor pro respondenty. Zároveň však bylo potřeba držet se jisté linie a struktury tak, aby následná analýza byla srozumitelná a také, aby z výzkumu byly získány odpovědi na předem vytyčené cíle a na výzkumné otázky.

Otázky do rozhovoru byly tvořeny na základě rešerše literatury již proběhlých výzkumů, zaměřujících se na podobnou tematiku. Zároveň však byla hledána inspirace ve výzkumech, kde došlo k použití interpretativní fenomenologické analýzy. Posledním zdrojem informací byly krátké rozhovory s odborníky, kteří jsou s pacienty procházejícími EKT v kontaktu. Na základě konzultací pak byly otázky upraveny.

Poté byl rozhovor otestován v pilotní studii, jež ukázala na některé otázky, které by mohly být pro výzkum zajímavé, a proto byl následně rozhovor upraven. Rozhovory probíhaly osobně, výjimkou byla druhá půlka pilotní studie. Po analýze pilotní studie byl totiž rozhovor doplněn o vyvstalé otázky. Následně byl respondent tázán na doplnění, které proběhlo přes Skype, a byl tak zařazen do výzkumného souboru. Připravený polostrukturovaný rozhovor je v příloze číslo 2. Důležité je dodat, že se jedná o přibližnou osnovu rozhovoru, a že byl značný prostor přenechán i samotnému respondentovi. Docházelo tak k vynoření důležitých témat pro samotné respondenty, což bylo pro analýzu přínosné.

5.3 Výzkumný soubor

Do výzkumného souboru bylo cílem získat 5 respondentů. Odůvodněním pro to je podrobnější analýza, pomocí IPA. Kostínková a Čermák (2013) uvádějí, že pro tento druh práce je ideální výzkumný soubor o velikosti 3- 6 respondentů. Nakonec byli do výzkumu zařazeni 4 respondenti, důvody pro to uvádím níže. Dalším důležitým kritériem je dosažení co největší homogenity souboru.

Nejprve jsem oslovovala jednotlivé nemocnice a psychiatrické léčebny, kde by se pacienti, kteří prošli EKT, mohli vyskytovat. Následně však došlo k různým etickým nebo technickým komplikacím. Z devíti oslovených pracovišť měla 2 aktuální technické problémy s přístrojem a tudíž pacienty na EKT neměli, další 2 pracoviště odmítla účast z personálních důvodů, na jednom pracovišti výzkum zamítli z důvodu ochrany pacientů a se 3 pracovišti se nepovedlo navázat kontakt. Jedno pracoviště odpovědělo, ale až v samotném závěru analýzy již nasbíraných dat. Tyto komplikace však vedly i k lepšímu upřesnění výzkumného souboru a získání nové perspektivy nad celým tématem.

Účastníci výzkumu byli vybráni pomocí prostého záměrného výběru, kde je cílem vybrat takové respondenty, kteří splňují předem stanovená kritéria (Vojtíšek, 2012). Další metodou, která zde byla využita, byla tzv. metoda sněhové koule. Šlo o navázání dalších kontaktů skrze již zúčastněné respondenty. Ti poskytli kontakt na výzkumníka dalším respondentům, společně s informacemi o výzkumu a prosbou o kontaktování. Těmito způsoby se podařilo získat 5 respondentů, kteří nebyli v době rozhovoru hospitalizováni a kteří byli ochotni zúčastnit se rozhovoru. U jednoho respondenta však nastaly problémy v komunikaci a nakonec se interview neuskutečnilo.

5.3.1 Kritéria výběru respondentů

Dle již výše zmíněného požadavku bylo cílem vybrat co nejhomogennější soubor. Proto byla dopředu stanovena kritéria výběru respondentů, abychom tohoto požadavku dosáhly. Kritéria zvolená pro výzkum:

Alespoň jedna série aplikací EKT

Požadavkem bylo alespoň jedno absolvování série aplikací EKT. Tím je myšleno, že byl pacient hospitalizován na několik týdnů a absolvoval minimálně 6 elektrokonvulzí. Zároveň se však nesmí jednat o respondenta, který aktuálně dochází na udržovací či pokračovací

EKT. Důvodem je, že by se jednalo o zcela rozdílné skupiny, s jinými parametry a tedy i rozdílnou zkušeností.

Stabilní respondent (aktuálně v remisi)

Počáteční problémy se sháněním respondentů vedly k upřesnění kritéria výběru. Zde šlo konkrétně o to, aby respondent nebyl aktuálně hospitalizován a byl stabilizován. Nebylo pro něj tedy ohrožující hovořit o prožité zkušenosti. Zároveň respondenti měli v danou chvíli nadhled nad situací.

Ženské pohlaví

Toto kritérium se vyjevilo samo už při prvních dvou rozhovorech, při kterých respondentky samy zmiňovaly, že se setkaly s více ženami, které šly na EKT než s muži. Kritérium bylo proto zavedeno v důsledku větší dostupnosti respondentů a z důvodu zachování homogenity souboru.

Čas od poslední aplikace

Bylo důležité, aby byla ošetřena zejména etika. V návaznosti na to bylo důležité brát zřetel i na samotný stav respondentek. Tedy aby se nejednalo o příliš novou zkušenost. Zároveň však byla stanovena hranice maximálně 5 let od poslední aplikace elektrokonvulzí, aby byly respondentky schopny si vybavit vzpomínky na terapii.

5.3.2 Charakteristiky výzkumného souboru

Tabulka č. 2: Shrnutí základních charakteristik respondentů

Přezdívka	Věk	Dosažené vzdělání*	Vystudovaný obor
Anna	29	VŠ	Sociální práce
Markéta	27	VŠ	Mezinárodní vztahy
Miriam	33	SŠ	Cukrářka
Bára	29	VŠ	Marketing

*SŠ= střední škola, VŠ= vysoká škola

Ze čtyř respondentek dvě vystudovaly vysokou školu, jedna stále studuje a jedna respondentka na vysokou školu nenastoupila. Anna vystudovala obor sociální práce a přibližně dva roky jako sociální pracovnice byla zaměstnána. Nyní je Anna na mateřské

dovolené. Markéta stále studuje, kvůli duševnímu onemocnění musela školu přerušit. Letos by mohla školu úspěšně dokončit, po složení závěrečné zkoušky. Miriam na vysokou školu nikdy nenastoupila, chtěla být cukrářkou nebo kuchařkou, aktuálně je na mateřské dovolené. Bára vystudovala marketing a stále v oddělení marketingu pracuje.

Tabulka č. 3.: Shrnutí souvislostí s podstoupením EKT

Přezdívk	Důvod podstoupení EKT*	Počet sérií EKT	Počet roků od poslední aplikace elektrokonvulzí
Anna	FD	1	4
Markéta	FD/SP	1	<1
Miriam	FD	2	2
Bára	FD	1	3

*FD= Farmakorezistentní deprese, SP= Schizoafektivní porucha

Tři ze čtyř respondentek podstoupily elektrokonvulze z důvodu farmakorezistentní deprese. Markéta měla diagnózu nejasnou. V rozhovoru uvedla jako důvod podstoupení elektrokonvulzí deprese, nicméně poté mluvila i o bludech, které její onemocnění doprovázely. Proto padla diagnóza schizoafektivní poruchy. Z tohoto důvodu jsou v tabulce uvedeny dva důvody.

5.4 Etické hledisko výzkumu

Každá respondentka byla před započítím rozhovoru znovu seznámena s výzkumem a s možností kdykoli rozhovor přerušit. Stejně tak jako s možností neodpovídat na konkrétní otázky či výpověď později stáhnout. Všem respondentkám byla zdůrazněna anonymita a bylo jim připomenuto, že bude vynecháno i pracoviště, kde EKT podstoupily. Pokud tedy zmíní jakékoli jméno, v následném přepisu nebude zahrnuto.

Následovalo udělení souhlasu s nahráváním rozhovoru a se zpracováním vzniklých dat. To proběhlo slovně a souhlas je nahrán společně s celým rozhovorem. U jedné respondentky došlo k podepsání písemného souhlasu.

V případě, že by došlo k otevření jakéhokoli citlivého tématu, které by bylo pro respondenty aktuální, byl by rozhovor přerušen nebo zcela zrušen. Výzkumnice byla připravena situaci ošetřit a pomoci, především skrze vyslechnutí a následné nasměrování či probrání možností, kam se může respondentka obrátit. Taková situace však nenastala.

6 ANALÝZA DAT

Při analýze dat jsem se nejprve zaobírala analýzami jednotlivých rozhovorů. Až poté jsem se na rozhovory dívala komplexněji a analyzovala jsem je pro společné výsledky všech respondentů. Po absolvování těchto dvou kroků bylo možné odpovědět na výzkumné otázky, které jsou prezentovány v kapitole 4.2, a následně se k nim vracím v kapitole 8.

6.1 Analýzy rozhovorů

Prvním krokem byla samotná transkripce rozhovoru. Poté následovala fáze otevřeného kódování jednotlivých rozhovorů. Kódování proběhlo formou tužka-papír. Na základě opakovaného pročitání docházelo k upřesňování jednotlivých kódů a také k zaznamenání vynořujících se kategorií. Ty byly postupně rozřazeny do okruhů, které byly stanoveny již před započítím rozhovorů. Stanoveny byly tyto tři okruhy:

- Informovanost
- Komunikace s okolím
- Adaptace na proces EKT

Jednalo se o okruhy, které byly dle výzkumnice, vzhledem k tématu práce, důležité zmapovat. Okruhy a jejich kategorie poté společně posloužily k vytvoření systematické analýzy. Během rozhovorů se objevovala i témata, která nezapadala do jednoho z vytyčených okruhů. Je jim proto věnován prostor v kapitole Deskripce dat a také v kapitole Společná analýza. Zde uvádím jednotlivé okruhy s jejich kategoriemi:

INFORMOVANOST	KOMUNIKACE S OKOLÍM	ADAPTACE NA PROCES EKT
<ul style="list-style-type: none">• Znalosti pacienta• Informace poskytnuté lékařem• Média• Internet	<ul style="list-style-type: none">• Komunikace s rodinou• Partnerství• Sdílení zkušenosti• Pacienti na oddělení	<ul style="list-style-type: none">• Vztah lékař- pacient• Úspěšnost terapie• Vedlejší účinky• Pozitivní zisky

6.1.1 Ukázka poznámek (vlevo) a vznikajících kódů (vpravo)

Bez předchozích znalostí	<u>Tehdy jsem moc nevěděla co to je, jak to funguje a tak. Ale rozhodla jsem se to podstoupit. Ono když vám nezabírají prášky ani nějaké terapie a chcete, aby vám bylo líp, tak jste docela ochotni zkusit cokoli.</u>	Neznalost terapie Farmakorezistence Zoufalství
Důvod podstoupení EKT, „ochota zkusit cokoli“	<u>Bylo to dobré slyšet i od někoho jiného, jak to vypadá. Pamatuju si, že i když mi v podstatě říkala to stejné co doktor, tak to prostě znělo jinak. Bylo to pro mě víc důvěryhodné.</u>	Komunikace mezi pacientkami Autentické zkušenosti

6.1.2 Ukázka ze seznamu vznikajících kódů

1. Informace od pacientek (2., 30, F/R)
2. Vstřícný vztah personálu (1., 27, R)
3. Zúžení okruhu přátel (3. 15, Z)
4. Strach z trvalého poškození (3. 10, R)
5. Dostupnost informací (2., 17, F)
6. Chvilkové zlepšení (2., 3, R)
7. Přijetí okolí (4., 12, Z)
8. Pochopení (3., 18, Z)

7 DESKRIKCE DAT

Jak již bylo uvedeno výše, součástí procesu analýzy je i samotná sebereflexe výzkumníka. Proto než se posuneme k jednotlivým příběhům respondentek, uvádím zde i několik bodů mé sebereflexe. Kdy jsem vedla vnitřní dialog sama se sebou na téma EKT a proč mě vůbec toto téma zajímá.

7.1 Sebereflexe výzkumnice

Proč jsem si vybrala tohle téma? Nejvíce mě na tom lákala kontroverznost celé terapie, a tak jsem se chtěla dozvědět více. Sama jsem se přistihla, že hned jako první jsem si vybavila film *Přelet nad kukaččím hnízdem*. A další hrůzostrašné scény z různých filmů a seriálů. A tak jsem začala provádět postupně rešerši literatury, abych se dozvěděla více. První, co mi utkvělo v paměti, bylo, že se používají elektrokonvulze pro léčbu depresí a že to tedy rozhodně nevypadá jako scéna s Jackem Nicholsonem. Začala jsem poté tedy uvažovat, zda by někdo v mém okolí tuto terapii podstoupil. Ve svém okolí mám blízké osoby, které bojují s depresí, ale zatím vždy stačila farmakoterapie. Nicméně i přesto jsem začala přemýšlet, zda by tihle lidé na elektrokonvulze šli. Jestli by to pro ně byl problém, a jaká by byla reakce jejich blízkého okolí. Což mě přivedlo k zamyšlení se nad samotným prožitkem této terapie. Jak to lidé snášejí? Bojí se něčeho? Nebo je to lehčí než se může zdát? Má vliv to, jak se elektrošoky prezentují ve filmech? Jak na to reagují ostatní?

Celkově mně samotná terapie zpočátku dost lekala. Myslím, že jsem sama byla dost ovlivněná obrazem elektrokonvulzí v médiích. Je tedy možné, že do výzkumu budu nevědomky dávat pocitu, že je celá terapie stigmatizována více, nežli tomu skutečně je. Tento pocit může být podpořen i mým členstvím v několika destigmatizačních projektech. Pocitu, že je terapie hodně stigmatizována, jsem nabyla i při zmínce elektrokonvulzí v rozhovoru s přáteli. Kterí reagovali zděšeně a ptali se, jak to, že se to stále používá. Možná však zjistím, že to mezi pacienty vůbec není stigmatizovaná terapie, a mají zcela jiný pohled.

7.2 Příběhy respondentů

Před samotným komplexnějším vyhodnocením dat je zde uvedena kapitola o zkušenosti jednotlivých respondentů s elektrokonvulzemi. U každé respondentky je také zmíněn její výpověď/názor k daným okruhům (viz výše).

7.2.1 Anna

Anna je 29 letá maminka, která je aktuálně na mateřské dovolené. Předtím však vystudovala vysokou školu a 2 roky pracovala jako sociální pracovníce. Aktuálně nepracuje a plně se věnuje malé dceři. S depresí se léčí více jak 5 let. EKT podstoupila poprvé a naposledy před 4 lety. Bylo to v rámci hospitalizace, kdy absolvovala 12 aplikací elektrokonvulzí, které ji pomohly se dostat z těžké farmakorezistentní deprese. EKT ji znovu nabídl psychiatr, když se její stav zhoršil v průběhu těhotenství. To však již odmítla. Bála se o zdraví malé dcerky. Aktuálně je v remisi, ale stále antidepresiva užívá.

Deprese se u Anny objevovala postupně. Jako podstatné považuje fakt, že se sama sobě dostatečně nevěnovala a nedávala na sebe pozor. Nejdříve začala pracovat méně, potom byla v pracovní neschopnosti a pak už se její stav natolik zhoršil a užívaná antidepresiva nezabírala, až byla navržena hospitalizace.

Všichni „důležití“ okolo ní věděli, že na elektrokonvulze jde. Byla a stále je v kontaktu se svojí rodinou, stejně tak s přítelem a jeho rodinou. Mají mezi sebou dobré vztahy, což dokazuje i to, že se aktuálně potýká Anna s onemocněním v rodině přítele a stará se o svého tchána. I přesto, že ji to značně vyčerpává a musí se starat o i svojí malou dceru, byla ráda, když mohla na rozhovor dorazit. O tématu sama ráda mluví, protože si myslí, že by tato terapie mohla pomoci více lidem, pokud by o ní věděly správné informace.

Adaptace na proces EKT

Při zpětném hodnocení Anna velmi oceňovala svého lékaře, který na ní *netlačil a vše ji trpělivě vysvětlil*, a *byl ochoten poučit rodinu*. Nebála se proto druhou léčbu elektrokonvulzemi odmítnout. Právě díky dobrému vztahu s lékařem při její první hospitalizaci věděla, že *je rozhodnutí zcela na ní*.

Jako silnou vzpomínku Anna uvádí *nepříjemné pocity spojené s narkózou*. Popisuje je jako *„teplý pocit v žíle, jako droga a pak propad do nicoty“*. Uvádí, že to byla nejhorší část celé terapie. Mezi vedlejšími účinky uváděla především *bolesti hlavy*, které odezněly. I

ty však popisovala velmi podrobně a metaforicky: „...*citím v hlavě ozubená kola, která se třou o sebe. Mám pocit, že mi myšlenky naráží do mozku.*“. Dále pak zmiňuje **zhoršení kognitivních funkcí**, především však paměti. Dodnes cítí, že má **problémy se zapamatováním**. Vedlejší účinky byly rozhodně nepříjemné, ale za cenu terapie, a toho, že **lčba zabrala**, to podle Anniných slov stálo.

Pro Annu byla léčba úspěšná, zabrala a po celé sérii se cítila po delší době konečně lépe. Věděla, že to tím nekončí, a že bude pokračovat s užíváním antidepresiv. I přesto však přiznala, že pokud by došlo k propadu do těžké deprese, **lčbu elektrokonvulzemi by opět podstoupila**. Důvodem, proč léčbu odmítla při druhé nabídce, bylo **těhotenství**. Ačkoliv svému lékaři věřila, nedokázala se přes strach o dítě přenést.

Informovanost

Anna se sama v tématu poměrně dobře orientovala. Během i po absolvování EKT **zjišťovala informace a zajímala se** o vše okolo elektrokonvulzí. Po úspěšné léčbě ráda na toto téma mluví s lidmi ve svém okolí, protože chce **sdílet svoji zkušenost**. Vidí v tom smysl, a je ráda, když může pomoci někomu, „*kdo se rozhoduje, jestli elektrošoky postoupí*“.

Od lékaře **dostala všechny potřebné informace**, dle jejích slov „*vše proběhlo transparentně a byly ji sděleny i všechny možné komplikace*“. Lékař nabízel i „*léčbu světlem*“ (fototerapii), ale to Anna odmítla. Důvodem byla nedostatečná důvěra v efektivitu léčby a zároveň i **strach z promarněného času**, který by léčba vzala.

A. několikrát během rozhovoru zmínila film *Přelet nad kukaččím hnízdem*, který uváděla především ve spojitosti s komunikací mezi kamarády a známými. Objasňovala to jako „*to první, co všechny hned napadlo*“. Celkově však o médiích a obrazu elektrokonvulzí v nich, nehovořila.

Internet jí posloužil skvěle, co se týče získávání informací. Dostala se však i k článkům, které neuváděly pravdivé informace, z čehož byla vždy naštvaná, protože sama věděla, jak vše probíhá. Ráda by se více angažovala v **předávání své zkušenosti**, jen neví přesně jak. Ví, že na to nemá momentálně čas, proto se jedná spíše o plán do budoucna.

Komunikace s okolím

Annu velmi podporoval přítel a její rodina. Dávám tomu velkou váhu, protože říká, že bez nich by to bylo těžké a že neví, kde by dnes byla. Když psychiatr Annu informoval o elektrokonvulzivní terapii, byl přítomen i její partner a stejně tak někteří členové rodiny,

kterí i díky tomu **měli představu a pravdivé informace** o tom, jak bude celá terapie probíhat. Nebylo proto potřeba vše více vysvětlovat a Annu v podstoupení terapie podpořili. Naopak spíše Anně přišlo, že ji její ošetřující lékař elektrošoky **nevnucoval a nepropagoval**, což jí při zpětném ohlédnutí bylo sympatické.

Jiné to bylo s okruhem přátel, kde byla komunikace a pochopení horší. Anna si myslí, že to bylo spojeno i s hospitalizací. K té se vyjadřuje jako ke stigmatizované. „*Když vás hospitalizují do nemocnice, kvůli nějakému fyzickému onemocnění, tak je to úplně jiný než když vás hospitalizují na psychiatrii. Ten přístup ostatních je jiný...přitom je to stejný. Potřebujete lékařskou pomoc.*“ Komunikace ohledně samotné terapie byla zpočátku složitá. Anna měla problém lidem okolo vysvětlit, **proč podstupuje zrovna tuto terapii. Problém** viděla zejména **v nedostatku informací**. Nicméně po čase to její přátelé pochopili a přijali.

Při hospitalizaci potkala Anna i jednu ze svých nynějších kamarádek, která již měla s elektrokonvulzemi vlastní zkušenost. Když se společně bavily o elektrošocích, Annu to trochu uklidnilo. Byl to především pocit soudružnosti, a to že v tom nebyla sama. Byla především ráda, že si **má s kým o této zkušenosti popovídat a sdílet**.

7.2.2 Markéta

Markéta je sedmadvacetiletá vysokoškolská studentka. Z důvodu duševního onemocnění musela v minulosti studium přerušit. Před více jak rokem byla hospitalizována kvůli myšlenkám na sebevraždu a těžkým depresím, které byly zároveň syceny Markétinými bludy. Dlouhou dobu byla přesvědčená, že zavinila smrt babičky. EKT jí byla navržena z důvodu farmakorezistence. Léčba pro ni byla úspěšná a Markéta se mohla vrátit za nějaký čas ke studiu. Od té doby se do podobného stavu nedostala a aktuálně řeší stejné problémy jako její spolužáci, a to odevzdání diplomové práce.

Adaptace na proces EKT

Pro Markétu bylo velmi těžké se nechat dobrovolně hospitalizovat. To byla první vzpomínka, která se jí ihned vybavila. Nečekala, že by se jí to mohlo stát a přiznala (s ostychem), že si nemyslela, že je takový „**blázen**“, aby někdy skončila na psychiatrii. Dle svých slov měla **štěstí na lékařku**, která k ní byla velmi **vstřícná a trpělivá**. Vše jí vysvětlila, a i když se několikrát ptala na stejné věci, **lékařka mile odpovídala**.

S celou terapií souhlasila, i když nerada. Bála se. Zejména vedlejších účinků, které by jí mohly „**zničit život**“. Po elektrokonvulzích měla bolesti hlavy a byla unavená. Zpočátku

popisovala především problémy s pamětí, ale po čase se to prý zlepšilo a vrátilo do normálního stavu. Nebojí se, že by kvůli tomu letos nezvládla státnice. Pozitivum viděla v tom, že se nemusela zcela účastnit programu na oddělení, v den, kdy elektrokonvulze podstoupila. Nedokázala si na oddělení zvyknout, „pokud to vůbec jde“. Dobrou zprávou pro ni pak bylo, že léčba začala zabírat. Už po prvním týdnu si začala uvědomovat, že se **nejedná o brutální léčbu**, která by sloužila k mučení. Postupně pak byla ráda, že se začíná cítit lépe a byla **spokojená**, že se rozhodla léčbu podstoupit, i přesto, že se bála. Svým způsobem to brala jako krok **překonání sama sebe**.

Informovanost

Markéta sama o elektrokonvulzích vůbec nevěděla. Nevěděla, **že se mohou ještě používat** a proto byla velmi překvapena, když jí to lékařka navrhla. Svě lékařce věřila a sama si žádné informace nehledala. Přiznala, že se bála především proto, že jsi ihned **vybavila scény z různých filmů či seriálů** (konkrétně šlo o *Přelet nad kukaččím hnízdem* a *American Horror Story*). Měla strach, že to bude vypadat podobně. **Filmová představa** tedy značně ovlivnila její náhled. Zaujalo mě však, že Markéta chvíli cítila, „**že si to zaslouží, aby trpěla**“. Měla tedy zážitek s elektrokonvulzemi **spojen s mučením a nepříjemnými pocity**.

Komunikace s okolím

Markéta byla v partnerském vztahu, nicméně ten se rozpadl ještě před samotnou hospitalizací. Při zpětném ohlédnutí to přisuzuje již rozvíjejícímu se onemocnění, díky kterému se zhoršovala komunikace s partnerkou a zároveň se Markéta více izolovala. Nejvíce jí během průběhu hospitalizace **pomáhala rodina**, především pak rodiče. V době, kdy přerušila školu, bydlela u nich. Pomáhali jí se vším, a je jim za to velmi vděčná. Přiznává však, že tehdy si to nemyslela.

Rodiče byly dostatečně informovány a Markétě přišlo, že ji spíše **uklidňovaly** a s terapií souhlasily. O podstoupení elektrokonvulzí **neřekla nikomu** ve svém okolí. Netajila svoji hospitalizaci, ale o elektrokonvulzích nemluvila s nikým mimo rodinu, zdravotnický personál a pacientky na oddělení, kde byla. Nevidí v tom důvod, proč by se měla tímto „chlubit“, ale zároveň přiznává, že se za to určitým způsobem **stydí**. Byla **překvapena sama sebou**, když vlastně souhlasila s rozhovorem a opravdu dorazila. Byl to pro ni další krok, jak překonala sama sebe.

7.2.3 Miriam

Miriam je třiatřicetiletá maminka, která je aktuálně na mateřské dovolené. Na vysokou školu neplánovala jít, chtěla být cukrářkou, což se jí povedlo. Po dostudování střední školy tak začala pracovat právě jako cukrářka a snila o tom postavit se na vlastní nohy a mít vlastní kavárnu. K tomu se zatím nedostala, právě z důvodu psychických problémů. Elektrokonvulze podstoupila celkově dvakrát. Od poslední aplikace uběhly 2 roky. EKT jí byla indikována z důvodu farmakorezistentní deprese. První aplikace proběhla zhruba před 3 lety, kdy elektrokonvulze zabraly. Poté po zhruba 9-10 měsících podstoupila Miriam další elektrokonvulze, protože se její stav opět zhoršil a měla již v anamnéze úspěšnou léčbu EKT. Po druhém absolvování elektrokonvulzí nebyla již znovu hospitalizována a aktuálně stále užívá antidepresiva. K výraznému zhoršení stavu však od poslední hospitalizace nedošlo. Miriam se naučila rozpoznat, kdy se jí přitíží a potřebuje se více věnovat sama sobě. Ví, kdy jí není dobře a co má v tu chvíli dělat.

Adaptace na proces EKT

Při konzultaci s lékařkou ohledně podstoupení elektrokonvulzí se zprvu lekla. Nicméně její psychiatrická ji velmi podporovala a netlačila na ní. Miriam dostala prostor na rozmyšlenou. Mohla tak vše *probrat s partnerem*, který pro ni byl velkou oporou. Velkým tématem pro Miriam bylo tehdy i *těhotenství*. Přála si již mít dítě, na druhou stranu si uvědomovala, že na to v dané chvíli neměla sílu. Velmi tedy řešila, zda si tím *„nezavře vrátka a bude stále moci mít dítě“*.

Náročné pro ni bylo odloučení od partnera. Ten sice jezdil na návštěvy, ale hospitalizace při první EKT byla určitě více jak 4 týdny, což bylo pro Miriam obtížné a vyčerpávající zároveň.

Naštěstí elektrokonvulze zabraly a ona mohla po cca 5 týdnech odejít domů ve velmi zlepšeném stavu. Bohužel se však za několik měsíců na psychiatrické oddělení dostala znovu. *„Protože jsem už ale měla elektrokonvulze za sebou, moc jsme se s tím tehdy nemazali. V podstatě mi řekli, že to tedy znovu zkusíme a uvidíme, jak to zabere. A já neprotestovala.“*

Při druhé hospitalizaci už prý Miriam neměla *„tolik štěstí na lékaře“* a byla trochu zklamaná a naštvaná. Prý se k ní choval více *odměřeně* a *„vypadalo to, že ho vůbec nezajímá“*. Další elektrokonvulze také zabraly, za což byla Miriam vděčná. Přiznala, že si

myslela, že to zažije jen jednou v životě, a pak už nikdy víc. Ocenila však *rychlost*, se kterou elektrokonvulze zabraly a dostaly ji z „*mizerného stavu*“.

Vždy po aplikaci se Miriam cítila dezorientovaně a bolela ji hlava. Vzpomíná si, že ten den měla vždy volnější program než ostatní pacientky na oddělení. I přestože popisuje první dny jako nesnesitelné, uvědomuje si, že si *na oddělení zvykla* a našla jsi tam pár kamarádek. Vybavuje si i čas, kdy dokázala o elektrokonvulzích vtipkovat, ačkoliv se stále bála, když na ně šla (jednalo se o cca o 3 týden na oddělení). *Humor* ji pomáhal situaci zvládat, v momentě, kdy se její stav už lehce zlepšil, což bylo zhruba po 2 týdnech.

Informovanost

Miriam byla nadmíru spokojená se svojí lékařkou, kterou potkala při první hospitalizaci. Ta jí podal všechny informace, a *trpělivě odpovídala* na veškeré dotazy. Sama Miriam totiž o elektrokonvulzích nic nevěděla a tvrdí, že tehdy neměla ani motivaci si informace hledat. Navíc věřila své doktorce.

Po absolvování první série jsi Miriam dohledávala další informace. Nestačila se divit, kolik různých informací na internetu je. Sama se *zapojila do jedné diskuze*, čehož později litovala. Souviselo to především s informacemi dalších lidí, kteří dle jejich slov „*nemohli na elektrokonvulzích být, jinak by nepsali to, co píšou*“. Na druhou stránku oceňovala i lidi, kteří píšou blogy a články, kde *sdílí své zkušenosti* a dávají tak veřejnosti *pravdivé informace*. Jen je podle jejich slov těžké odlišit, co je pravé a co ne. Především pak pro lidi, kteří nemají s elektrokonvulzemi vlastní zkušenost.

Komunikace s okolím

Miriam podporoval nejvíce její partner, na kterého se *mohla spolehnout*. Přála si, aby byla větší možnost být s ním, a *méně na oddělení* (ambulantní elektrokonvulze?). Svoji rodinu také informovala. Ačkoliv to byl pro ni velký krok, vzhledem k tomu, že se svým otcem delší dobu nekomunikovala. Měli spolu *otevřený spor o duševním onemocnění*, kdy se Miriam snažila vysvětlit, že se nejedná o „výmysl“, ale o opravdové onemocnění. I přesto, že tento spor neměli vyřešený, považovala za *důležité rodinně oznámit*, že elektrokonvulze podstoupí. Setkala se spíše s *odmítavým postojem* a nepochopením. Proto byla vděčná za podporu partnera.

Líbil se jí nápad sdílení své zkušenosti na internetu skrze blog nebo článek. Ráda by své postřehy také sdílela a někomu tím pomohla. S nadšením při rozhovoru sdělila, že ji naše setkání „nakoplo“ a že o tom teď bude přemýšlet.

7.2.4 Bára

Báře je 29 let. Pracuje v nejmenované firmě v oddělení marketingu. EKT podstoupila pouze jednou před 3 lety. Bylo to z důvodu léčby těžkých depresí, kdy prášky nezabíraly. Lékař ji tedy nabídl elektrokonvulze, to Báru zaskočilo, nicméně byla ve stadiu, kdy už by *zkusila cokoliv*, jen aby jí bylo lépe. Naneštěstí pro ni, elektrokonvulze nezabraly. Následně se tedy pokračovalo s léčbou za pomoci prášků, která již zabrala a Báře pomohla se vrátit do života. Po hospitalizace kvůli EKT, byla Bára hospitalizována ještě jednou po několika měsících. Nyní se však dva roky *úspěšně drží* a zvládá partnerský i pracovní život. Aktuálně je Bára ve stabilním stavu, nicméně se stále bojí, že se jí vrátí její bývalý stav.

Adaptace na proces EKT

Bára by byla ráda, kdyby se daly *elektrokonvulze provádět ambulantně* a nemusela kvůli nim být hospitalizovaná. Na oddělení se jí příliš nelíbilo. Měla pocit, že je na oddělení jediná mladá, což také způsobilo její větší izolovanost.

Naneštěstí pro Báru nebyly elektrokonvulze úspěšné a Báře nepomohly. Dle jejich slov, se jednalo o *chvilkové zlepšení*, které velmi rychle odeznělo. „*Bylo to hrozně demotivující. Když je Vám špatně a najednou dostanete naději, že by se to mohlo zlepšit, a ono to pak také nevyjde, tak Vás to hrozně srazí...*“. Co jí pomáhalo se se situací vyrovnat, byla *podpora její maminky* a také si zpětně uvědomila i značnou *důvěru k psychologce* na oddělení, ačkoliv s ní nebyla natolik v kontaktu.

Stále pociťuje *lehké problémy s pamětí*, ale nejedná se o nic devastujícího či omezujícího. Po probuzení z narkózy byla Bára vždy *dezorientovaná*, ale to se do několika hodin spravilo. Sama jsi však pojmenovala svůj strach ze *zklamání sebe sama*, který se pojí zejména s hospitalizací než s elektrokonvulzemi. Bere to jako své *selhání*. „*Ještě když se to stalo dvakrát v krátké době za sebou...*“.

Informovanost

Bára nevěděla, jak celá terapie probíhá, co vše se děje a jak dlouho to může trvat. Nevěděla ani o nikom, kdo by tuto terapii podstoupil. V průběhu, ale i po absolvování jsi Bára *hledala informace sama*. Říkala, že byla ráda, že to neudělala ještě předtím než se pro EKT rozhodla. Zmiňovala především *internetové diskuze*, kde se rozebíraly zkušenosti s touto terapií. Byla přesvědčená, že by čtení diskuzí a různých článků ovlivnilo její rozhodování se, zda terapii podstoupí.

Informace od doktora Báru dostala a cítila se dostatečně obeznámena s celou situací a průběhem. Doktor odpovídal na všechny otázky, které pokládala, čímž **získala větší důvěru** k tomu, že dělá dobře, když EKT vyzkouší.

I přesto, že Báru zmiňovala některé filmy, které se jí ihned vybavily, tvrdí, že jí nijak zvláště **neovlivnily v názoru** na celou terapii. Ví, že ve filmech nebývají často správné informace a že filmy bývají zdramatizované. Nicméně na druhou stranu říká, že pro ni mělo velkou váhu **setkání s další pacientkou**, která měla elektrokonvulze za sebou. To pro Báru bylo přínosné.

Po celém procesu EKT jí Báru uvědomila, že ačkoliv jí samotné elektrokonvulze nepomohly, ví, že **někomu to pomoci může**. Proto by je klidně **doporučila**, pokud by se někdo ptal na její názor a zkušenost.

Komunikace s okolím

Nejvíce o celé své léčbě **komunikovala s partnerem**. Ten pro ni byl velkou **oporou**. Doprovázel jí ze začátku i k psychiatrovi a byl přítomen i při předávání informací ohledně celé terapie. Svoji rodinu také informovala, stejně jako pár blízkých přátel.

Vyprávěla, že se její máma zprvu lekla, ale když se o tom společně více bavily, tak se to zlepšovalo. Někdy však Báru máma zaskočila. „*Bylo taky období, kdy mi z ničeho nic poslala odkaz na nějakou diskuzi a já jsem ji musela několikrát vysvětlovat, že to číst nechci...a dobře jsem udělala.*“ Tvrdí, že je dost možné, že by to **ovlivnilo její rozhodnutí**, zda léčbu podstoupit.

U kamarádů to bylo prý složitější. Někteří zastávali názor, že se jedná o **drastickou metodu**. Báru předala informace, které sama získala od doktora, a poté se na toto téma více nebavili. Co však Báru vadilo, byl neustálý pocit, že se musí **obhajovat**.

„*Občas mě hrozně štvalo, jak si ostatní mysleli, že mi rozumí a zároveň nedokázali pochopit, proč to podstupuji. Přitom oni podle mě vůbec nevěděli, jak zoufale jsem se cítila a jak moc jsem chtěla zlepšení.*“

Na oddělení komunikovala ve větší míře (nad rámec různých programů na oddělení) pouze s jednou pacientkou, která byla také na elektrokonvulzích. U ní viděla, že to zabírá, což ji **povzbudilo**.

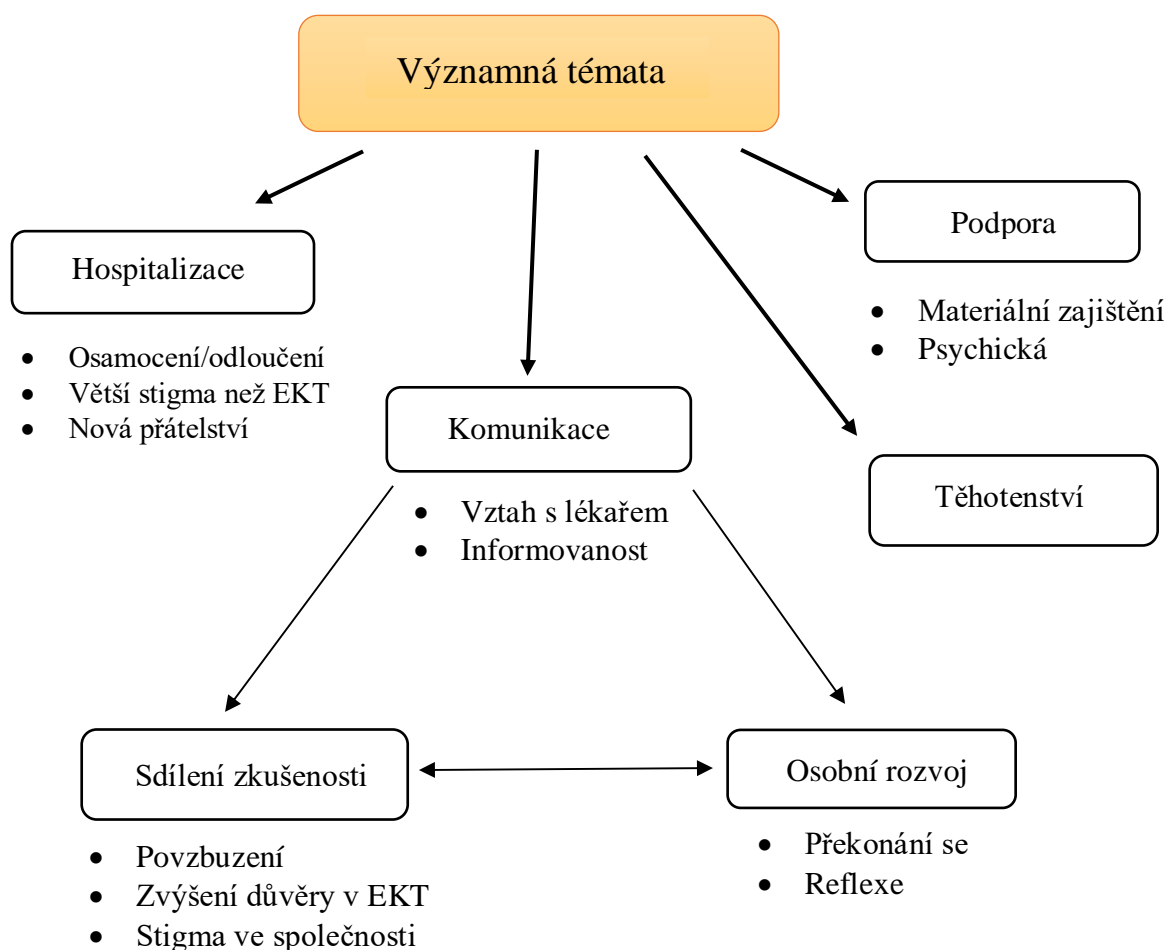
O celé situaci informovala svého nadřízeného, kterému sdělila, že má duševní problémy a potřebuje odbornou pomoc, proto bude několik týdnů *neschopna pracovat*. Báry šéf byl *vstřícný a situaci chápal*. Nikomu jinému to v práci neříkala.

7.3 Společná analýza

Nyní se pokusím analyzovat všechny rozhovory společně a poukázat na témata, která vyvstala z jednotlivých případů a propojit je dohromady.

Témata, která se objevila v každém rozhovoru, byla: problematika **hospitalizace**, **komunikace**, která je rozdělena na **osobní rozvoj a sdílení zkušenosti**, **podpora od blízkých osob** a v neposlední řadě **těhotenství**. Podrobněji je shrnuje schéma č. 1.

Schéma č. 1: Významná témata vyvstalá z rozhovorů



Ačkoliv jsou témata shrnuta ze všech rozhovorů, u každé respondentky znamenal jednotlivý bod lehce rozdílnou skutečnost. První bod, ve kterém se všechny respondentky

shodovaly, byl ohledně **hospitalizace**. Pro všechny to byla jedna z nejtěžších částí celé léčby. Jsou s tím spojeny především pocity **osamění a odloučení**. Jako problematické bylo bráno **odloučení** zejména u respondentek, které setrvaly v době hospitalizace v partnerském vztahu. Byly zvyklé na druhého člověka. Pocit **osamění** se pak objevoval u mladších respondentek, které to zdůvodňovaly svým věkem a „průměrným věkem“ na oddělení. Tím je myšleno, že v době jejich hospitalizace, si připadaly na oddělení jako jediné mladé a byl pro ně pobyt v nemocnici o to těžší. Neměly tak bližší vztah k dalším pacientkám na oddělení. Pacientky, které neměly s věkovým rozdílem komplikace, navázaly na oddělení dokonce i **kamarádkové vztahy**, z nichž některé přetrvaly i po hospitalizaci.

Dvě respondentky také zmínily, že pro ně bylo daleko těžší oznámit někomu skutečnost hospitalizace, než že podstoupí samotnou elektrokonvulzivní terapii. S čímž souvisí i následující společné téma, kterým je **podpora**.

Podpora byla pro všechny respondentky důležitá, a to hned z několika důvodů. Samotné hospitalizaci předcházela čas, kdy byly respondentky například v pracovní neschopnosti nebo již nezvládaly své studijní povinnosti. Tehdy je nejvíce podržel partner nebo rodina, kteří jim nabídli bydlení či je dokázali finančně a **materiálně zabezpečit**. S tím je spojena i **psychická podpora**, která byla pro všechny respondentky **neocenitelná**.

Podpora přicházela i ze stran zdravotnického personálu. Všechny respondentky měly dobrou zkušenost s doktorem či doktorkou na oddělení. Často byly zmiňovány dobré vlastnosti zdravotnického personálu, které pacientky oceňovaly. Šlo především o **trpělivost, ochotu** odpovídat na veškeré a někdy se opakující dotazy. Stejně tak byla vyzdvihována dobrá **informovanost** a „**lidský přístup**“. Díky těmto vlastnostem mohl vzniknout mezi pacientkou a lékařem/lékařkou **důvěrný vztah**, který je pro průběh terapie klíčový. Díky tomu jedna respondentka i bez větších obtíží dokázala léčbu odmítnout. Věděla, že na to má právo a rozhodnutí je zcela na ní. Pouze jedna respondentka měla při druhé hospitalizaci nepříjemnou zkušenost s lékařem. Důvodem proto byly opět vlastnosti a přístup lékaře. Respondentka cítila **odměřenost** a větší **nezájem** z jeho strany.

Vzhledem k věkové skupině, která se výzkumu účastnila, bylo velkým tématem i **těhotenství**. Ačkoliv to více akcentovaly pouze dvě respondentky, téma bylo velmi podstatné. U jedné respondentky došlo k odmítnutí druhé série elektrokonvulzí z důvodu **probíhajícího těhotenství**. Ačkoliv byla poučena o neškodnosti EKT na plod. Druhá respondentka měla **strach z neplodnosti**, která by byla důsledkem podstoupení

elektrokonvulzí. I přesto jsou obě nyní maminkami zdravých dětí, a ani jedna svého rozhodnutí nelituje.

Téma **sdílení zkušenosti** bylo v různých podobách přítomno u všech respondentek. Některé z nich vyprávěly, jak setkání s dalšími pacientkami, které EKT také podstoupily, bylo uklidňující. Díky onomu setkání získaly větší důvěry v terapii. Zdůrazňovaly **autentickou zkušenost**, která pro ně měla větší váhu, nežli poučení od lékaře.

Téma sdílení zkušenosti se objevovalo také v komunikaci s rodinou, partnerem a přáteli. Zde šlo o jiný úhel pohledu, kdy respondentky nejprve oznamovaly, jakou terapii se rozhodly podstoupit. Návazně na to, se setkaly s různorodými reakcemi. Nejčastěji však jako první přišel **úlek či nevěřícnost**, což bylo doprovázeno otázkami, jak je možné, že se stále tato léčba používá nebo zda je to bezpečné. Jedna respondentka popisovala silné pocity spojené s **obhajováním sebe i celé terapie**. Po absolvování elektrokonvulzí, se respondentky setkaly s více **otevřenými a tolerantními názory**, především pak ze strany přátel.

Komunikace s okolím a sdílení své zkušenosti pak vedlo k dalšímu tématu, kterým je **osobní rozvoj**. V samotném závěru rozhovorů se všechny respondentky vyjádřily k „**ohlédnutí se zpět**“ za celým procesem terapie. Všechny byly za tu zkušenost rády a říkaly, že si některé skutečnosti uvědomily až nyní, při vyprávění celého procesu.

Uvědomily si například, že dokázaly **překonat samy sebe**, a i přes strach a poznámky lidí okolo, terapii podstoupily. Čehož si v průběhu mnohdy nevěšimly a samotné je to velmi potěšilo při **sebereflexi**. I samotné sdílení příběhu se mnou, pro ně nabylo sebe rozvojového charakteru. To, že na rozhovor dorazily a mluvily o sobě a svých zkušenostech, považovaly některé za **velký krok kupředu**. Jedna respondentka například nemluvila o EKT s nikým kromě své rodiny a jedné kamarádky. Sama jsi nedokázala vysvětlit, proč tedy s rozhovorem souhlasila, když o celé terapii nechtěla nikomu říct. Tři respondentky by naopak rády svojí **zkušenost sdílely s více lidmi**, především pak s těmi, kteří se rozhodují, zda EKT podstoupí. Samotné vzpomínaly, jak jim takové rozhovory do jisté míry pomohly. Nejvíce je napadalo psaní blogu, článků nebo natočení videa, kde by svojí zkušenost sdílely.

8 ODPOVĚDI K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM

Na základě výše provedené analýzy rozhovorů, popsání důležitých témat a představení jednotlivých příběhů, se pokusím odpovědět na výzkumné otázky stanovené na samotném začátku praktické části.

1. výzkumná otázka: Jaká je zkušenost pacientů, kteří prošli elektrokonvulzivní terapií?

Samotnou zkušenost s terapií ovlivnilo několik faktorů. Nejvíce však vztah s psychiatrem/psychiatrickou, podpora od partnera či rodiny, sdílení zkušeností a s tím související osobní rozvoj. Velký důraz byl bez pochyby kladen na vytvoření důvěrného vztahu s lékařem/lékařkou. Často přicházela podpora právě od nich. Stejně jako poskytnutí možnosti situaci probrat. Pacientky si tak byl vědomy možnosti kdykoli odmítnout či přerušit léčbu. U jedné pacientky měl dobrý vztah mezi lékařem a pacientkou větší vliv než samotná úspěšnost terapie.

Sdílená zkušenost při setkání s lidmi, kteří EKT podstoupili, byla pro většinou respondentek obohacující, uklidňující a důležitá. Pomohla jim získat autentický náhled na proces terapie, což ve své situaci uvítaly.

Stejně tak vedla jejich vlastní zkušenost k nutkání sdílet autentickou zkušenost a potenciálně tak pomoci druhým. Samotné ohlédnutí se zpět za terapií bylo pro respondentky zajímavé, protože došlo k reflexi, kterou většina z nich (konkrétně 3) do této doby neuskutečnily.

Podotázka: Jak absolvování EKT ovlivňuje pacientův osobní, partnerský a sociální život?

Pro pacienta, který by měl podstoupit EKT, je důležitá zejména podpora od blízkého člověka. U respondentek ve výzkumu se jednalo ve třech případech o partnerskou podporu, v jednom pak o podporu ze strany rodičů. Sdělení o podstoupení terapie bylo pro všechny důležité natolik, že jej sdělily v každém případě rodině. I přestože byla jedna pacientka v otevřeném sporu s otcem a podpory se jí nakonec nedostalo, považovala za důležité své rodině informace sdělit.

Vliv absolvování elektrokonvulzí nemá až takový vliv na vztahy s přáteli. Větší dopad vidí pacientky v hospitalizaci a v samotném duševním onemocnění. To má větší vliv na přátelství a vztahy, které se buď upevní, nebo rozpadnou.

2. výzkumná otázka: Jaký vliv má stigmatizace EKT na pacienty při rozhodování, zda léčbu podstoupí?

Všechny pacientky se shodly, že důležitější roli pro ně hraje jejich psychický stav, než jejich případně zkreslená představa o terapii. Chtěly, aby jim bylo lépe, a když léky nezabíraly, byly ochotné vyzkoušet téměř cokoli. Kde se však projeví vnímané představy o terapii, byl strach, který přišel po souhlasu s léčbou. Nejvíce pak před samotnou aplikací elektrokonvulzí. Všechny respondentky se shodly, že v případě EKT je problém v nízké až žádné informovanosti veřejnosti. Málodky se tak člověk v běžném životě setká se správnými informacemi. Proto se pak dostávají do popředí výjevy z filmů či seriálů a ovlivňují tak názor a pohled na celou terapii.

Samy pacientky neměly pocit, že by byly elektrokonvulze tolik stigmatizované. Větší problém viděly v samotné hospitalizaci. Při sdělování blízkým kamarádům měly větší strach z oznámení, že budou hospitalizovány. Právě hospitalizaci na psychiatrii mají spojenou s „bláznů“, a proto pro ně bylo náročné, až zahanbující se svěřit.

Podotázka: Jaké způsoby destigmatizace vidí sami pacienti?

Největší a nejdůležitější přínos vidí ve sdílení zkušeností a správné informovanosti. Větší dostupnost informací by dle jejich slov zamezila milné představě o nehumánnosti metody. Komunikace s přáteli na toto téma by pak byla snazší a pochopení z jejich strany by bylo jednodušší.

Další návrh, který vzešel od respondentek, se týkal rozšíření ambulantních elektrokonvulzí. Zamezení pocitů jako je osamění či odloučení by tak bylo snazší. Jedna respondentka dokonce navrhla i možnost přítomnosti partnera (nebo jednoho z rodičů) při uvádění do narkózy.

9 DISKUZE

Cílem této práce bylo podrobněji popsat zkušenost pacientů s elektrokonvulzivní terapií a zjistit, zda pacienty při rozhodování ovlivňuje stigma, jež je s touto terapií spojené. V teoretické části jsem se věnovala spíše seznámení s celou terapií, následně pak tématu, kde může stigma ohledně této terapie vznikat a v neposlední řadě i výzkumům, které byly na téma podobné této práci publikovány. V praktické části jsem zjišťovala autentické zkušenosti lidí, kteří EKT podstoupili.

Při výběru tématu jsem si byla vědoma hned několika rizik. Prvním z nich byla dostupnost respondentů. To se ukázalo z počátku výzkumu jako velmi problematické. Tuto skutečnost jsem se snažila ošetřit oslovením co nejvíce nemocnic a psychiatrických léčeben. Ačkoliv nakonec nedošlo k výběru respondentů z aktuálně hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení, posloužila tato zkušenost k přehodnocení kritérií samotného výběru respondentů. Poté se nejvíce osvědčila metoda sněhové koule, protože respondentky, jak často zmiňují v rozhovoru, potkaly při hospitalizaci další ženy, které EKT také podstoupily a velmi často s někým zůstaly v kontaktu. Ve dvou případech se rozhovor i po navázání kontaktu neuskutečnil, protože byly respondentky v dané době opět hospitalizovány a s jednou domluvenou respondentkou byl kontakt přerušen. Počítala jsem s malým počtem respondentů, a proto jsem zvolila k analýze dat vhodnou metodu, která s malým souborem počítá. Dle Kostínekové a Čermák (2013) je interpretativní fenomenologická analýza (IPA) vhodná právě pro výzkum, který je zacílen na specifickou, nevšední skupinu s malým počtem. I přesto jsem si vědoma toho, že se jedná o jeden z limitů mého výzkumu.

Dalším rizikem byl vliv samotné terapie na paměť respondentek. Z důvodů vedlejších účinků elektrokonvulzivní terapie mohlo dojít i ke zkreslení či špatnému vybavení vzpomínek na dobu, kdy respondentky léčbu podstoupily. K tomu se mohl přidat i poměrně velký časový odstup, kdy u některých respondentek šlo až o 4 roky od poslední aplikace.

Za rozšíření mého výzkumu by stálo porovnání případných rozdílů ve zkušenosti mužů a žen. Zkušenosti mužů mohou být rozdílné, protože každé oddělení na psychiatrii funguje odlišně. Stejně tak by bylo pozoruhodné zjistit, zda by u mužů vyvstalo významné téma ekvivalentní k plodnosti. U žen se v daném věkovém rozmezí jeví téma těhotenství

jako důležité. Zajímavým a obohacujícím rozšířením tohoto výzkumu by dále mohlo být zapojení rodinných příslušníků, či partnerů pacientů. Výzkum by tak získal i pohled lidí, kteří ač sami neprošli elektrokonvulzivní terapií, byli v přímé blízkosti člověka, který léčbu absolvoval. Spatřuji v tom přínosný zdroj informací, protože by se samotné téma vlivu stigmatizace EKT mohlo rozšířit mimo skupinu pacientů a mělo tak i reprezentativnější výsledky pro společnost v České republice. Dalo by se tak navázat na výzkum Aokiho et al. (2016) a zmapovat tak případné rozdíly. Autoři publikovali výsledky, kdy se postoj k EKT změnil pouze u pacientů samotných, nikoli u rodinných příslušníků, kteří neměli autentickou zkušenost s terapií. Následné výsledky by se daly rozšířit i o výzkum v oblasti, co by vedlo k destigmatizaci.

Nyní se vrátím ke svým výsledkům ze společné analýzy rozhovorů a pokusím se je více propojit s teoretickou částí této práce. Konkrétněji s výzkumy, které jsem představovala na samotném závěru teorie.

V teoretické části jsem představila elektrokonvulzivní terapii a také možné zdroje stigmatizace celé terapie. Upozorňovala jsem na výzkum, jenž zkoumal vliv filmu *Přelet nad kukaččím hnízdem*. Výsledky z oné studie se částečně prolínají s mými výsledky z analýz jednotlivých rozhovorů. Všechny respondentky zmínily tento film jako předlohu představy o průběhu EKT. Stejně tak narazily na vliv tohoto filmu při komunikaci s přáteli a blízkým okolím. Mé výsledky se zde shodují v jasném vlivu daného filmu na postoj k terapii. Výsledky z mého výzkumu se liší v následné korekci názorů a představ na elektrokonvulze, po intervenci správným informováním. Tři respondentky uvedly, že po informování a sdílení své vlastní zkušenost, měly pocit, že se názor jejich blízkého okolí změnil a došli tak ke společnému pochopení. Důležité je zde zmínit, že se jedná o subjektivní pocit respondentek.

Mezi významnými tématy vyvstávajícími ze všech rozhovorů byl rozhodně vztah s lékařem či lékařkou. Všechny respondentky se shodly, že právě důvěrný vztah s lékařem byl pro ně klíčový. Vyzdvihovaly především ochotu, trpělivost, vstřícnost a jednání bez pocitu nátlaku. Dle Myerse (2007) byl právě pocit nátlaku spojen s nespokojeností pacientů s terapií. V mém výzkumu byly všechny respondentky s terapií spokojeny, přestože u jedné respondentky nebyla léčba úspěšná. Díky dobrému a důvěrnému vztahu s lékařem jedna respondentka i léčbu podruhé odmítla. Věděla, že na to má právo a že se může s doktorem domluvit na jiných způsobech léčby. To poukazuje na fakt, že vztah s lékařem a jeho způsoby jednání jsou jedním ze zásadních faktorů, které mohou ovlivňovat pacientovu

spokojenost s léčbou a následný postoj k elektrokonvulzím. S tím se zde shodují s Finkem (2005) a jeho výzkumem „*Is the practice of ECT ethical?*“.

Podpora, zejména pak ta psychická, byla pro všechny respondentky také klíčová. Nejčastěji přicházela od partnera a také rodinných členů. Více pacientky vnímaly psychickou podporu, nicméně při zpětném ohlednutí si uvědomovaly, že právě i finanční a materiální podpora byla potřeba. Když procházely svým onemocněním, často si právě onu materiální stránku neuvědomovaly. S podporou souvisí i téma hospitalizace. Respondentky cítily během hospitalizace osamocení a bojovaly s odloučením, které bylo podpořeno strachy z elektrokonvulzivní terapie. Vyjádřily přání většího zapojení partnerů či členů rodiny do celého procesu EKT. Mohli bychom říci, že všechny výpovědi respondentek poukazovaly na přání rozšíření ambulantní elektrokonvulzivní terapie. Samy to výslovně neřekly, což může být dáno neznalostí této možnosti. Nicméně jejich popis se shodoval právě s praxí ambulantní EKT. Nedochovalo by tak k delšímu odloučení a pacientky by dle svých slov situaci lépe snášely. Nutno říci, že tento způsob aplikace elektrokonvulzí by byl náročný, zejména pak časově, pro doprovázející osobu (partnera či rodinného příslušníka). Docházelo by k neustálým přesunům, což by pro samotného pacienta nemuselo být nejlepším řešením. Stejně tak by byl pacient ochuzen o program na oddělení a s tím spojené například kognitivní rehabilitace. K tomu se přidává i fakt zohlednění stavu pacienta. V akutních stavech pacientů si jen stěží dokážu představit, jak by ambulantní EKT probíhala.

Nejvíce se můj výzkum podobal australské studii z roku 2018 od Wellsové et al. Ve výzkumu použili polostrukturovaný rozhovor a ve výsledcích se vyjadřují k podobným tématům jako já ve svém výzkumu. Jde zejména o oblast informovanosti, zkušeností s EKT, větší zapojení rodinných příslušníků a dalších možností vylepšení celého procesu. Co se týče informovanosti, tak k té se pacientky v mém výzkumu vyjádřily kladně. Všechny měly pocit, že jsou adekvátně informované, tudíž se mohou rozhodnout, zda terapii podstoupí, což se od australské studie značně liší. Na druhou stranu přiznaly, že pokud si informace hledaly samy přes internet, nenašly jasné, srozumitelné a zcela pravdivé informace o průběhu terapie. Zde se výzkumy shodují zejména ve vyvolaném strachu kvůli internetovým diskuzím a článkům.

K rozšíření kognitivních rehabilitací, na které australská studie upozorňuje, se respondentky vyjádřily jako k dostačujícím v českém zdravotnictví. Stejně tak jako k možnosti zapojení partnerů nebo rodinných příslušníků do průběhu terapie. Větší neshoda s výše zmíněnou studií a mým výzkumem byla v možnosti získávání informací od pacientů,

kteří EKT již prošli. Respondentky, které v mém výzkumu měly možnost setkání s takovými pacienty, tuto zkušenost velmi ocenily a byla pro ně přínosná. Z australské studie vyplývá, že pacienti tam tuto možnost neměli, a proto byla jedním z jejich přání. Možné rozdíly mezi výzkumy přikládám především kulturnímu rozdílu, stejně tak i odlišnosti zdravotnické péče daných zemí.

Stigmatizace této terapie se projevuje především ve výše zmíněné nízké informovanosti veřejnosti, která má velmi často „obrázek“ elektrokonvulzí připodobněný ke scéně z filmu *Přelet nad kukaččím hnízdem*. U nás, v České republice, se projevuje stigmatizace EKT zejména na osobní a veřejné úrovni. Z rozhovorů se ukazuje, že respondentky byly primárně spokojeny s přístupem ve zdravotnických zařízeních.

Za zajímavou skutečnost také považuji fakt, že všechny respondentky byly nebo jsou zaměstnány v oboru, který je postaven na komunikaci s dalšími lidmi. S čímž se váže i studium, které i přes své psychické problémy všechny zvládly úspěšně dokončit. Nevyvozují zde žádné závěry nebo kauzální vztahy, pouze tento fakt prezentují jako zajímavost, která by mohla stát i za bližší prozkoumání.

Celkově se mé výsledky s výzkumy představenými v teoretické části shodují v tématech, která jsou pro pacienty důležitá. Po důkladnější analýze však zjišťuji, že faktor kultury a norem nastavených v dané společnosti, je zásadní ve vlivu stigmatizace na pacientovu zkušenost. Proto ač byla témata mezi výzkumy podobná, odvíjela se v některých případech jinými směry.

Snažila jsem se zamyslet také nad praktickou využitelností poznatků z této práce. Tato práce pro mě měla osobní význam v podobě porozumění kontroverzní terapii a lidem, kteří touto léčbou prošli a s čím vším se museli potýkat. Toto porozumění by mohlo být přínosné pro klinickou psychologii a zároveň i pro veřejnost, která by získala jasnější představu o průběhu této terapie.

10 ZÁVĚR

Na základě analýzy dat mého výzkumu mohu aktuálně stanovit následující závěry:

- Jedním z důvodů stigmatu elektrokonvulzivní terapie je nedostatek správných informací pro veřejnost.
- Film „*Přelet nad kukaččím hnízdem*“ stále vytváří negativní pohled na elektrokonvulzivní terapii.
- Sdílení autentické zkušenosti s EKT mezi pacienty vzbuzuje větší důvěru. Jde o interakci mezi pacienty, kteří elektrokonvulzemi prošli a těmi, které to čeká.
- Vnímanou zkušenost pacientů s EKT ovlivňuje vztah s lékařem/lékařkou. To, jak se lékař/lékařka chová k pacientovi a jak moc pacienta informuje, ovlivňuje následný pacientův postoj k celé terapii.
- Při podstoupení elektrokonvulzí mají ženy okolo třicátého roku života strach z vedlejšího účinku terapie v podobě neplodnosti či potratu, ačkoliv se nejedná o kontraindikaci terapie. Jedna respondentka z tohoto důvodu odmítla elektrokonvulze v těhotenství podstoupit, ač byla dostatečně informována.

11 SOUHRN

Tématem této práce je vliv stigmatizace na zkušenost pacientů s elektrokonvulzivní terapií (EKT). Zabývám se tedy autentickou zkušeností, v minulosti hospitalizovaných pacientek, které EKT prošly. Následně tuto zkušenost dávám do souvislostí stigmatizace celé terapie.

Tuto práci mám rozdělenou do teoretické a praktické části. V teoretické části se věnuji představení samotné elektrokonvulzivní terapie a také stigmatu, které se této terapii týká. Poslední kapitolou teoretické části jsou výzkumy, které se uskutečnily na podobné téma, jako je tato práce. V praktické části představuji svůj výzkum, který byl zaměřen na zkušenost pacientů s EKT a případný vliv stigmatizace na prožitou zkušenost. Nyní zde krátce představím jednotlivé kapitoly.

V teoretické části se v první kapitole věnuji elektrokonvulzivní terapii, jejímu historickému základu, modifikacím a následně i současné podobě této terapie. Elektrokonvulzivní terapie je metoda, která za pomoci proudu vyvolává generalizovaný záchvat u pacienta. Proud je veden skrze elektrody umístěné na povrchu hlavy. Umístění elektrod může být jedno z následujících: bilaterální, bifrontální nebo unilaterální. (Jones & Jones, 2018). EKT se zásadně provádí pod celkovou anestezií a za užití myorelaxancií. Při elektrokonvulzích je pacient vleže, je „uspán“ a na celý průběh si nepamatuje. Samotná aplikace proudu trvá jen několik vteřin. Celkový proces (od podání anestezie do probuzení) je rychlý, v řádu několika minut (Češková, Kučerová, 2006). Standardní série elektrokonvulzí obsahuje 6- 12 aplikací, hospitalizovaný pacient je podstupuje zpravidla dvakrát či třikrát týdně, ob den. Kromě terapeutické aplikace elektrokonvulzí, existuje ještě pokračovací a udržovací EKT.

K indikaci EKT dochází po důkladném zvážení stavu pacienta lékařem a ve většině případů se nejedná o metodu první volby (Köhler, 2014). Dle Rabocha a Pavlovského (2013) je EKT indikována především z důvodu farmakorezistence u depresivních poruch, schizofektivních poruch, pro léčbu psychotických příznaků a v případě, kde hrozí riziko sebevraždy. Kontraindikace EKT se shodují s kontraindikacemi kompletní anestezie. Co je však výhodou elektrokonvulzí je možnost využití u starších lidí, v těhotenství a u pacientů léčících se s epilepsií. Vedlejší účinky se projevují zejména v oblasti kognitivních funkcí,

nejvíce však postihují paměť. Přičemž problémy s pamětí by měly odeznít do šesti měsíců od poslední aplikace (Tuček, Šnorek, 2010).

Druhá kapitola seznamuje s tématem stigmatizace, podrobněji u duševních onemocnění a dále u EKT. V této kapitole jsou zahrnuty i možné zdroje stigmatizace. Obecně stigma Ocisková et al. (2014) rozděluje na tři úrovně: veřejnou, strukturální a osobní. V případě stigmatizace elektrokonvulzivní terapie se setkáváme především s osobní a veřejnou úrovní, kde jde o samotný pohled pacienta na danou terapii a následně i pohled například blízkého okolí, či přátel na elektrokonvulze. Mezi nejčastější zdroje stigmatizace řadí Kring et al. (2018) vliv médií, nedostatečnou informovanost veřejnosti i pacientů a možnost provedení EKT bez souhlasu pacienta. Zde je nutné dodat, že ačkoliv tato možnost existuje, většina elektrokonvulzí probíhá se souhlasem pacient. Tato skutečnost je také častým bodem antipsychiatrických hnutí, která se k EKT vyjadřují jako k brutální metodě.

Poslední kapitola je věnována několika výzkumům v oblasti zkušenosti pacientů s elektrokonvulzivní terapií. Stejně tak jsou zde uvedeny studie, které se zaměřují na vliv stigmatizace na prožitou zkušenost. Nejvíce zde rozvádím výzkum z roku 2018 od Wellsově et al., který se zaměřuje na stejné oblasti jako výzkum v této práci a metody si jsou také více podobné.

V praktické části se věnuji svému výzkumu, jenž byl pojat fenomenologicky. Výzkumný soubor čítá 4 respondentky, které byly vybrány pomocí prostého záměrného výběru a metody sněhové koule. S vybranými respondentkami proběhl polostrukturovaný rozhovor. Následné rozhovory byly přepsány a analyzovány. Zde došlo k použití interpretativní fenomenologické analýzy, která mimo jiné zahrnovala i reflexi výzkumnice. Výsledkům z jednotlivých rozhovorů věnuji celou kapitolu, kde představuji jednotlivé respondentky společně s jejich příběhy. Jde o respondentky ve věkovém rozpětí 27-33 let. Dvě z nich mají vystudovanou vysokou školu, jedna stále studuje a jedna respondentka dokončila střední školu s odborným vyučením na cukrářku. Po představení jednotlivých příběhů se věnuji vzešlým tématům ve společné analýze. Z tohoto rozboru vyplývá pět společných témat: vztah mezi lékařem a pacientem, hospitalizace, podpora, sdílení zkušenosti a osobní rozvoj. Dalším tématem, které vyplynulo z rozhovoru jako podstatné, ačkoliv nebylo sdíleno všemi respondentkami, bylo těhotenství.

Téma vztahu lékaře s pacientem u respondentek rezonovalo nejvíce. Zdůrazňovaly zde vlastnosti jako je trpělivost, ochota či lidský přístup. Právě vztah mezi lékařem a

pacientem byl akcentován jako důležitý i ve výzkumech od Myerse (2007) či Wellsové et al. (2018).

Hospitalizace jako téma byla brána v negativním slova smyslu, kdy respondentky pociťovaly osamocení a odloučení, nejčastěji od partnera či rodiny. V této souvislosti se tak často uchýlovaly k popisu možnosti ambulantní EKT. Respondentky se o hospitalizaci na psychiatrickém oddělení zmiňovaly jako o větším stigmatu než je elektrokonvulzivní terapie.

K informovanosti se pacientky v mém výzkumu vyjádřily kladně. Všechny měly pocit, že jsou dostatečně informované a mohou se rozhodnout, zda terapii podstoupí, což se od jiných studií značně liší. Na druhou stranu respondentky přiznaly, že pokud si informace hledaly samy přes internet, nenašly jasné a zcela pravdivé informace o průběhu terapie. To vede k tématu sdílení zkušenosti.

Sdílení zkušenosti bylo užitečné ve dvou odvětvích. Prvním je sdílení mezi pacientkami, které se tak dokázaly navzájem povzbudit a také uklidnit. Druhé odvětví je spojeno i s osobním rozvojem a obsahuje následné sdílení zkušenosti s okolím a veřejností, za účelem snížení stigmatu a rozšíření správných informací. Ty totiž podle většiny studií a i podle výsledků této práce chybí a jsou brány jako stěžejní bod možné destigmatizace terapie.

Posledním tématem, které se vynořilo u dvou respondentek, bylo těhotenství. Jednalo se o ženy, které jsou aktuálně na mateřské dovolené a v době absolvování elektrokonvulzí, bylo téma plodnosti pro ně podstatné. Jedna respondentka odmítla z důvodu strachu o dítě druhou sérii elektrokonvulzí. Druhá respondentka dlouho řešila tuto záležitost s doktorkou.

Za limity své práce považuji zejména nízký počet respondentů. Větší soubor by mohl přinést další zajímavá zjištění a stávající data obohatit. S čímž souvisí i riziko výzkumu v podobě získání samotných respondentů.

Výzkum měl pro mě osobní významnost v podobě porozumění kontroverzní terapii a lidem, kteří touto léčbou prošli a s čím vším se museli potýkat. Toto porozumění by mohlo být přínosné pro klinickou psychologii a zároveň i pro veřejnost, která by získala jasnější představu o průběhu této terapie.

LITERATURA

1. Albrecht, J., Kališová, L., Mareš, T., Mádlová, K., Michalec, J., Kubínová, M., ... & Anders, M. (2017). Známe mechanismus účinku elektrokonvulzivní Léčby?. Česká a Slovenská Psychiatrie, 113(6).
2. Aoki, Y., Yamaguchi, S., Ando, S., Sasaki, N., Bernick, P. J., & Akiyama, T. (2016). *The experience of electroconvulsive therapy and its impact on associated stigma: A meta-analysis. International Journal of Social Psychiatry, 62(8), 708–718.*
3. Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2017). Schizofrenie, Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta as.
4. Bareš, M. (2018). Život za zdí: 17. díl: Léčba proudem. Online dostupné 20. 11. 2019 z: https://www.youtube.com/watch?v=U_rJqZC4GyY
5. Bareš, M., & Kopeček, M. (2006). Úvod do biologické léčby rezistentní depresivní poruchy. Psychiatrie pro praxi, 6, 276.
6. Bareš, M., Kopeček, M., Seifertová, D. (2005). Efektivita EKT v léčbě farmakorezistentní depresivní poruchy z pohledů pacientů. Psychiatrie. 9
7. Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a ‘stranger’. International review of psychiatry, 19(2), 131-135.
8. Cimpianu, C. L., Strube, W., Falkai, P., Palm, U., & Hasan, A. (2017). Vagus nerve stimulation in psychiatry: a systematic review of the available evidence. Journal of neural transmission, 124(1), 145-158.
9. Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Champion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, Ch., & Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. Journal of Community Psychology, 28(1), 91-102
10. Čermák, I., Miovský, M. (2000) Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na
11. Češková, E. (2007). Farmakorezistentní schizofrenie. Česká a slovenská psychiatrie, 103, 190-197.
12. Češková, E., & Kučerová, H. (2006). Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál

13. Češková, E., Ustohal, L. (2019). Neuroleptický maligní syndrom (přehledový článek a kazuistiky). *Česká a slovenská psychiatrie*, 115(1), 27- 31.
14. Domino, G. (1983). Impact of the Film, "One Flew over the Cuckoo's Nest," on Attitudes towards Mental Illness. *Psychological Reports. Sage Journals*. 53(1), 179–182.
15. Fink, M. (2005). Is the practice of ECT ethical?. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 6(2), 38-43.
16. Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
17. Grover S, Sahoo S, Rabha A, Koirala R. (2018). ECT in schizophrenia: a review of the evidence. *Acta Neuropsychiatrica*.
18. Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník (Třetí, aktualizované vydání)*. Praha: Portál.
19. Hendl, J. (2006). *Kvalitativní výzkum v pedagogice. Současné metodologické přístupy a strategie pedagogického výzkumu*. Plzeň: Západočeská univerzita
20. Hořínková J, Barteček R, Kališová L. (2019). Elektrokonvulzivní terapie v léčbě dětských a adolescentních pacientů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 115(3), 126- 131.
21. Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie. Druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha: TIGIS
22. Jaššová, K. (2019). *Porovnání účinnosti psychoterapie a repetitivní transkraniální magnetické stimulace v léčbě psychogenního přejídání (Disertační práce)*. Praha: Univerzita Karlova
23. Johnstone, L. (1999). Adverse psychological effects of ECT. *Journal of Mental Health*, 8(1), 69-85.
24. Jones, C., & Jones, S. (2018). Electro Convulsive Therapy (ECT) - Milestones in its History. *Mental Health Nursing*, 38(4), 6-10.
25. Kadlecová, E., Burdová, I., Holáková, M., Kozáková, L. (2010). Demyelinizační onemocnění s psychiatrickou symptomatikou. *Česká a slovenská Psychiatrie*. 106(2), 111 -113
26. Kališová, L. (2019). *Elektrokonvulzivní léčba - teorie a praxe*. Charles University in Prague, Karolinum Press.
27. Kališová, L., & Albrecht, J. (2018) Elektrokonvulzivní terapie na počátku 21. století. *Postgraduální medicína*, 20(6).
28. Kašpárek, T. (2008). Suicidalita u schizofrenie. *Psychiatria pre prax*, 9(4), 169-170.

29. Köhler, M. R. (2014). Elektrokonvulzivní terapie. *Psychiatrie pro praxi*, 15(1), 19-22.
30. Kopeček, M., Bareš, M., Seifertová, D., Efektivita EKT v léčbě farmakorezistentní depresivní poruchy z pohledu pacientu. *Psychiatrie*, 9(4)
31. Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. Dostupné z ResearchGate
32. Kring, I. S., Bergholt, M. D., & Midtgaard, J. (2018). The perspectives of former recipients and experts on stigmatization related to electroconvulsive therapy in Denmark: A focus group study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(5-6), 358-367.
33. Látalová, K., Praško, J., Kubínek, R., Herman, E., & Doubek, P. (2009). Smíšená epizoda u bipolární afektivní poruchy a její léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 10(5), 209-215.
34. Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2005). Can a seizure help? The public's attitude toward electroconvulsive therapy. *Psychiatry research*, 134(2), 205-209.
35. Lisanby, S. H. (2007). Electroconvulsive therapy for depression. *New England Journal of Medicine*, 357(19), 1939-1945.
36. Mádlová, K., Kališová, L., Albrecht, J., Michalec, J. (2015). Historický přehled vývoje elektrokonvulzivní terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(6), 306-313.
37. Mádlová, K., Kališová, L., Albrecht, J., Michalec, J. (2015). Historický přehled vývoje elektrokonvulzivní terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111 (6), 306-313.
38. Mareš, T., Albrecht, J., Buday, J., Čerešňáková, S., Raboch, J., & Anders, M. (2019). Praktické užití a indikace transkraniální stimulace stejnosměrným proudem. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 1(1).
39. Meltzer, H. Y., Alphas, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., ... & Krishnan, R. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: international suicide prevention trial (InterSePT). *Archives of general psychiatry*, 60(1), 82-91.
40. Myers, D. H. (2007). A questionnaire study of patients' experience of electroconvulsive therapy. *The journal of ECT*, 23(3), 169-174.
41. Neusar, A., & Vavrysová, L. (2013). Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku XII HRANICE NORMALITY. Univerzita Palackého v Olomouci.

42. Občanská komise za lidská práva. (2019). Dostupné online 1. 3. 2020 z: <https://cchr.cz/>
43. Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K., Mainerová, B., Sedláčková, Z., Ticháčková, A. (2014). Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(5), 250-258.
44. Payne, N. A., & Prudic, J. (2009). Electroconvulsive therapy Part I: a perspective on the evolution and current practice of ECT. *Journal of psychiatric practice*, 15(5), 346.
45. Raboch, J., & Pavlovský, P. (2013). *Psychiatrie*. Karolinum Press.
46. Richman, L., & Leary, M. R. (2009). Reactions to discrimination, stigmatization, ostracism, and other forms of interpersonal rejection: a multimotive model. *Psychological review*, 116(2), 365.
47. Rush, G., McCarron, S., Lucey, J. (2008). Consent to ECT: patients' experiences in an Irish ECT clinic. *Psychiatric Bulletin*, 32, 15-17.
48. Sackeim, H. A., Prudic, J., Devanand, D. P., Kiersky, J. E., Fitzsimons, L., Moody, B. J. & Settembrino, J. M. (1993). Effects of stimulus intensity and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. *New England Journal of Medicine*, 328(12), 839-846.
49. Salzman, C. (1977). ECT and ethical psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 134(9), 1006-1009.
50. Sanacora, G., Mason, G. F., Rothman, D. L., Hyder, F., Ciarcia, J. J., Ostroff, R. B. & Krystal, J. H. (2003). Increased cortical GABA concentrations in depressed patients receiving ECT. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 577-579.
51. Sienaert, P. (2016). Based on a true story? The portrayal of ECT in international movies and television programs. *Brain stimulation*, 9(6), 882-891.
52. Stopková, P. (2017). Nové trendy v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 18(3), 114- 119.
53. Šebela, A., Hanka, J., Goetz, M., & Mohr, P. (2017). Psychofarmaka během těhotenství– mírní, nebo zvyšují riziko pro plod? Část první: antidepresiva, antipsychotika. *Pediatric pro praxi*, 18(5), 212-216
54. Tang, W. K., Ungvari, G. S., & Chan, G. W. (2002). Patients' and their relatives' knowledge of, experience with, attitude toward, and satisfaction with

- electroconvulsive therapy in Hong Kong, China. *The journal of ECT*, 18(4), 207-212.
55. Tuček, J., & Šnorek, V. (2010). Elektrokonvulzivní terapie a její vliv na kognitivní funkce. *Čes. a slov. Psychiatrie*, 106(5), 283-291.
56. Ústav zdravotnických informací a statistik ČR. (2017). Psychiatrická péče 2017. Dostupné online 1. 3. 2020 z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8168>
57. Ustohal, L. (2010). Repetitivní transkraniální magnetická stimulace v léčbě deprese. *Psychiatria pre praxi*, 11(5-6), 173- 177.
58. Vojtíšek, P. (2012). *Výzkumné metody*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní.
59. Wells, K., Scanlan, J. N., Gomez, L., Rutter, S., Hancock, N., Tuite, A. & Still, M. (2018). Decision making and support available to individuals considering and undertaking electroconvulsive therapy (ECT): a qualitative, consumer-led study. *BMC psychiatry*, 18(1), 236.
60. WHO. (2020) Stigma and discrimination. Dostupné online 20. 3. 2020 z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>
61. Zervas, I. M., Theleritis, C., & Soldatos, C. R. (2012). Using ECT in schizophrenia: a review from a clinical perspective. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 13(2), 96-105.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Informovaný souhlas
2. Otázky pro polostrukturovaný rozhovor
3. Úvodní stránka článku od Občanské komise za lidská práva (CCHR) pojednávající o elektrokonvulzích
4. Abstrakt v českém jazyce
5. Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 1: Informovaný souhlas



Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
Sídlo: Vodární 6, 779 00 Olomouc
Tel.: +420 585 633 501 | Fax: +420 585 633 700
E-mail: psychologie@upol.cz | www.psych.upol.cz

Informovaný souhlas

Informace o výzkumu:

Výzkum je realizován v rámci bakalářské diplomové práce, která je na téma *Zkušenost pacientů s elektrokonvulzivní terapií*. Výzkumníkem je studentka jednooborové psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Cílem je zmapovat pacientovo subjektivní prožívání EKT. Výzkum bude probíhat pomocí rozhovorů, o maximální délce 90 minut. Informace z rozhovoru budou použity v diplomové práci, případně vědeckém článku. Rozhovory budou anonymizovány tak, aby na základě daných informací nebyl respondent identifikován. Přístup k citlivým informacím bude mít výzkumník (student) a vedoucí práce.

Prohlášení

jméno a příjmení:

datum narození:

e- mail:

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu;
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn., že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytnu bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím s nahráváním rozhovoru (audio záznam)
- c) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených. Pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu. S tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytnu dobrovolně.

Dne:

Podpis:

Příloha 2: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

1. Kolik času (týdny, roky,..) uběhlo od poslední aplikace EKT?
 - a. Víte, kolik jste jich dosud měla?
2. Víte, proč vám byla předepsána tato terapie/léčba?
 - a. Jaké byly okolnosti EKT? (Kdy jste se dozvěděla o „předepsání“ této terapie?)
3. Proběhla první aplikace/série dobrovolně nebo nedobrovolně?
4. Měla jste z něčeho strach? Z čeho?
5. Měla jste pocit, že jste dostatečně informována?
6. Mluvila jste s někým o tom, že jdete na EKT?
 - a. Jaká byla reakce? (rodiny, partnerů, ...)
 - b. Ostatní pacientky
 - c. Jaké to pro vás bylo? (reakce okolí)
7. Změnily se nějak vaše vztahy s okolím po absolvování EKT? Podpora, přerušení kontaktů... (diagnóza nebo EKT?)
 - a. Jak se k Vám chovali?
 - b. Překvapili vás nějaké názory?
 - c. Pokud s nikým nemluvili: Proč?
8. Zkuste si vzpomenout na první den, kdy jste šla na EKT? Pamatujete si, jak vám bylo?
 - a. Jak jste se cítil/a? (pocity, myšlenky, ...)
 - b. Jak to vypadlo? Co se dělo?
9. Bylo pro vás něco vyloženě těžké a naopak lehké ve spojitosti s touto terapií?
10. Co předcházelo elektrokonvulzivní léčbě?
 - a. Léčil/a jste se jiným způsobem?
 - b. V čem je EKT odlišná (když pomineme způsob provedení)? Je v něčem lehčí/lepší? A naopak těžší/horší?
11. Víte/věděla jste o někom, kdo také prošel EKT?
 - a. Mluvili jste společně? Pomohlo vám sdílení pocitů/informací?
 - b. Pomohlo by vám promluvit si s někým, kdo EKT vyzkoušel?
12. Měla jste nějaké vedlejší účinky?

13. Jak dnes vnímáte EKT?

a. Změnil se Váš názor nějak? (před a po léčbě)

14. Měla jste pocit, že jsou elektrokonvulze stigmatizovanou terapií?

15. Ovlivnilo to nějak vaše rozhodování, zda terapii podstoupíte?

a. Podle čeho jste se případně rozhodovala?

16. Myslíte si, že by mohlo být přínosné sdílet zkušenosti mezi lidmi, kteří EKT podstoupili a které to čeká?

a. Komunita, skupina

17. Co by vám pomohlo terapii lépe snášet?

18. Vzpomněl/a jste si na něco, co byste chtěl/a ještě dodat? Cokoli, co vás napadne...

Příloha č. 3: Úvodní stránka článku od Občanské komise za lidská práva (CCHR) pojednávající o elektrokonvulzích



Příloha č. 4: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vliv stigmatizace na zkušenost pacientů s elektrokonvulzivní terapií

Autor práce: Dominika Červenková

Vedoucí práce: PhDr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 62 stran, 119 895 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 61

Abstrakt: Tématem této práce je zmapovat zkušenost pacientů s elektrokonvulzivní terapií a popsat vliv stigmatizace této terapie. Jde tedy o subjektivní výpovědi bývalých pacientek o jejich zkušenosti s EKT. Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní metodologii. Respondenty jsem vybírala dle prostého záměrného výběru a dále metodou sněhové koule. Pro sběr dat byl využit polostrukturovaný rozhovor a k analýze dat byla zvolena Interpretativní fenomenologická analýza. Z té vyplynulo následující. Na zkušenost pacientů s EKT má velký vliv vztah s doktorem. Pokud je vztah důvěrný a pacientky svému lékaři/lékařce věří, upevňuje to spokojenost s celou terapií. Jako přínosné byla zjištěna možnost sdílení zkušeností mezi pacienty, kteří EKT již prošli a těmi, které to teprve čeká. Dojde k vzájemnému uklidnění a zároveň k větší důvěře v úspěšnost terapie. Sdílení zkušenosti také vede k osobnímu rozvoji samotných pacientů. Velký vliv na postoj k celé terapii má stále film *Přelet nad kukaččím hnízdem*. Jde také o jeden ze stigmatizačních zdrojů. Další velký vliv je nedostatek správných informací pro veřejnost, na základě čeho pak vznikají vůči této terapii předsudky. Pro ženy okolo třicátého roku života je významným tématem těhotenství. Ačkoliv těhotenství není pro absolvování elektrokonvulzivní terapie kontraindikací, ženy se bojí neplodnosti či potratu v případě podstoupení této terapie.

Klíčová slova: elektrokonvulzivní terapie, stigmatizace, stigma, EKT, elektrošoky

Příloha č. 5: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: The effect of stigmatization on the patient's experience with electroconvulsive therapy

Author: Dominika Červenková

Supervisor: PhDr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 62 pages, 119 895 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 61

Abstract: The theme of this thesis is to map out the patient's experience with electroconvulsive therapy and depict the influence of the stigmatization of this therapy. It comprises of subjective statements by former patients regarding their experience with ECT. For the research, I choose qualitative methodology. The respondents were chosen by intended selection and the snowball method. I have used a semi-structured interview to collect the data and for the analysis, I chose the Interpretative Phenomenological Analysis. From the analysis emerged the following. The relationship between the doctor and patient highly affects the patient's experience with ECT. Close relationship awakens trust in the doctor and consolidates the satisfaction with the therapy. Sharing the authentic experience between patients who have undergone the therapy and those who await it, contributes to mutual reassurance. In addition, sharing the experience increases the faith in the successfulness of the therapy, which is also beneficial for the individual's personal growth. The movie *"One flew over the cuckoo's nest"* strongly influences the attitude towards the ECT and is considered as one of the sources of stigmatization. The lack of correct information available to the public may be the cause of prejudice towards electroconvulsions. Pregnancy is for the women who are around thirty years an important topic, especially if they are to undergo such a therapy, as this one. Even though the pregnancy is not a contraindication for electroconvulsive therapy, women fear infertility or abortion if they go through this therapy.

Key words: electroconvulsive therapy, stigmatization, stigma, ECT, electroconvulsions, electroshocks