

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ZKUŠENOST PSYCHIATRŮ S ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIÍ

PSYCHIATRISTS EXPERIENCE WITH
ELECTROCONVULSIVE THERAPY



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Dominika Červenková
Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc

2023

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucímu práce doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D., za odborné vedení, ale především za jeho trpělivost a vstřícnost. Také děkuji všem respondentům, kteří našli čas a ochotu se výzkumu zúčastnit.

Velké díky patří také mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studia. Chtěla bych zde také poděkovat zejména Matyáši Podlipnému, který mě povzbuzoval, motivoval a podporoval nejen při celém studiu, ale především v posledních těžkých měsících. Bez něj by tato práce pravděpodobně ani nebyla dokončená. Všem moc děkuji a nesmírně si vážím vaší podpory.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Zkušenost psychiatrů s elektrokonvulzivní terapií“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis

OBSAH

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	9
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
1.3 EKT u dětí a adolescentů	13
1.4 Využití EKT u konkrétních duševních onemocnění	14
1.4.1 Deprese.....	14
1.4.2 Mánie.....	15
1.4.3 Schizofrenie.....	16
1.5 Další typy biologické léčby.....	17
1.5.1 Transkraniální magnetická stimulace (TMS).....	17
1.5.2 Transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS).....	18
1.5.3 Stimulace bloudivého nervu (VNS)	18
1.6 Modifikace a budoucnost elektrokonvulzivní terapie.....	19
1.6.1 Low Amplitude Seizure Therapy (LAP-ST).....	19
1.6.2 Magnetic Seizure Therapy (MST).....	19
1.6.3 Focal Electrically Administered Seizure Therapy (FEAST).....	20
2 VLIV STIGMATIZACE NA POSTOJ K EKT	20
2.1 Stigmatizace	20
2.1.1 Stigmatizace duševního onemocnění	21
2.1.2 Stigmatizace EKT.....	22
2.1.3 Možné zdroje stigmatizace.....	22
2.1.4 Antipsychiatrická hnutí a odpůrci EKT.....	25
2.2 Postoj pacientů k EKT	27
2.3 Postoj odborníků psychiatrické péče.....	28
3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ V POSKYTOVÁNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE	29
3.1 Vliv stresu a psychických obtíží	30

3.2	Stigma v psychiatrii.....	31
3.3	Bez souhlasu.....	32
3.4	Copingové strategie a prevence	33
	Praktická ČÁST	35
4	Výzkumný problém	36
4.1	Cíle výzkumu	36
4.2	Výzkumné otázky.....	37
5	Metodologie výzkumu	38
5.1	Typ výzkumu	38
5.1.1	Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)	38
5.2	Metoda sběru dat	39
5.3	Výzkumný soubor	40
5.3.1	Kritéria výběru respondentů	41
5.3.2	Charakteristiky výzkumného souboru.....	42
5.4	Etické hledisko výzkumu	42
6	Analýza dat.....	42
6.1	Analýza jednotlivých rozhovorů	42
6.1.1	Ukázka poznámek (vlevo) a vznikajících kódů (vpravo).....	44
7	Deskripce dat	44
7.1	Sebereflexe výzkumnice	44
7.2	Jednotlivé rozhovory	45
7.2.1	Martin	45
7.2.2	Václav.....	48
7.2.3	Adam	50
7.2.4	Marek.....	54
7.2.5	Kryštof.....	56
7.2.6	Eva.....	58
7.2.7	Petra.....	62
7.2.8	Šárka.....	64
7.3	Společná analýza	67
8	Odpovědi k výzkumným otázkám	71
9	DiskuSe	74
10	Závěr	78
11	Souhrn	79
	LITERATURA	84
	PŘÍLOHY	93

ÚVOD

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je stále obestřena jakýmsi stigmatem a dezinformacemi, ohledně funkčnosti a reálné podoby této léčby. EKT jsem se zabývala i při psaní své bakalářské práce. Tehdy mě však zajímal pohled lidí, kteří si léčbou prošli, nebo stále prochází (např. v rámci udržovací EKT). Zajímalo mě, zda se během této léčby setkali se stigmatizací, a celkově mi šlo především o to, pochopit jejich zkušenost. Skrze rozhovory jsem pochopila, jaké pro ně bylo podstoupit EKT, jak na to reagovalo jejich okolí, a co ovlivňovalo nejvíce jejich názor a celkový postoj k léčbě. Jako jeden ze zajímavých výstupů své bakalářské práce považuji důležitost komunikace pacienta s doktorem. Otevřená komunikace, kdy klient měl dostatek času a prostoru zeptat se na cokoliv k EKT, a následná podpurná konverzace s lékařem, byla hodnocena jako jeden ze základních pilířů, proč se nakonec klienti pro EKT rozhodli nebo s touto léčbou souhlasili. Proč to zmiňuji? Důvodem je můj záměr k diplomové práci.

Nyní jsem se zaměřila na psychiatry a jejich postoj k EKT. V posledních třech letech jsem se setkala ze strany odborníků v psychiatrické péči s velmi rozporupnými názory a postoji k této léčbě. Samotnou mě překvapilo, že stále mezi odbornou veřejností kolují špatné informace o tom, jak EKT probíhá, a k čemu může být užitečná. Zároveň mi v celém obrazu chyběl právě pohled těch, kteří elektrokonvulze aplikují, a zajímalo mě, s čím se během své praxe setkávají, jak moc je ovlivňuje stigma spojené s touto léčbou. To je důvod, proč jsem se rozhodla zaměřit svůj výzkum právě na psychiatry. Na odborníky, kteří přicházejí do kontaktu s lidmi podstupujícími EKT. Samotní klienti popisovali přístup psychiatra a zdravotnického personálu, jako jeden z důležitých faktorů, který formoval jejich samotný postoj k EKT. Ráda bych proto zmapovala více zkušenost samotných psychiatrů, a s čím se během své praxe setkávají.

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 farmakoterapii. 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 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 vědci.

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. Kafr 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 tento přechod byly nežádoucí účinky, které především zahrnovaly silnou úzkost pacientů (Mádlová et al., 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. V Československu jako první zavedl elektrokonvulzivní terapii ve 40. letech Karol Matulay, později pak Otakar Janota a Jiří Roubíček (Kališová & Albrecht, 2019).

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.

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 proto 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 depresivní stavy.

Kombinace s jinými metodami

EKT se kombinovala a dodnes kombinuje s psychofarmaky. Především se jedná o kombinaci s antipsychotiky a antidepresivy, což vyplývá i z indikace samotné EKT. 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 jedné 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 et al. (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 vyloučily 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 (Svoboda et al., 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 zvlášť k individualizovanému použití minimální energie, které současně

vyvolá tonicko-klonické epileptiformní paroxysmy. Jde tedy o individualizované upřůsobení 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, 2014).

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., 2019).

Kromě standardní aplikace doplňuje Kališová et al. (2019) 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 et al., 2004). Různá umístění elektrod znázorňuje Obr. 1. v příloze.

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 došlo k remisi v 61 % a při unilaterálním v 55 % (Kellner et al., 2009). Důležité je zdůraznit,

že se studie zaměřovala pouze na účinnost v souvislosti s umístěním elektrod a v kolika případech došlo k remisi, výsledky tedy neuvádí souvislosti s typem elektrické stimulace.

Sackeim et al. (1993) 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 výraznějšímu poklesu, a to 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 et al. (2004), Kellner et al. (2009), Kališová (2019) se shodují, že bilaterální umístění elektrod bývá nejúčinnější, 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 nejvhodnější volbou.

1.2.3 Indikace

EKT je v psychiatrii navržena 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, 2014).

Kromě depresí může být EKT navržena 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 dle Čěškové a Ustohala (2019) mezi 0,02 % a 0,03 %.

1.2.4 Kontraindikace

Výhodou EKT je její malé množství kontraindikací. Protože celá procedura probíhá pod kompletní anestezií, 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 et al. (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 některých antidepresiv se totiž zvyšuje riziko spontánního potratu, perinatálního úmrtí či předčasného porodu (Šebela et al., 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 problémy, přičemž zde se jedná zejména o poruchy paměti. Jsou popisovány anterográdní i retrográdní amnézie. Raboch a Pavlovský (2014) 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).

1.3 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 et al., 2019).

1.4 Využití EKT u konkrétních duševních onemocnění

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.

Události posledních let, především pandemie Covid-19, měly na duševní zdraví velký dopad. Dle Winklera et al. (2020) vzrostla prevalence všech duševních onemocnění z 20,02 % na 29,63 %. Když se podíváme na prevalenci depresivní poruchy, tak ta vzrostla z 6,57 % na 18,58 %. Data jsou z roku 2017 a následně z konce roku 2020. Poslední statistický údaj se týká rizika sebevražd, které vzrostlo z 3,88 % na 11,88 %. Tyto statistiky dokreslují, proč je důležité se zajímat o všechny typy léčby, které by mohly zabránit fatálním následkům duševních onemocnění a neopomíjet léčby, které jsou funkční a jsou zde již několik desítek let.

1.4.1 Deprese

Deprese je porucha nálady, která zasahuje jak kognitivní funkce, tak neurovegetativní. Jde tedy o onemocnění, které v závislosti na závažnosti stavu, může zásadně ovlivnit fungování jednotlivce v běžném životě. Do jaké míry záleží vždy na individuálním stavu daného 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 u 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 (2014) 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, 2014). 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 s úzkostnými poruchami. 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 Kopeček et al. 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.

1.4.2 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 doc. Bareš v rozhovoru v sérii *Život za zdí* (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 et al. (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.

1.4.3 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 na: 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 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 klozapinu (Grover et al., 2019).

Klozapin je lék, který se nasazuje pacientům právě z důvodu farmakorezistence či pro prevenci sebevražedného chování. Ukazuje se také, že užívání klozapinu 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 klozapinu. Právě ono opomíjení například možnosti využití elektrokonvulzí, podobně jako odsouvání užívání klozapinu na „poslední místo“ při volbě léčby, vede obecně k nadbytečné polyfarmakoterapii. Pouze u katatonie dochází k použití EKT v podstatě ihned.

Grover et al. (2019) i Zervas et al. (2011) se shodují, že elektrokonvulzivní terapie je neúčinnější 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. (2011) ještě dodává, že nejčastějším typem je využití bilaterálního způsobu umístění elektrod. Dále pak udává, že by elektrokonvulzivní léčba mohla být využívána jako prevence proti relapsům.

1.5 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.

1.5.1 Transkraniální magnetická stimulace (TMS)

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 léčby 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 na straně klientů 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 (Jašová, 2019).

1.5.2 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. Stejně tak jako skutečnost, že vzhledem finanční dostupnosti by si mohli přístroj pořídit i sami pacienti a mohlo by tak docházet ke stimulaci i v domácím prostředí (Mareš et al., 2019).

1.5.3 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 et al., 2017). Nyní se o VNS uvažuje jako o doplnění udržovací EKT, zejména z důvodů, že stimulace bloudivého nervu není pro akutní stavy, ale zároveň je

prokázán její účinek v dlouhodobém hledisku. Výzkumně se prozatím ukazuje, že tato léčba může být vhodným doplňkem právě udržovací EKT, kdy může být pro pacienty benefitem především snižování frekvence podstupování udržovací EKT a tím pádem zmenšení rizik, která jsou spojená především s podstupováním celkové anestezie (Aaronson et al., 2021).

1.6 Modifikace a budoucnost elektrokonvulzivní terapie

Ačkoliv má elektrokonvulzivní terapie za sebou vývoj a její efektivita pro některé duševní obtíže je prokázána, mechanismus jejího účinku stále není zcela znám. To samo o sobě nepřispívá k pozitivnímu vnímání této léčby, stejně tak jako stigma, které je s touto léčbou i nadále spojeno. K tomu nepřispívají i vedlejší účinky, které se mohou po aplikaci EKT objevit. Proto vznikají metody, které se EKT inspirují, ale kladou si za cíl zmírnit dopady na kognitivní funkce, především pak na paměť. Případně by tak mohly nahradit účinnost EKT a snížit možné vedlejší účinky. V této kapitole se proto budu krátce věnovat metodám: Low Amplitude Seizure Therapy (LAP-ST), Magnetic Seizure Therapy (MST) a Focal Electrically-Administered Seizure Therapy (FEAST). Všechny zmíněné metody mají jedno společné, a to zmírnění či úplné vymizení dopadů na kognitivní funkce.

1.6.1 Low Amplitude Seizure Therapy (LAP-ST)

Youssef et al. (2019) prováděli výzkum pro srovnání efektivity právě unilaterální ECT (900 mA) a LAP-ST (500 mA) a jejich dopad na kognitivní funkce a sebevražedné myšlenky pacientů. Z výzkumů vzešel pozitivní výsledek pro LAP-ST, kdy se potvrdil, že tato terapie má efektivní terapeutické dopady a zároveň je šetrnější, co se týče dopadu na kognitivní funkce.

1.6.2 Magnetic Seizure Therapy (MST)

Jedná se o neinvazivní neuromodulační terapii, která je zatím také ve fázi testování, pro léčbu neuropsychiatrických poruch. Technologie je postavena na základech rTMS. Rozdíl je však v tom, že MST má za cíl vyvolat záchvat, tudíž parametry pro použití jsou odlišné, například se využívají vyšší frekvence (25–100 Hz), než je tomu u rTMS, kde, jak dodává Ustohal (2010), je frekvence do 25 Hz. MST je vykonávána, podobně jako EKT, pod anestesií. U MST dochází však k vyvolání záchvatu za pomoci magnetického pole. MST

vyvolává slabší, ale více fokálně zaměřené elektrické pole než EKT (Kallioniemi et al., 2019). Dále Kallioniemi et al. (2019) dodávají, že z dosavadních výzkumů vyplývá, že by MST měla mít podobné antidepresivní účinky jako EKT. Zásadní rozdíl je však v absenci vedlejších kognitivních účinků, které se u MST zatím neobjevují.

1.6.3 Focal Electrically Administered Seizure Therapy (FEAST)

FEAST je formou EKT, kde dochází k zaměření elektrického stimulu tak, aby došlo k vyvolání záchvatu v pravém prefrontálním kortexu. Podobně jako u výše zmíněných metod, tak i FEAST byla primárně zkoumána ve srovnání s EKT, kde elektrody byly umístěny unilaterálně. Celkový přínos této metody spočívá v její efektivitě a také v redukci vedlejších účinků, zejména v oblasti kognitivních funkcí (Sahlem et al., 2020). George et al. (2022) dodávají, že výzkumy potvrzují stejnou účinnost jako EKT, zkracuje se však doba, po kterou jsou pacienti po léčbě dezorientovaní. Ohledně dopadu na kognitivní funkce vychází FEAST ve výzkumech lépe než EKT, což se vysvětluje především díky možnosti fokusovat elektrický proud do části prefrontálního kortexu, zároveň však nedojde k zásahu do temporálního laloku a hippocampu.

2 VLIV STIGMATIZACE NA POSTOJ K EKT

2.1 Stigmatizace

Hartl a Hartlová (2009) definují stigmatizaci jako „předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci či skupině“. Stigma se objevuje ve třech úrovních: 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 vnímá stigmatizaci, jak se s ní (ne)setkává a jak sám dané stigma přijímá (Ocisková et al., 2014).

Dle Major a O'Brien (2005) 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. Zdůrazňují také, jaké dopady může stigma na jedince mít. Byť reakce na stigma může být u každého jiné, v čem se výzkumy shodují, je to, že dochází k nálepkování, vyloučení z okruhu vrstevníků či blízkých osob, nižšímu sociálnímu statutu. To vše pak může mít vliv na sebevědomí jedince, na jeho schopnost uplatnit se na trhu práce, navazování vztahů a mnoho dalšího. Je tedy patrné, že se stigmatizace odvíjí od norem daných společností a kulturou.

2.1.1 Stigmatizace duševního onemocnění

V dnešní době je ve společnosti stále velké stigma v postoji k duševním obtížím, nemluvě o samotné léčbě duševních onemocnění. 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 jedince 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 spojeno 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.

2.1.2 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 zde patrný strach z důsledků podstoupení této terapie, který je vyvolán především zastáváním postoje, že je podstoupením EKT dojde především ke ztrátě paměti (ireverzibilní) a poškození mozku (Lauber et al., 2005).

Autoři Lauber et al. (2005) 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 spojené s touto léčbou. Pacienti by mohli přispět především svojí autentickou zkušeností, kterou by mohli sdílet s ostatními pacienty, kteří zvažují EKT, případně i s laickou veřejností.

2.1.3 Možné zdroje stigmatizace

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

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).

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 (Sienaert, 2016).

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.

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 pro aplikaci EKT dohromady.

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.

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. Mezi hlavní důvody řadí: zlepšení samotné aplikace EKT, zvýšení validity výzkumu v účinnosti terapie, odkrytí mezer ve znalostech této terapie, z čehož vyplývá i o čem konkrétně je potřeba cílovou skupinu informovat.

Zajímavým zjištěním v Hong Kongské studii (Tang et al., 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 domnění, 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) vyjádřili nespokojenost v souvislosti s pocitem, že léčbu nemohli odmítnout. V irském výzkumu 92 % pacientů popřelo jakýkoli pocit donucení k léčbě (Rush, et al., 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 et al., 2008).

Provedení EKT bez souhlasu pacienta

Elektrokonvulzivní terapie by měla být vždy provedena jen po poskytnutí souhlasu pacienta. Problém však nastává v případech, 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.

2.1.4 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. Proti EKT uvádějí především nehumánnost samotné terapie. Uvádějí články, dle kterých EKT pacientům spíše škodí, nežli jim pomůže. 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,

kteře by pacientům pomohly. Dále uvádějí například, že „*sama procedura ECT není o nic vědecktější nebo terapeutičtější než úder holi 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. Zajímavé je i video CCHR na YouTube z roku 2018, kde se také vyjadřují k elektrokonvulzím jako nehumánní metodě, která je lékaři zneužívána a měla by se zakázat. Stejně tak jsou součástí i buď zastaralé ukázky EKT nebo zcela nerealistické, podobně jako některé informace, které jsou prezentovány. U videa se v komentářích objevují jak sdílené zkušenosti lidí, kterým elektrokonvulze pomohli, tak lidé, kteří se staví na stranu nehumánnosti této terapie. Zároveň je vidět, že se video stále dostává k lidem i teď, protože některé komentáře jsou staré jen pár měsíců (Obcanska komise, 2018).

Zajímavostí je, že v češtině existují v podstatě pouze tři videa, která se elektrokonvulzím věnují srozumitelným jazykem pro laika. Jedno video je od výše zmíněné komise, převzaté z USA a přeloženo, druhé video od Jeronýma Janička ze Série Život za zdí a třetí je rozhovor na DVTV s ženou, která EKT podstoupila.

Velmi často se také objevuje slovo elektrošoky. 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 důvěřuje 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).

Fink (2005) zveřejnil výzkum „*Is the practice of ECT ethical?*“, kde se věnuje, jak je vidno z názvu, etické stránce elektrokonvulzivní terapie. Ve svých poznatcích 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 verzí této léčby.

2.2 Postoj pacientů k EKT

Přes 80 let se EKT vyžívá v oblasti psychiatrické péče. Výzkumy však stále potvrzují, že mezi laickou veřejností se jedná o druh léčby, která je obestřena stigmatem a strachem. Důvodů, proč veřejnost negativně reaguje na užívání EKT, je více. Jedná se například o samotné využití proudu na lidské tělo, spojování si této léčby spíše s formami trestu nebo mučení. Přetrvává tak pohled, pro který můžeme najít kvůli prezentaci EKT v médiích a filmech, pochopení, ale vzhledem k tomu, že je tato léčba stále vnímána jako zastaralá a riskantní, vede k neakceptaci EKT i v dnešní době a staví tak možnou indikaci do pozice metody poslední volby (Wilhelmy et al., 2018).

Vládne strach z fyzického poškození mozku nebo změny osobnosti, za účelem dosažení požadovaných změn v chování člověka. Tento fakt podporuje i srovnání postojů veřejnosti k fototerapii, kde respondenti měli méně předsudků a až v 80 % by se nebáli fototerapii podstoupit. Z výzkumů vyplývá, že mnoho stigmatizačních a negativních postojů, je zapříčiněno neinformovaností. Ovšem dobrou zprávou je existující ochota veřejnosti dozvědět se o této terapii více, což může být výstup, na který se dá v průběhu následujících let zaměřit v rámci destigmatizace (Wilhelmy et al., 2018).

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. Podívejme se však na novější výzkum z roku 2019 od Akihiro et al. Ti totiž upozornili na fakt, že až 80 % pacientů, kteří elektrokonvulzemi prošli, mělo k této léčbě pozitivní postoj, a to nehledě na to, zda s léčbou předem souhlasili či nikoli. Tudiž i ti pacienti, kteří k léčbě původně souhlas neudělili, nakonec léčbu hodnotili pozitivně a byli rádi, že jim byla poskytnuta. Zajímavým zjištěním bylo také to, že blízké osoby pacientů byli s pozitivními dopady EKT dokonce i více spokojeni než samotní pacienti.

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. 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

informování a sami pacienti byli spokojeni, názor lidí, kteří sami EKT nepodstoupili, se zásadně nezměnil. Ovšem pozdější studie od Alexander et al. z roku 2020 došla k opačným závěrům, kdy výzkumně potvrdili změnu postoje k EKT nejen u pacientů, ale i jejich příbuzných. Jako důležité faktory změny vyzdvihují přesné a jasné informace směrem k pacientům a jejich blízkým a také samotnou zkušenost pacienta, který potom sdílí své zkušenosti.

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 tím jejich rozhodování bylo 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 (Wells et al., 2018).

2.3 Postoj odborníků psychiatrické péče

V předešlých kapitolách a odstavcích se několikrát objevoval jako jeden z důvodů stigmatizace EKT nedostatečná nebo neadekvátní informovanost. Byť to bylo spíše bráno jako nedostatečná komunikace, než že by samotní odborníci nevěděli adekvátní informace.

Když se však bavíme o typu léčby, které má okolo sebe stále velké stigma, je důležité podívat se na názory odborníků v této oblasti. Jak to tedy vypadá, když se podíváme na postoj k EKT odborníků v oblasti psychiatrické péče?

Dle Lutchmana et al. (2001) postoj k a znalosti ohledně EKT se výrazněji liší dle odborností. Z jejich výzkumu vzešlo, že nejméně správných informací o EKT měli psychologové a sociální pracovníci. Následně zdravotní sestry a bratři a nejlépe pak dopadli psychiatři. K podobným výsledkům došli i Brender et al. (2018).

Přestože psychiatři měli ve znalostní části výzkumu dobré výsledky, když se podíváme na jejich postoj k samotné terapii, nalezneme zde větší rezervovanost. Přes 75 % psychiatrů souhlasilo, že se EKT užívá adekvátně, a jsou přesvědčeni o účinnosti této léčby. Přesto se však téměř 50 % respondentů psychiatrů shodlo, že je pro ně více znepokojující podstoupit elektrokonvulze než například operaci slepého střeva a 33 % věří, že by EKT měla být použita až jako metoda poslední volby (Brender et al., 2018).

Ve výzkumu mezi německými psychiatry, až 89 % psychiatrů souhlasilo s tvrzením, že se EKT používá méně, než by mělo, vzhledem k účinnosti léčby a k výsledkům u pacientů. Zároveň se psychiatři shodují v tom, že postoj k EKT se u mnoha psychiatrů postupem času změnil, nicméně mezi pacienty, veřejností, ale i jinými zdravotnickými odborníky stále přetrvává spíše negativní postoj k této léčbě (Vocke et al., 2015).

Pohled na EKT je do jisté míry ovlivněn samotným faktem, že jde o využití proudu, jakožto léčebné metody. Cabrera et al. (2021) v rámci svého výzkumu potvrdil, že většina psychiatrů (ve výzkumu se jednalo o 75 % respondentů) by v případě léčby deprese sáhlo po EKT až po několika neúspěšných pokusech léčby jiného typu. Většinou se jednalo o neúspěšnou farmakoterapii, kde někteří psychiatři uváděli, že by po EKT sáhli až poté, co by různé kombinace farmakoterapie selhaly 5x a vícekrát.

3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ V POSKYTOVÁNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Dle Firth-Cozense (2018) mají lékaři povětšinou fyzické zdraví lepší než běžná populace. Nicméně když se podíváme blíže na duševní zdraví, setkáme se u lékařů s vyšší hladinou stresu, deprese a užívání návykových látek. V rámci lékařských specializací jsou to pak právě psychiatři, kteří jsou jednou z nejohroženějších specializací, v rámci potýkání

se s výše zmíněnými problémy. Popescu et al. (2015) upozorňují na nedostatečnou psychickou přípravu mediků a také na nedostatečné seznáení se zdravými copingovými mechanismy, nejen psychiatrů, ale i dalších zdravotnických profesí.

3.1 Vliv stresu a psychických obtíží

Mnoho psychiatrů, když se necítí psychicky dobře na sobě nechce dát nic znát, proto dělají, jako by se nic nedělo nebo se u nich dokonce může objevit potřeba tlačit na sebe ještě víc, což může vést ještě k větší přepracovanosti a neschopnosti odpočívat. Společně s tím se mohou objevovat úzkostné stavy, které se opět navenek mnohdy ani kolegové nepoznají. Dalším velmi častým příznakem dlouhodobého stresu bývá ztráta kvalitního spánku. To vše se pak může projevit nejen v péči o pacienty, ale i ve vztazích a osobní rovině (Rathod et al., 2018).

Lékaři čelí nejen tlakům na pracovišti, ale velký vliv na psychické zdraví má i očekávání společnosti a někteří autoři také kladou velký význam vzrůstajícímu manažerismu (Ventriglio et al., 2020). Manažerismus je sociologická koncepce, kde hlavní myšlenkou je přesvědčení, že business, organizace a manažeři jsou jádrem společnosti, jakýmsi základním kamenem daleko více než jednotliví obyvatelé a jejich potřeby a přání. Je to koncepce silně se rozmáhající na západě a v Evropě. (Klikauer, 2015).

V kombinaci mohou tyto faktory zvyšovat tlaky, kterým lékaři čelí. Když se podíváme na nejčastější stresory samotných psychiatrů, patří mezi ně například neustálé změny v systému, které ale většinou neřeší zásadní problémy ve zdravotnictví, dále je to také péče o děti a dospívající nebo ztráta kontinuity v péči o pacienta, kdy psychiatři často nevidí buď výsledky své práce, případně jsou viditelné až po delší době. Dalším velkým stresorem je zásah práce i do osobní roviny, kdy lékaři často nemají mnoho času pro svůj osobní život (Rathod et al., 2018).

Stejně tak se u psychiatrů stává problémem i častější vyhoření. Dlouhodobé dopady syndromu vyhoření (v souvislosti s pracovním stresem) zahrnují nespokojenost v práci, nižší kvalitu v oblasti péče o pacienty, nižší empatii u zdravotnických pracovníků a problémy se zapamatováním si nových poznatků, a to i u vysoce kvalifikovaného personálu. Zvyšující se emoční odstup je také jedním z důsledků syndromu vyhoření, ačkoliv sami doktoři to velmi často hodnotí právě jako protektivní faktor pro předcházení vyhoření. Empatie je hodnocena jako jeden ze základních kamenů terapeutického či důvěrného vztahu, a pacienty je velmi

často zdůrazňována jako základní složka vztahu mezi pacientem a lékařem. Zároveň je to právě zvýšená empatie a větší emoční investice do vztahu s pacientem, kterou psychiatři ve své práci prožívají daleko více nežli jiní specialisté, což může být jedním z rizikových faktorů syndrom vyhoření (Kumar et al., 2005).

Ventriglio et al. (2020) dodávají, že se dlouhodobý stres může poté překlenout do již zmíněného syndromu vyhoření, deprese a někdy se může dostat až k sebevražedným myšlenkám nebo jiným duševním obtížím. Několik autorů se přidává k upozorňování rizika sebevražd mezi doktory, kde právě toto riziko vzrůstá a je větší u doktorů než u běžné populace (Carpenter et al., 2003; Schernhammer & Colditz, 2004; Firth-Cozens, 2018).

Následující kapitoly rozšiřují ještě téma stresu o faktory, které se konkrétně týkají psychiatrů, a to i ve spojitosti s EKT.

3.2 Stigma v psychiatrii

Stigma se v rámci této práce neobjevuje pouze ve spojitosti s EKT, ale také ve spojitosti celého odvětví psychiatrie a péče o lidi s duševními obtížemi. Samotní psychiatři se totiž mohou stále setkávat s nepochopením nejen ze strany veřejnosti, ale i ze strany svých lékařských kolegů. Psychiatrie je totiž stále mnohými odborníky brána jako větev medicíny, která je nedostatečně uspokojující, méně prestižní a celkově vágní v oblasti stanovování diagnóz či léčebného plánu. Zároveň už samotní studenti medicíny velmi často čelí negativním komentářům směrem k psychiatrům a jejich emocionální labilitě. Studenti medicíny jsou tak jen velmi málo podporováni ve výběru psychiatrie jakožto specializace a už při samotném studiu se setkávají se stigmatizujícím pohledem na toto odvětví. Více než 60 % psychiatrů se setkává pravidelně nebo se setkali v minulosti vícekrát s ponižujícím komentářem směrem k jejich oboru a jejich profesi a téměř 53 % psychiatrů se setkali s onačením, že nejsou „ti praví doktoři“ (Catthoor et al., 2014).

Psychiatři pracovníci se setkávají s diskriminací psychiatrie i například v oblasti vybavování oddělení. Často popisují, že například na žádosti o další lůžka na oddělení je jim vyhověno tak, že dostanou stará lůžka z jiných somatických oddělení. Dále se také se stigmatizujícím pohledem na psychiatrii setkávají mezi laickou veřejností, často v podobě nepovedených vtipů na účet psychiatrických pacientů nebo samotných psychiatrů, kteří jsou velmi často shazováni (Rajasuriya et al., 2015).

Stuart et al. (2020) poukazují na situace, kde se blízké osoby pacientů podíleli na nedobrovolné hospitalizace, a jaký to mělo dopad na rodinu pacienta. Uvádějí, že samotná nedobrovolná hospitalizace byla pro rodinu už tak velkým stigmatem, že se často setkávali s nepochopením typu „*jak to vůbec mohli někomu udělat...souhlasit s nedobrovolnou hospitalizací*“.

Vraťme se ještě k pojetí psychiatrie u nás, v České republice. Bankovská Motlová et al. (2021) skrze polostrukturované rozhovory s lékaři zjistili, že až polovina respondentů se setkala se společenskými předsudky vůči jejich specializaci. Dodávají také, že se stigmatizujícím pohledem se setkávali respondenti už během studia. Informovanost například o existenci možnosti atestace v oboru dětská a dorostová psychiatrie, je téměř nulová. Samotní medicíci se ani během studia k tomuto oboru nedostanou a psychiatrii považuje až 67 % z nich za obor s nižším statutem. Navrhují tak zacílit destigmatizační programy i na akademické pracovníky a samotné studenty medicíny.

3.3 Bez souhlasu

Distres, zlost, zklamání a frustrace. Úleva, naděje a vděčnost. To jsou slova a emoce, které zmiňovali pečovatelé, tedy lidé, kteří se starali o své blízké, že zažívají v souvislosti s nedobrovolnou léčbou svých blízkých. Společně s těmito pocity se však velmi často objevuje i úleva a vděčnost, že se blízkým dostává potřebné péče. Tento vnitřní rozpor pak ukazuje i na další aspekt péče, se kterým se psychiatři mohou během své práce setkávat, a to péče o blízké hospitalizovaného pacienta. Právě vnitřní rozpor blízkých osob, které mohou zažívat pocity viny, že blízkému jinak nepomohli, se mohou směrem k psychiatrům projevit vztekem nebo naopak vložení velké naděje a důvěry do psychiatra. U blízkých osob, které se o pacienta před hospitalizací starali, se najednou může objevit i pocit prázdnoty, že najednou nejsou do péče o daného člověka zahrnuti, a tak se psychiatři dostávají do další nelehké legálně etické situace, kdy musí dodržovat mlčenlivost, ale zároveň pokud má pacient určen opatrovníka soudem nebo dá souhlas ke sdílení osobních informací, tak stále je na psychiatrovi, kolik informací a co přesně blízkým osobám sdělí (Stuart et al., 2020).

K tomu doplňují Surya et al. (2015), že samotní pacienti, kteří udělili souhlas s EKT měli velmi shodné postoje a názory na tuto léčbu, jako pacienti, kteří EKT podstoupili bez udělení souhlasu. Sami pacienti tak vnímali až v 80 %, že jsou rádi, že jim léčba byla poskytnuta, a to i bez jejich souhlasu. Velmi často se zde jednalo o lidi s psychotickým

onemocněním, nejčastěji šlo katatonní stav. Velmi podobně se v tomto výzkumu vyjádřili i rodinní příslušníci, kteří díky pozitivní zkušenosti s EKT u blízkého člověka, získali více pozitivní postoj k celé terapii.

Joury et al. (2023) se výzkumně zabývali postojem psychiatrů k léčbě bez souhlasu pacienta a za jakých podmínek je to legální. Jedná se o zahraniční studii, kde tedy právní hledisko na toto téma může být rozdílné, nežli je tomu u nás, z tohoto výzkumu je však jiný důležitý výsledek. Psychiatři, nehledě na legální stránku, se také zdráhají poskytovat péči pacientům, kteří neudělili souhlas. Nicméně zmiňují situace, kdy je to pro ně opravdu obtížné, když pacientovi chtějí pomoc a daný člověk pomoc odmítá, možná i vlivem duševního onemocnění.

Poskytování EKT bez souhlasu pacienta je samo o sobě náročná situace. Nkrumah et al. (2020) na kazuistickém příkladu prezentovali situaci, kdy měl psychiatr ve své péči pacienta s těžkou depresivní poruchou s psychotickými příznaky a zvažoval použití EKT. Ačkoliv dle zkušeností věděl, že by léčba mohla pomoci a vrátit pacientovi jeho autonomii, rozhodl se respektovat přání pacientovi dcery, která byla opatrovníkem, a neaplikovat EKT bez souhlasu pacienta či opatrovníka. Pacient byl poté propuštěn s farmakologickou léčbou, která ovšem nebyla ideální, a musel být pod neustálým dohledem, takže návrat k samostatnosti a autonomii pacienta se nekonal. Tento případ ilustruje velmi konkrétní situaci a dilema, se kterým se mohou psychiatři potkávat, kdy mohou být postaveny před zásadní etické, ale i právní otázky.

Někteří autoři se dokonce domnívají, že v určitých případech je naopak více neetické nepřemýšlet o využití EKT u konkrétních pacientů, přestože nemají lékaři od pacienta souhlas nežli se upnout na poskytování EKT pouze se souhlasem pacientů. Zároveň však upozorňují, že právě tyto situace mohou být pro psychiatry a další zdravotnický personál na psychiatrii velmi náročné z hlediska etiky, morálky a také z právního hlediska. Doporučují proto, aby lékaři získali souhlas od pacienty co nejdříve, jakmile bude pacient ve stavu, kdy bude moci vědomý souhlas poskytnout (Methfessel et al., 2018; Besse et al., 2017; Zilles et al., 2018).

3.4 Copingové strategie a prevence

Psychiatři, jako každý jiný člověk, sahají jak po nezdravých, tak zdravých strategiích, které jim pomáhají zvládat náročné situace spojené nejen s pracovní náplní. Některé negativní strategie byly nastíněny již v předešlých kapitolách. Psychiatři nejčastěji volí

cestu, kdy se snaží na sobě nenechat nic znát, a snaží se ukazovat svojí resilienci tím, že pracují ještě více a téměř bez aktivního odpočinku. Úzkost a obětování kvalitního spánku bývají také vysoko na žebříčku nezdravých strategií (Rathod et al., 2018).

Mezi ty zdravé pak nejčastěji spadá dle Rathod et al. (2018) vyhledání podpory, sdílení s kolegy a obecně socializace. Tedy strategie „*nebýt na to sám*“ a obrátit se na někoho blízkého ve svém okolí případně na odborníky. Další zmiňované strategie byly pak nějaká forma pohybu a zábavy.

Jakékoliv změny by měli být jak systémové, tak individuální. V rámci systémových změn by měla být zajištěna větší podpora v začátcích každého lékaře, která by měla pokračovat v určité míře po dobu celé profese, aby lékaři mohli sáhnout po zdravějších copingových strategiích a mohlo se předcházet duševním obtížím a chronickému stresu. Podpora by měla být na úrovni klinické, edukační, manažerské. V rámci individuální přístupu by měl být kladen důraz na práci se stresem, psychohygienu a strategie, která pomáhají zvyšovat resilienci (Ventriglio et al., 2020).

Firth-Cozens (2018) dodává důležitost kariérového poradenství, které by své místo našlo jak během posledních ročníků studia medicíny, tak samotných začátcích lékařů, kdy poznávají na vlastní kůži jednotlivé obory a jejich pozitivní i negativní aspekty. Někdy totiž může být pro čerstvého lékaře zahlcující a těžké učinit to správné rozhodnutí, kterým oborem se vydat, proto by úvodní rok či dva měli sloužit k větší orientaci, a hlavně podpoře čerstvých lékařů. Hlavním aspektem by mělo být poznání sebepoznání a zvědomení vlastních potřeb, přání a dle toho, co jednotlivé obory nabízí, by se mohl lékař lépe rozhodnout, která oblast je pro něj ta nejlepší. Zároveň doplňuje pozitivní zjištění ze svého novějšího výzkumu (Firth-Cozens, 2020), že většina doktorů v dnešní době je otevřena bavit se o svém duševním zdraví, než tomu bylo před 10 lety.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Samotná elektrokonvulzivní terapie je používána již přes 80 let. Ač si od svých prvopočátků prošla mnohými změnami a celkově se stala bezpečnou metodou léčby, je stále ve společnosti vnímána jako metoda invazivní, nebezpečná a odstrašující. To je jedním z důvodů, proč se, nejen laická veřejnost, ale někdy i část odborné veřejnosti, přiklání k využití EKT jako metody poslední volby. Abychom mohli toto změnit, je potřeba blíže prozkoumat pohled samotných odborníků, kteří se dostávají během své praxe do situací, kdy nad EKT přemýšlejí, indikují ji a sami provádějí. Z výzkumu v mé bakalářské práci vzešel jako jeden z hlavních faktorů, jak klientky vnímaly samotnou léčbu, především přístup lékaře, míra jeho empatie, možnost doptávat se na otázky a také dostatečné poučení o EKT a vedlejších účincích (Červenková, 2020). Proto vnímám potřebu podívat se blíže právě na zkušenosti a pohledy psychiatrů, kteří mohou značně ovlivnit vnímání klientů podstupujících EKT.

Zároveň samotný proces EKT obnáší mnoho potenciálních náročných situací, se kterými se psychiatričtí zaměstnanci mohou setkávat. Ať už je to od samotné komunikace s pacienty a blízkými osobami, přes aplikování elektrokonvulzí, až po vedlejší účinky a výsledky léčby. V rámci rešerše se také ukázalo, že je velká absence výzkumů v oblasti psychické náročnosti v samotném poskytování psychiatrické péče, a to konkrétně u psychiatrů. Společně s tím se také vynořilo všudypřítomné stigma spojené nejen se samotným oborem psychiatrie, ale konkrétně i s užíváním psychofarmakoterapie a jiných typů biologické léčby, která se mnohdy redukuje na stigma spojené právě s využíváním proudu v psychiatrii.

4.1 Cíle výzkumu

Výzkumná část této práce si klade tři cíle. Prvním z nich je popsání a pochopení osobnějšího pohledu psychiatrů a psychiatriček na samotnou elektrokonvulzivní terapii. Zde jde především o zjištění jejich zkušeností a postojů k této léčbě. Druhým cílem je popsat prožívání psychiatrů spojené s indikací a aplikací EKT, kde je záměrem zjistit, zda existují psychicky náročné situace spojené s EKT, které se psychiatrům a psychiatričkám opakují, a zároveň popsat, jak tyto situace zvládají. Třetím cílem je popsat vzhled psychiatrů a psychiatriček do oblasti stigmatizace EKT. Zde je cílem především zjistit, zda se

psychiatři odborníci a odbornice setkávají se stigmatizujícími názory na EKT nejen v pracovní oblasti, ale i v osobním životě.

4.2 Výzkumné otázky

Tato práce si klade výše zmíněné cíle, které jsou blíže specifikovány následujícími výzkumnými otázkami.

1. výzkumná otázka: Jaký postoj mají psychiatři a psychiatričky k EKT?

Zde je záměrem popsat aktuální postoj a názor psychiatrů na EKT. Co vše jejich postoj k této léčbě ovlivňuje, a co jej formovalo.

Podotázka: Jak se změnil jejich postoj od prvního kontaktu s EKT oproti současnosti, kdy s EKT sami pracují?

Podotázkou se zaměřuji na to, zda došlo ke změně postoje od doby, kdy se o EKT poprvé dozvěděli, v porovnání s jejich aktuálním postojem k EKT.

2. výzkumná otázka: Jaké náročné situace zažívají psychiatři a psychiatričky v souvislosti s využíváním EKT?

Cílem zde je popsat a seznámit se s náročnými situacemi, které se mohou objevit ve spojitosti s indikací, aplikací EKT, ale také s výsledky či vedlejšími účinky léčby. Zároveň je účelem popsat vnímanou náročnost pro samotné psychiatry, a jak se s pocity, které se mohou v tomto procesu objevovat, vypořádávají.

Podotázka: Jak prožívají psychiatři a psychiatričky samotnou aplikaci elektrokonvulzí pacientům?

Zde jde především o samotné prožívání aplikací EKT. Zda má na psychiatry vliv samotná skutečnost, že aplikují do člověka proud a také to, v jakém prostředí léčba probíhá.

3. výzkumná otázka: V jaké míře a podobě se setkávají psychiatři a psychiatričky se stigmatizací EKT?

Cílem je zjistit zkušenost se stigmatizací této léčby, a to nejen mezi laickou veřejností, ale i mezi odbornou veřejností, konkrétně zdravotnickým pracovníky.

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Tato kapitola představuje metodologickou stránku výzkumu. Vysvětluje také výběr typu výzkumu, jak docházelo ke sběru dat, a kritéria výběru respondentů. Následně je popsána i krátce metoda využitá k analýze dat. V neposlední řadě je zahrnuta kapitola o etické stránce výzkum.

5.1 Typ výzkumu

Cílem výzkumu je popsat subjektivní zkušenosti a perspektivu daného jedince, proto byl zvolen kvalitativní výzkum. Tento přístup umožňuje zachytit pohled jedince a zmapovat hlouběji jeho osobní zkušenost se zkoumaným jevem. Pro výzkumníka to vytváří nárok důkladného seznámení se se zkoumaným jevem a dostatečný čas na přípravu (Hendl, 2005). Pro analýza dat poté byla zvolena interpretativní analýza.

5.1.1 Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

Interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA) je metoda, která umožňuje výzkumníkovi porozumět více do hloubky žité zkušenosti respondenta. Z teoretického hlediska je IPA zakotvena ve fenomenologii, hermeneutice a v idiografickém přístupu. Je zde tedy vyzdvížena individuální zkušenost člověka, a jakým způsobem danou zkušenost prožívá, čemu přisuzuje význam a proč. Zároveň je potřeba zdůraznit, že zde hraje důležitou roli i výzkumníkův pohled na svět a jeho zkušenosti, které se projevují v samotném sběru dat, především pak v samotné analýze a interpretaci. Je tedy žádoucí, aby výzkumník zahrnul i sebereflexi ve vztahu ke zkoumanému tématu. Subjektivita je však v tomto přístupu vnímána jako přednost, se kterou se však pracuje právě pomocí sebereflexe. Součástí procesu IPA je také práce s hermeneutickým kruhem. Kotuná Kostínková & Čermák (2013, s. 11) uvádějí: „*Respondent se snaží porozumět své zkušenosti s daným fenoménem, zároveň výzkumník se snaží porozumět tomu, jakým způsobem k tomuto porozumění respondent dospívá.*“ V rámci analýza dat už dává výzkumník více ze sebe a vzdaluje se od respondenta, nicméně výsledek je společným úsilím jak respondenta, tak výzkumníka, kdy každý ze sebe do výzkumu přispěl.

Nároky na výzkumný soubor poté spočívají především v homogenitě souboru a také v záměrném výběru respondentů. Důležité je, aby vybraní respondenti dobře reprezentovali

zkoumaný jev. Nejčastější využívanou metodou pro sběr dat je pak polostrukturovaný rozhovor, kde výhodou je flexibilita a dostatečná svoboda pro respondenta sdělit pro něj vše významné v souvislosti se zkoumaným jevem (Kostínková & Čermák, 2013).

Samotná analýza dat pak probíhá v několika fázích. Před počáteční fází je na místě začít **reflexí výzkumníka**, se zaměřením na jeho zkušenosti s tématem. První fází pak je **čtení a opakované čtení** přepisu rozhovorů, zároveň může pomoci i opakovaný poslech nahrávky rozhovoru, který výzkumníka opět více vtáhne do tématu. Následuje fáze **tvorby počátečních poznámek a komentářů**, kde cílem je komplexní a detailní tvorba poznámek k datům, komentáře mohou být rozděleny do tří typů: deskriptivní (zaměření na obsah), lingvistické (specifika v používání jazyka, metafory), konceptuální (více interpretativní, vynořující se témata). Další fází je rozvíjení vznikajících témat, kde hlavním cílem je proměnit poznámky a komentáře do výstižných témat, jde tedy už o zachycení zkušeností respondenta. Poslední fází je poté **hledání souvislostí napříč tématy** (Smith et al., 2009).

5.2 Metoda sběru dat

Pro získání odpovědí na cíle výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. K výběru této metody došlo hned z několika důvodů. Polostrukturovaný rozhovor dává respondentům i výzkumníkovi svobodu jít více do hloubky a získat tak komplexnější data, která jsou pro poznání nových jevů potřebné. Zároveň je tato svoboda výhodná pro možnost zaměření se, během rozhovoru, na témata, která mohou vyplývat jako důležitá, a je tak prostor pro hlubší poznání a zmapování. Každý rozhovor trval okolo 50 minut. Původně zamýšlených 90 minut bylo náročné časově pro respondenty, tudíž pro získání respondentů do výzkumu, byl původní čas zkrácen na 50 minut.

Otázky do rozhovoru byly tvořeny na základě rešerše literatury, ze které vyplynuly především oblasti zasluhující si větší pozornost. Vycházelo se i z doporučení autorů již proběhlých výzkumů na podobné téma, kteří po dokončení svého výzkumu upozorňovali na limity nebo mezery, které by mohli být v budoucích výzkumech vylepšeny. Otázky byly následně po prvních dvou rozhovorech ještě poupraveny, zejména jejich znění, řazení a také byly označeny otázky, které jsou doplňkové, ne tedy natolik zásadní pro výzkum. V prvních dvou rozhovorech se totiž stalo, že se k některým otázkám hůře vracelo a narušovaly tak přirozený tok rozhovoru. Otázky vybrané do rozhovoru jsou zahrnuty v *Příloze 3*.

Metoda sběru dat pak probíhala záměrným výběrem dle předem stanovených kritérií, která jsou uvedena níže, v kapitole 5. 3. 1.

5.3 Výzkumný soubor

Do výzkumného souboru bylo cílem získat mezi 8 a 10 respondenty. Podařilo se nakonec uskutečnit 9 rozhovorů, přičemž do výzkumu bylo zařazeno 8 respondentů. Důvodem pro vyřazení jednoho respondenta bylo především narušující prostředí během rozhovoru. Rozhovor probíhal na pracovišti respondenta a daný respondent neměl zajištěné klidné a nerušené prostředí, proto se stalo, že byl rozhovor asi 3x přerušen, kvůli potřebné konzultaci a následně tak nezbyl čas se dostatečně věnovat všem otázkám do hloubky.

Výzkumnice oslovovala potenciální respondenty na základě pracovišť v ČR, kde se provádí EKT. Na vybraných místech byli vždy osloveni primáři oddělení, kde se elektrokonvulze provádí, nebo další psychiatričtí pracovníci, kteří na oddělení pracují a byl na ně dohledatelný kontakt. Poté byli také osloveni psychiatři, kteří se EKT věnují i výzkumně. Komunikace probíhala především skrze e-mail, případně pak telefonicky. Celkově bylo rozesláno 24 e-mailů s žádostí o zapojení do výzkumu. Osvědčilo se psát e-maily stručněji a poslat v příloze informační leták, který je k nahlédnutí v *Příloze 4*. Když byla navázána konverzace, byly zaslány další doplňující a podrobnější informace.

Ze 24 oslovených možných respondentů odpovědělo celkově 13 lidí, 3 z nich zamítavě, především z kapacitních důvodů. Ti byli ještě požádáni o případné přeposlání kolegům. Nakonec bylo domluveno setkání s 9 potenciálními respondenty. Jeden oslovený respondent vyslovil ochotu zúčastnit se výzkumu, nicméně až v období letních měsíců. Z devíti rozhovorů nakonec bylo použito pro výzkumnou část této práce 8.

Původně bylo respondentům navrženo fyzické, ale i online setkání. Přičemž proběhlo 7 rozhovorů fyzicky a 2 v online prostředí, kdy ve formě online setkání byla využita platforma Google meet.

Všichni respondenti jsou lékaři, někteří již atestovaní psychiatři. Ve výzkumném souboru je nakonec 5 mužů a 3 ženy, ve věkovém rozmezí 30–55 let. Respondenti jsou také z různých krajů ČR. Všichni mají zkušenost s indikací a aplikací EKT, kdy nejkratší zkušenost jsou 4 roky, nejdelší potom 15 let.

5.3.1 Kritéria výběru respondentů

Kritéria byla vybrána na základě tématu práce a posléze dle vybraní vhodné metody pro zjištění předem daných cílů a získání odpovědí na stanoveného výzkumné otázky. Z důvodu výběru analýzy dat dle interpretativní fenomenologické analýzy byla stanovena kritéria, která se snažila zachovat homogenitu výzkumného souboru relevantní k tématu práce. Kritéria zvolena pro výběr respondentů:

Lékař se specializací v psychiatrii

Do výzkumu byly zařazeni absolventi lékařské fakulty. Konkrétně ti, kteří si vybrali psychiatrii jako specializaci. Zároveň však nebylo podmínkou mít již atestaci z psychiatrie. Odůvodnění toho kritéria je především to, že psychiatři mají roli, kdy indikují, poučují klienta o EKT a také sami provádí elektrokonvulze. Pro jejich vliv na vnímání léčby klientem, je důležité pochopit a popsat i jejich osobní přístup a pohled na celou léčbu.

Zkušenost s indikací a aplikací EKT

Zkušenost s EKT je zde definována tak, že psychiatr či psychiatricka museli minimálně 1 rok pracovat na oddělení, kde se pravidelně poskytuje EKT. Měli mít zkušenost s indikací i aplikací. Nebyl kladen důraz na to, zda se tak děje v době rozhovoru nebo v minulosti respondenta.

Místo výkonu praxe

Do souboru byli osloveni psychiatři a psychiatricky i dle jejich aktuálního výkonu praxe, tedy v jakém kraji ČR aktuálně působí. Byť si je výzkumnice vědoma, že by měla být zachována co největší homogenita souboru, pro poznání zkušenosti se zkoumaným jevem, usoudila, že danou zkušenost může ovlivňovat i místo výkonu praxe, vzhledem k odlišnostem mezi jednotlivými kraji.

5.3.2 Charakteristiky výzkumného souboru

Přezdívka	Místo výkonu praxe (aktuálně)	Zkušenost s EKT	Rok atestace*
Martin	Hl. město Praha	6 let	2023**
Václav	nechce uvádět	4 roky	2025**
Adam	Plzeňský kraj	15 let	2005
Marek	kraj Vysočina	15 let	2002
Kryštof	Hl. město Praha	10 let	2016
Eva	Zlínský kraj	6 let	2015
Petra	Zlínský kraj	4 roky	2014
Šárka	Olomoucký kraj	7 let	2010

*atestace z psychiatrie, **v době rozhovoru před atestací

5.4 Etické hledisko výzkumu

Každý respondent byl před samotným setkáním seznámen se záměrem výzkumu i s jeho průběhem. Zároveň všem respondentům byla zaslána osnova, dle které bude následně rozhovor probíhat, pokud o ní měli zájem. Před započítím rozhovoru byl každý respondent ještě jednou informován o tom, k čemu budou data použity a jakým způsobem budou zpracována. Důraz byl kladen především na anonymizaci dat. V rámci anonymizace bylo s respondenty konzultováno, které údaje mohou být v práci ponechána, například kraj, ve kterém působí, pracoviště, aj. Dále byla zdůrazněna možnost z výzkumu kdykoliv odstoupit, ať už během samotného rozhovoru nebo po jeho dokončení. Respondenti poskytli informovaný souhlas s nahráváním celého rozhovoru, vzor je k nahlédnutí v *Příloze 5*.

6 ANALÝZA DAT

6.1 Analýza jednotlivých rozhovorů

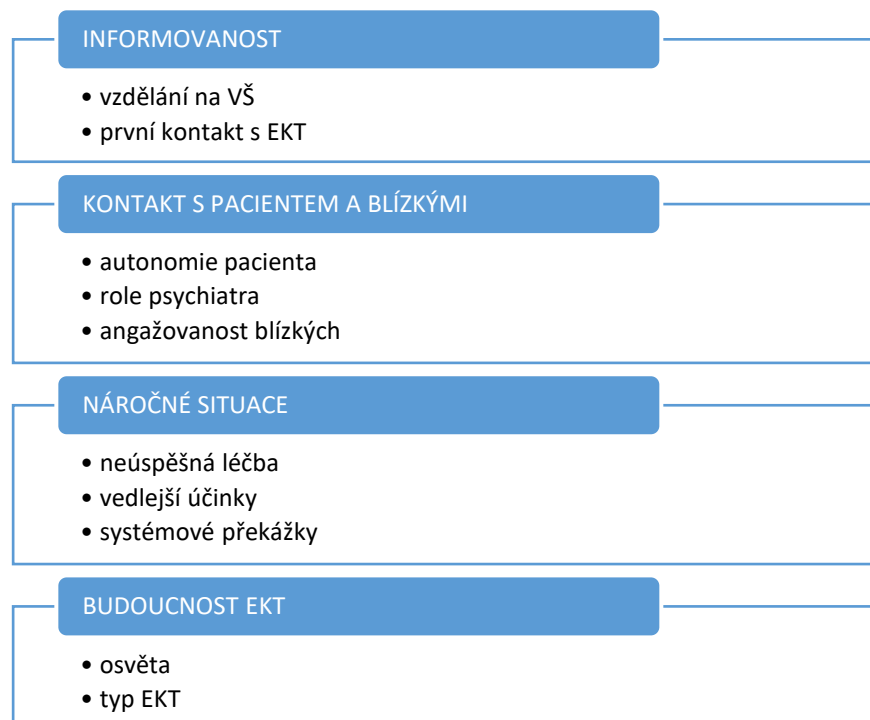
Nejprve byly všechny rozhovory přepsány a byl kladen důraz na potřebnou anonymizaci dat. Následovala fáze otevřeného kódování jednotlivých rozhovorů a tvorba poznámek. Analýza probíhala formou tužka a papír, jen v digitální verzi za využití iPadu a

tužky. Následně byly kódy překopírovány do chronologického seznamu a díky možnosti vyhledávání v textu se předešlo možnosti, že by výzkumnice zapomněla některý kód zapsat nebo označit jeho umístění. V rámci společné analýzy byla využita platforma Mentimeter pro vytvoření Word cloudu.

Při opakovanému pročítání rozhovorů byly kódy ještě upřesňovány, přičemž se postupně vynořovaly jednotlivé kategorie. Kategorie byly následně přiřazeny k okruhům, které byly nastaveny v počátku výzkumu, a to na základě rešerše literatury. Jednalo se o tyto okruhy:

- informovanost
- kontakt s pacientem a blízkými
- náročné situace
- budoucnost EKT

Okruhy byly stanoveny výzkumníci, dle rešerše a z ní vyplívajících důležitých témat, případně témat, která se ve výzkumech příliš neobjevovala, přestože na ně bylo v rámci publikací poukazováno. Okruhy a jejich kategorie:



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

<p><i>pohled na stigma v minulosti</i></p> <p><i>nesprávné vyobrazení EKT</i></p> <p><i>Přelet jako velmi vlivný film i po tolika letech přesto stigma postupně opadá</i></p> <p><i>žádné info na škole a pak překvapení o realitě EKT</i></p> <p><i>chut' EKT více používat, zlepšit indikaci?</i></p>	<p><i><u>No před čtyřmi lety jsem měl takový pocit, že to bylo stále hodně kontroverzní. V tom smyslu, že hodně lidí reagovalo asociovaně s různými filmy, jako Přelet nad kukaččím hnízdem, ale vlastně o té metodě nic nevěděli. Ted' mám pocit, že se ta karta obrátila, že už to tak horké není.</u></i></p> <p><i>Já, když jsem byl medik, student, tak jsem nevěděl, že se ECT používá, takže pro mě to vlastně bylo <u>překvapení</u>.</i></p> <p><i>Já si myslím, že jsme dosud byli <u>zbytečně opatrný, nebo že jsme šetřili s tím EKT, nechávali jsme si ho opravdu jako poslední možnost. A myslím, že je to škoda.</u></i></p>	<p><i>Stigma EKT</i></p> <p><i>Prezentace v médiích</i></p> <p><i>Neinformovanost veřejnosti</i></p> <p><i>Naděje</i></p> <p><i>Neinformovanost mediků</i></p> <p><i>Rezervovanost „poslední možnost“</i></p> <p><i>Lítost</i></p>
---	---	--

7 DESKRIPCE DAT

Součástí procesu analýzy dat je i sebereflexe výzkumnice. Jedním z důvodů je i samotný výběr metody analýzy dat, která je zatížená subjektivitou výzkumnice a samotná analýza rozhovorů, stejně jako vytváření kódů, podléhá subjektivitě výzkumnice.

7.1 Sebereflexe výzkumnice

Téma elektrokonvulzí mě zajímalo i po mé bakalářské práci. Přispělo k tomu i několik zkušeností s psychiatrickými odborníky, kteří prezentovali EKT velmi stigmatizujícím způsobem, nutno říci, že se jednalo o odborníky, kteří sami elektrokonvulze ve své praxi nepoužívali, což možná bylo kamenem úrazu. Zároveň jsem díky rešerši postupně zjišťovala, že se málokdy výzkumy zabírají pohledem psychiatrů, kteří EKT opravdu používají během své praxe, což mě překvapilo. Často jsou výzkumy zaměřeny na zkušenosti, postoje a pohledy pacientů a veřejnosti. Byť toto sledávám také jako velmi užitečné a důležité, chyběl mi v celkovém obrázku pohled psychiatrů. Těch, kteří se o EKT

učili, indikovali a aplikovali tuto léčbu. Nejvíce mě na tom zprvu zaujalo, jaké to pro ně musí být používat proud v psychiatrii, když si mohou být vědomi toho, jak je to stigmatem opředené téma. Přiznám se, že sama bych měla obavy z podstoupení EKT, byť vím všechny důležité informace, mluvila jsem s lidmi, co to podstoupili a viděla jsem i samotnou aplikaci. Léčbu bych podstoupila, ale dokážu si představit, že bych z toho byla více nervózní než například z léků. Přesto si myslím, že je to léčba účinná, šetrná a rychlá. Z výše uvedeného už vyplívá i to, že sama zastávám názor, že EKT je stigmatizovanou léčbou, a dané stigma dle mého názoru pramení především z neinformovanosti. To si myslím, že se projevilo i v rozhovorech. Při zpětném poslouchání a přepisování rozhovorů jsem se přistihla, že je pro mě těžší zůstat objektivní a u určitých otázek jsem ešočekávala nějakou konkrétní odpověď, která by byla v souladu s mým pohledem, nebo spíše zkresleným pohledem, co by asi tak mohlo psychiatrii prožívat. Proto jsem také často byla po rozhovorech překvapená jejich průběhem. Celkově si tedy myslím, že jsem před rozhovory a analýzou dat měla pocit, že je EKT více stigmatizovaná léčba, než tomu ve skutečnosti může být.

7.2 Jednotlivé rozhovory

Před společnou analýzou dat je zde uvedena kapitola, která se věnuje jednotlivým příběhům respondentů a jejich zkušenostem. Umožňuje to tak nahlédnout do jednotlivých příběhů a rozhovorů více do hloubky a více komplexněji. U každého z respondentů je zároveň vyjádření k jednotlivým okruhům zmíněným výše.

7.2.1 Martin

Martin je lékař, který aktuálně působí v Praze. Všeobecné lékařství studoval také v Praze a studium ukončil v roce 2017. Jako svojí specializaci si zvolil psychiatrii, ze které bude v roce 2023 dokončovat atestaci. Své rozhodnutí pro výběr této specializace považuje za poměrně spontánní. Rozhodl se v 5. ročníku, kdy psychiatrie pro něj byl nejzajímavějším oborem. Důvodem byl především individuální přístup a to, že to není pouze o „*sledování hodnot z laborek nebo děláním nějakého výkonu pořád dokola*“. Také si velmi ráda povídá, na což podle něj v jiných oblastech není tolik času. Zmiňuje, že ho baví „*studovat a zkoumat mozek, jak to vše funguje*“, společně i s psychoterapií, jako nedílnou součástí psychiatrie.

Aktuálně EKT dělá téměř denně, už 6 let. Zároveň během jednoho roku sám aplikuje elektrokonvulze přibližně 600 – 700x, takže má bohaté zkušenosti jak s indikací, tak

aplikací. Biologická léčba ho zajímá i výzkumně a rád cokoliv nového, například méně časté vedlejší účinky elektrokonvulzí, publikuje nebo dostává informace do širšího povědomí skrze třeba příspěvky na konferencích.

Informovanost

Martin před ukončení studia o existenci EKT věděl, ale *nemyslel si, že se to v dnešní době ještě používá*. Znal elektrokonvulze z filmů, kde zmiňuje *vliv slavného Přeletu nad kukaččím hnízdem*. *Neměl však vůbec žádné informace* o této léčbě. Sám tedy přiznává, že je ani nevyhledával. Na vysoké škole se věnovali psychiatrii celkově 4 týdny. Když po škole nastoupil do práce, překvapilo ho, když viděl, jak EKT funguje. Zjistil, že to *není tak dramatické, jako ve filmu*, ale že je to *obyčejný výkon v narkóze*, který je hned hotový a nenese velká rizika.

Nejvíce ho překvapilo, když viděl *opravdu hmatatelný výsledek*. Srovnával to například s ambulantní léčbou, kde, když někomu předepíše antidepressiva, tak to *trvá hrozně dlouho*, než to zabere a než vůbec může vidět nějakou změnu. U EKT však *vidí účinnost velmi často* před vlastníma očima, kde „*v pondělí máte totálně depresivního pacienta a v pátek ho máte v remisi, to je úplně neuvěřitelné*“.

Byť sám Martin neměl dostatek informací během svého studia, nyní už vidí, že se toto posouvá směrem k *větší informovanosti*. Sdílel zkušenost, kdy on sám na stážích už *mediky edukuje* nejen o elektrokonvulzích, ale i dalších typech biologické léčby. Zároveň se *zapojuje do osvětových akcí* a tím šíří povědomí i mezi laickou veřejností.

Kontakt s pacientem a blízkými

Pro Martina je pacient na prvním místě. Velmi podrobně popisoval, jak probíhá péče o pacienty před a po elektrokonvulzích. Zakládá si na *důvěrném vztahu s pacientem*, a především na *transparentní a otevřené komunikaci*. „*Není dobré elektrokonvulze vynášet do nebes a prezentovat jako všespásnou metodu*“. Svoji roli jakožto psychiatra vnímá v seznámení pacienta s riziky terapie, ale i s jejími výhodami a účinností.

Zmiňoval, že na pracovišti mají observační pokoje, pro *zajištění co největšího pohodlí*, které jsou uzpůsobeny tak, aby tam pacient mohl opravdu odpočívat. Ambulantní pacienti zde tráví 3 hodiny po stimulaci. Velmi důležité je pro něj také *bezpečí pacienta*, kdy dbají v týmu na to, aby pacient, který přichází na ambulantní EKT, měl vždy *doprovod* nebo se jednalo o pacienta, který dochází již delší dobu, a *vše probíhá bez komplikací*.

Velký důraz Martin kladl na **rozhodnutí pacienta**, především pak i v souvislosti s nedobrovolnou hospitalizací, kdy i tak pacient musí vždy s EKT souhlasit. Jedinou výjimkou je pak **vitální EKT**, což není časté, ale také se s tím setkal, kdy je pacient v katatonním stavu. „*Vlastně to není proti vůli, ale je to v situaci, kdy není ten člověk schopný nic verbalizovat či komunikovat*“. V momentě, kdy pacient už komunikuje a vyjádří **nesouhlas s léčbou, nepokračuje** se a stimulace se přerušuje.

Jako zajímavou zkušenost bere i využití elektrokonvulzí u dětí a dospívajících, kdy zmiňuje, že většinou jsou to tak dvě až tři děti ročně. Nicméně pozoruje teď **velký nárůst**, zejména v posledních dvou letech. Sám byl několikrát přítomný při aplikaci EKT u dospívajících, kdy indikací byla těžká forma schizofrenie nebo deprese. Zároveň však dodává, že to byly defacto už dospělí, protože jim bylo 17, což je prý nejčastější situace, kdy se přistoupí k EKT u dětí. Vždy se ale velice pečlivě celá situace zvažuje, a probíhají různá vyšetření, celý případ je také vždy daleko více konzultován.

Náročné situace

Martin zmiňoval především **nežádoucí účinky** spojené s EKT, které jsou spíše unikátní než běžné, ale o to více může být tak taková situace komplikovanější. Vzpomínal třeba na pacienty, u kterých **EKT upozornila na nějaké další doposud nediagnostikované onemocnění** u daného člověka. Šlo například o situaci, kdy pacientka měla laterální záchvat a díky dalšímu vyšetření zjistili, že má nádor nebo situace, kdy pacientka měla jednu stranu těla bílou a druhou červenou a později se zjistilo, že má roztroušenou sklerózu.

Martin dále upozorňoval na stále zhruba 10–15 % lidí, kteří jsou **rezistentní vůči EKT**, kde je pak práce s pacienty náročná, protože **naráží na limity toho, co je schopný pro pacienta udělat**. V této souvislosti Martin zmiňoval velmi malou pravděpodobnost účinnosti nových antidepresiv nebo nové kombinace, pokud už předtím dvě farmakoterapie nezabraly.

Jako další náročný aspekt vnímá Martin **organizační a finanční stránku celé léčby**. Právě potřeba velkého počtu kvalifikovaných kolegů vnímá jako limit EKT. Celkově zmiňoval 6 až 7 lidí, což vnímá na několikaminutový zákrok jako komplikaci na straně personálu či nemocnice. Velmi si však pochvaloval relativně nově vzniklý

Budoucnost EKT

Vnímání EKT se dle Martina v posledních letech **zásadně proměnilo. Tak před čtyřmi lety měl Martin pocit, že EKT bylo stále hodně kontroverzní, nicméně teď se karta obrátila**. Starší generace mají stále spojené elektrokonvulze s filmem **Přelet nad kukaččím**

hnízdem, s čímž se pojí velké stigma a EKT je zde vyobrazováno velmi negativně. Nicméně mladší generace buď tento film ani neviděla nebo už si také dnes *dohledá dostupné relevantní informace, kde mají velmi jasně popsany celý proces*.

Co Martin vnímá jako velký posun, tak je změna v postupech používání EKT, ale také celkově posun ve společnosti v přístupu k této léčbě. Dokonce teď *lidé přichází i s žádostí o EKT*. Martin popisoval, že v posledních letech se mu stávalo, že si lidé psali o EKT, *i ti kteří paradoxně nejsou indikováni*, a tudíž je *musel odmítat*, protože by pro ně léčba nebyla dostatečně účinná. Minulý rok se mu stalo, že během jednoho měsíce napsalo dokonce třeba 10 lidí se zájmem o EKT. Tento *zájem si Martin vysvětluje* také faktem, že na jejich pracovišti dělají *ambulantní formu EKT*, v čemž spatřuje směr, kterým by se elektrokonvulze mohla a měla ubírat na více místech v ČR. Největší výhody spatřuje ve *vyhnutí se hospitalizaci*, tudíž pacient může pouze docházet na EKT, jinak může *být léčen doma*. Zároveň se tím také *snižuje lůžková zátěž*.

Ve výhledu do budoucnosti nečeká, že by EKT úplně zmizela, protože její účinnost je nesporná. Upozorňuje však na kandidáty, o kterých se uvažuje, že by jednou elektrokonvulze mohli nahradit a tím jsou *FEAST a MST*. Zatím se však zkoumá jejich účinnost.

7.2.2 Václav

Václav pracuje jako psychiatr v rámci psychiatrické nemocnice 4 roky. Atestace ho čeká v roce 2025. Psychiatrie ho lákala už na vysoké škole a poslední roky studia se o psychickém zdraví více mluvilo, spíše tedy ve společnosti než u nich na škole. Nicméně psychiatrie pro Václava byla první volba. Především díky *většimu kontaktu s pacienty* a dle něj *větší rozmanitosti práce*. Sám přemýšlí, že by si udělal psychoterapeutický výcvik, protože ho velmi láka i cesta terapie. Dává mu smysl mít vše propojené, proto také velmi oceňuje *multidisciplinární tým*, který u nich na pracovišti vzniká.

K EKT se dostal asi rok po nástupu do psychiatrické nemocnice. První rok byl na oddělení, kde se elektrokonvulze nedělají, takže se k nim dostal před třemi lety. Nyní se setkává poměrně pravidelně s pacienty indikovanými pro EKT, aktuálně je to přibližně 6-7 lidí týdně.

Informovanost

Václav popisuje, že na škole se o EKT doslechl jen *minimum informací*. Zmínka byla zařazena do poměrně krátkého bloku psychiatrie, což Václava štválo, protože když se

sám o tento obor zajímal, *dohledával si mnoho informací nad rámec*. „Je škoda, že se v těch posledních ročnících, kdy už děláte i nějaké státnice, tak, že se nemůžete více věnovat už tomu vašemu oboru. Nebo takhle, u některých oborů to třeba šlo, ale psychiatrie mezi nimi fakt není.“

Vzpomíná, že ho elektrokonvulze zaujaly v literatuře, nejdříve spíše z kuriozity, protože si *nemyslel, že se stále používají*. Jak sám říká: „...měl jsem hodně *zkreslený pohled filmama a seriálama...tam je to takové vděčná téma, jako celá psychiatrie, že jo...*“. Po větším studiu literatury a dostupných zdrojů zjistil, jak EKT funguje a k čemu se dnes více používá. Přesto si pamatuje, když poprvé byl přítomný na stimulaci, byl *velmi překvapený*, jak je to rychlý zákrok, který *nevypadá vůbec tak drasticky*. Sám se teď snaží vzdělávat skrze různé konference, přednášky a také rešerší nových výzkumů.

Kontakt s pacientem a blízkými

Pro Václava byl větší *kontakt s pacienty*, a blízkými pacienta něco, *na co se těšil, ale zároveň vzpomíná, že se některých konzultací trochu obával*, na medicíně měl totiž jeden *předmět věnující se kontaktu s pacientem, ale neshledával ho natolik přínosným*. Obavy tehdy pramenily především z *nedostatečných informací* celkově o psychiatrii. Také přiznává, že měl pocit, že je stále psychiatrie dost *stigmatizovaná*.

Teď v praxi říká, že *převládají spíše pozitivní zkušenosti*, co se týče interakcí s blízkými pacienta. Pro Václava znamená pozitivní zkušenost především to, že se častěji setkává s lidmi, kteří jsou *více edukováni* o různých typech léčby a také jsou *otevřeni možností*, co jim může nabídnout. Málokdy se tak teď setká se *zavrhujícím přístupem nebo nedostatkem důvěry*.

Při seznámení pacienta s EKT dbá na to, aby měl dostatek času s pacientem vše probrat, jak rizika, tak přínosy této léčby. Především pokládá za důležité *seznámit pacienta s celkovým procesem*, od přípravy před samotným zákrokem až po dobu reorientace po zákroku. *Otevřená konverzace* je pro Václava klíčová, stejně jako dostatečná *časová rezerva* pro konzultace.

Popisoval i relativně nedávnou zkušenost, kdy se setkal s velkou *vděčností* ze strany pacienta i jeho partnera: „...*vlastně po dokončení celé té série, kdy už jsme viděli to zlepšení třeba týden, já i pacient, tak mi při konzultaci děkoval a stejně tak partner pacienta. Bylo pro ně neuvěřitelné, že něco takhle rychle může zabrat a že se cítí tak, jako už dlouho ne a byli neskutečně rádi, že jsme do toho šli...a v tu chvíli jsem byl fakt rád za to, co děláme*“.

Zde se ukazuje i Václavův partnerský přístup k pacientům. Často v rozhovoru používal věty: „...šli jsme do toho společně...“, „...společně jsme se podívali na účinnost, ale i rizika...“, „...být tam spolu...“. Václav to sám i později pojmenoval jako **blízký a důvěrný vztah**, který je podle něj základem dobré praxe a dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem.

Náročné situace

Jako první si Václav vzpomněl na své začátky, kdy začínal s elektrokonvulzemi. Měl **obavy z prvotních reakcí** pacientů nebo jejich blízkých. Měl **připravené argumenty** podporující účinnost EKT, a i její srovnání s jinými typy léčby, i přesto si pamatuje, že z toho byl **nervózní**. „*Ted' už mi to přijde spíš úsměvné, protože mám tu pozitivní zkušenost...ale tehdy jsem byl fakt na 100 % přesvědčený, že to nevezme ten pacient dobře, nebo jeho partnerka, která tam s ním byla*“.

Celkově svůj postoj na začátku popsal tak, že sám EKT nepovažoval za nijak nebezpečnou či drastickou metodu, ale obával se, že pacienti a jejich rodiny to tak brát budou. Dalo by se říci, že ze začátku byl Václavův přístup ovlivněn stigmatem spojeným s EKT, byť on sám tento **postoj nezastával, očekával jej** od pacientů a rodinných příslušníků.

Mezi náročnými situacemi zmiňuje Martin i **vedlejší účinky** elektrokonvulzí, se kterými se párkrát setkal, byť se jednalo jen o zcela výjimečné situace.

Budoucnost EKT

Václav stále vnímá, že stigma ohledně elektrošoků, je ve společnosti přítomné. Dodává, že „*to asi jen tak nepůjde pryč*“, ale má pocit, že **se situace zlepšuje**. Zmiňuje především větší **otevřenost v debatě** o tomto tématu, například skrze **sdílení zkušeností**, nejen s EKT, ale celkově s psychiatrickou péčí. Také jako jediný zmínil **vliv pandemie Covid-19**, byť velmi krátce, v souvislosti s větším zájmem bavit se o duševním zdraví. Zároveň se k němu také vrátil v souvislosti s **nárustem poptávky** po psychiatrické péči a obecně nárustem duševních obtíží. Oceňuje proto snahu o popularizaci různých témat z oblasti psychiatrie, zároveň účast na přednáškách a konferencích věnující se výzkumům v oblasti **neurostimulačních metod** vnímá jako přínosnou až tak, že by to měl mít každý, kdo s tím pracuje, povinně.

7.2.3 Adam

Adam je aktuálně psychiatrem v Plzeňském kraji, psychiatrii se věnuje od roku 2001. Atestaci má za sebou už od roku 2005. Na psychiatrii se dle svých slov tolik nehrnul, spíše to

vyplývalo z tehdejší situace. Baví ho vidět, jak se ten obor posouvá a stále se objevují nové informace. EKT je pro něj účinná metoda, která zaznamenala **velký posun** v posledních 15 letech. Adam si pamatuje své začátky a seznámení se s léčbou, kdy k indikaci docházelo **podstatně méně**, než je tomu dnes.

Strávil také nějaký čas na zahraniční stáži, což hodnotí jako velmi přínosné jak v osobní oblasti, tak v té profesní a konkrétně v souvislosti s EKT. Vidí, jak některé postupy se k nám dostávají se zpožděním, byť aktuálně má pocit, že se více lidí zajímá o různé typy biologické léčby v psychiatrii se snahou přinášet nové metodiky, výzkumy a postupy k nám do ČR.

Informovanost

Když Adam studoval, nevybavuje si, že by se o EKT na škole učili. Pamatuje si, že měli samo o sobě velmi **krátký čas věnovaný psychiatrii**, což ho možná také trochu motivovali jít cestou, kterou během studia tolik neprostudoval a zároveň Adama vždy **fascinoval mozek a jeho fungování**, proto má prý k biologické léčbě a obecně neurostimulačním metodám blízko. Zároveň jeho motivace pro psychiatrii byla také ovlivněna chutí „*jít proti proudu*“.

Když EKT viděl poprvé, byl **překvapený**, jak rychlý ten zákrok je a kolik zabere přípravy. Vzpomíná si, že v začátcích o tuto terapii zájem nebyl, spíše naopak, a i na pracovišti, kde začínal, byl postoj k EKT spíše odtažitý a „*opravdu se po té metodě sahalo jen v krajních případech*“. Nicméně postupem let to bylo lepší, i vlivem **větší dostupnosti informací**. Adam si zpětně uvědomuje, že v počátcích byl nastavený k více **rezervovanému přístupu**, co se týče využití elektrokonvulzí. Nijak si to **nevyčítá**, uvědomuji si, že **tehdy byla jiná doba**, a nebylo tak jednoduché dostat se k novým metodám a výsledkům různých výzkumů.

Naopak velmi vyzdvihuje **posun**, který se v rámci EKT uskutečnil v posledních 20 letech. Popisuje to jako **zásadní skok**, který si ne všichni uvědomují. „*Jednak se měnili přístroje, ale také vznikly vůbec první sjednocené metodiky a doporučení, což se může zdát jako něco banálního, ale tak před 10 lety to zde vůbec nebylo.*“

Nyní se Adam snaží sám vyjít studentům vstříc a když má možnost věnuje se jim na stáži, ukazuje elektrokonvulze a další druhy léčby, které jejich pracoviště poměrně nedávno získalo. Považuje za nesmírně důležité **motivovat mediky** i během stáží k tomu, aby se snažili **posouvat medicínu** dál a nesnažili se „*jen zaběhnout do systému.*“

Dle Adama stigma spojené s touto terapií je především způsobeno **vykreslením terapie ve filmech a médiích**, kdy si to často lidé spojují s něčím negativním. V začátcích se s tím setkával více než dnes, nicméně **Přelet nad kukaččím hnízdem** už „...je jakýmsi symbolem elektrokonvulzí, bohužel“. Aktuálně však stigma ohledně EKT nevnímá tak tragicky, opět odkazuje na velký posun k lepšímu. Hlavně taky představa léčby proudem, je pro lidi **strašidelná**, což se vůbec nediví, „protože jsme byli vždycky učeni, že proud dává ránu a je to pro nás něco nebezpečného“.

Kontakt s pacientem a blízkými

Pro Adama to byl jeden z důvodů proč se pro psychiatrii rozhodl, **větší kontakt s pacientem a zapojení i jeho blízkých**. Z dlouholeté praxe si všiml, že se zapojení blízkých stává častější, nežli tomu bylo dříve. Myslí si, že je to i lehkým **opadnutím stigmatu** spojeného s psychiatrií. Zapojení rodiny nebo blízkých je dle Adama pro léčbu také důležité, protože **sociální opora je** dle něj **podstatným pilířem** následné rekonvalescence a toho, aby se pacient například po delší hospitalizaci zvládl lépe přizpůsobit každodennímu životu. Poslední roky převažují spíše pozitivní zkušenosti a reakce jak pacientů, tak blízkých, na elektrokonvulze.

Vzhledem k tomu, že se k EKT dostanou pacienti **v rámci hospitalizace**, je právě toto někdy **kámen úrazu**. „Paradoxně se stává, že se ti lidé **nebojí tolik těch elektrokonvulzí, ale nechtějí být prostě hospitalizovaní**. To je to, proč někdy třeba s tou léčbou nechtějí úplně souhlasit.“

Někdy se Adamovi stává, že jsou to právě blízké osoby pacienta, kteří jsou **překvapeni nebo zaskočení**, když je pacientovi už v první linii nabídnuta EKT. Setkává se stále s přístupem, že když už blízcí důvěřují psychiatrům, tak jedině těm zaběhlým způsobům léčby, což znamená **pomoc skrze léky**. Setkává se tedy někdy se zaskočením či **pochybnostmi**, obzvláště pokud se návrh na elektrokonvulze objeví v prvopočátcích léčby. Adama dodává, že „je to i jejich zkušenostmi z okolí, kdy jsou zvyklí, že ostatním pomohly léky...“. V takových případech se Adamovi vždy osvědčilo **nezačít ihned s argumentací**, ale **vyslechnout si obavy** blízkých a také **nezapomínat na samotného pacienta** a na jeho vyjádření, protože to je ve finále to, co rozhoduje a podle čeho se řídí. Ač už je to spíše minimálně, občas musí Adam vyvracet i obavy, že by po EKT mohlo dojít ke změně osobnosti nebo že by byl pacient úplně vygumovaný.

V rámci nedobrovolné hospitalizace se setkává s názory, že pacienti podstupují nedobrovolně i EKT, což tak není. Adam upozorňuje, že *pacient s léčbou musí vždy souhlasit*, ať už se jedná o elektrokonvulze nebo o cokoliv jiného. Jedinou výjimkou u EKT jsou katatonní stavy, kdy jde opravdu o život a tehdy, a kdy se s EKT začíná ihned i bez souhlasu, který ale pacient není schopen ve svém stavu dát.

Náročné situace

Hned mezi prvními komplikacemi, na které Adam vzpomínal, byly problémy s přístrojem využívaným k elektrokonvulzím. Před pár lety měli delší *výpadek kvůli revizi přístroje*, což bylo pro pracoviště náročné. V té době již měli pacienty, kteří na EKT spoléhali nebo například docházeli na udržovací EKT. Adamovi tehdy nezbývalo než posílat pacienty na jiná místa, pokud jim byly elektrokonvulze doporučeny. Byl by rád, kdyby každé oddělení psychiatrie nebo psychiatrická nemocnice měla přístroj a tým na EKT.

Popisoval také situace, které se stávali spíše v minulosti, více než 10 let zpátky, kdy pacient byl farmakorezistentní, ale zároveň odmítal EKT nebo i jiné biologické léčby. To pro něj byl náročné, protože mu v podstatě „*nezbývalo nic jiného než vymýšlet nové kombinace léků*“ nebo se zaměřit na *zlepšení kvality života, nikoliv na vyléčení*. Dnes se velmi výjimečně dostane do podobné situace, vidí však *změnu v přístupu*, kdy se mu osvědčilo být *trpělivý*, nechat pacientovi čas, a klidně *vysvětlovat* a přibližovat EKT *několikrát*.

Budoucnost EKT

Adam vnímá stále velkou potřebu mluvit o této terapii ve veřejném prostoru, aby se opravdu dostaly *správné informace i mezi laickou veřejnost*. Chtěl by více zdůraznit účinnost elektrokonvulzí, a možnost opřít se i o něco jiného než jen o psychofarmaka. Stejně tak vyzdvihuje i jiné metody, jako je rTMS, fototerapie nebo i nové úpravy EKT, jako je metoda FEAST. Podle Adama elektrokonvulzím nehrozí, že by byly v blízké době nahrazeny, protože účinnost v indikovaných případech je zatím daleko vyšší než u psychofarmak. Neznamena to však, že se jedná vždy o nejlepší způsob léčby, Adam vnímá jako důležité ke každému člověku přistupovat individuálně a snažit se přijít na nejlepší možnou cestu konkrétně pro daného pacienta.

7.2.4 Marek

Marek je atestovaný psychiatr a působí v kraji Vysočina, psychiatrii se věnuje 15 let. Atestaci z psychiatrie udělal v roce 2002. Psychiatrie jako obor pro něj byla rozhodnutím v předposledním ročníků, především kvůli *rozdílnosti náplni práce od ostatních oborů*. Marka lákalo poznávat více to, jak *funguje mozek* a vidí i nadále v tomto oborou velký *prostor pro výzkum a nové objevy*. Také se mu líbil *individuální přístup*, který prý z ostatních specializací více opadá.

EKT dělá po celou dobu, co na psychiatrii začal, má tak několikaleté zkušenosti nejen s indikací, ale i aplikací. Díky dlouholeté praxi s EKT také *zaznamenal několik zásadních změn*. Zmiňuje například rozšíření *sjednocených manuálů* okolo roku 2015, což dle Marka byla první snaha o plošnou změnu v rámci používání EKT. Na aktuálním pracovišti provádí EKT u přibližně 8-10 lidí týdně. Sám by elektrokonvulze podstoupil, pokud by k tomu byla indikace, stejně tak by to doporučil blízkým, opět pokud by byli indikováni.

Informovanost

Na škole se Marek s výukou o elektrokonvulzích *nesetkal*. Jeho první setkání bylo při nástupu do práce, kde se dozvěděl, že se EKT vůbec používá, takže se v podstatě seznamoval s touto metodou *až po nástupu*. Nejprve si představoval, jak bude celý proces *dramatický*, ale záhy zjistil, že to tak není, že celý zákrok probíhá pod celkovou narkózou a je velmi rychlý.

Ve svých začátcích si Marek vybavuje, že se k EKT jen tak nedostal, protože „*šlo většinou jen o opravdu závažné případy, kde nic nezabíralo*“. To se později měnilo, i díky novým informacím, ke kterým se nejen Marek dostával, což vedlo k většímu využívání EKT a zároveň k dodržování postupů, které vedly k *větší šetrnosti a účinnosti*. Přesto má pocit, že stále mnoho odborníků má k této metodě *rezervovaný přístup* a použilo by jí opravdu až v *případech nouze*, což Marek shledává jako *smutné, ale pochopitelné*, protože pokud se věnují profesně zcela jiné oblasti ve zdravotnictví, tak „*ty informace nemají, stejně jako já nemám informace o nejnovějších metodách v jejich specializaci*“.

Kontakt s pacientem a blízkými

V rámci komunikace s pacienty se Markovi několikrát stalo, že pacienti EKT nejprve odmítli, ale po několika týdnech, kdy se trápili a stále jim *nic nepomáhalo*, s elektrokonvulzemi souhlasili. Většinou pak byli tito pacienti spokojeni a někteří *chodí na udržovací EKT* nebo když došlo k relapsu, tak si EKT *sami vyžádali*.

Vnímá, že je pro pacienty často větší **problém samotná hospitalizace** než podstoupení elektrokonvulzí. Setkává se často s **úzkostí nebo strachem**, kterému rozumí. „*Někteří pacienti mají pocit, že když budou hospitalizováni, tak to znamená, že jsou fakt blázni nebo že už to nezvládli. Berou to jako takovou porážku. Taky se stává, že mají nějaké špatné zkušenosti nebo si dohledali nějaké děsivé články a blogy na internetu*“. Pro Marka je tedy zásadní na pacienta **netlačit** a zdůrazňovat mu jeho **autonomii v rozhodování**, i ohledně léčby.

V poledních letech se setkává s velkým zapojením blízkých pacienta. Dokonce až v takové podobě, že mají tendenci **řešit a rozhodovat za pacienta**. Byť připouští, že se také setkává se stavy, kdy je potřeba vitální indikace EKT, v posledních letech převažují spíše EKT se souhlasem pacienta. Proto je pro něj důležité i rodině sdělovat, že **rozhodnutí je na pacientovi**. Dříve se setkával i se situacemi, kdy se rodinní příslušníci **zalekli**, když se dozvěděli o EKT, a snažili se pak pacienta přemlouvat, aby léčbu nepodstoupil. Marek se naučil být v těchto situacích **trpělivý a několik dní třeba počkat** nebo **nabídnout rodině další konzultace**, kde jim vysvětloval, jak celý proces probíhá a odpovídal na otázky. Podobně to však dělá i u samotných pacientů, kteří někdy **reagují zděšeně a velmi odmítavě**. Dnes se však setkává spíše s pozitivním přístupem, což si vysvětluje i tím, že v poslední době, cca 3 letech, vyšlo více článků představujících EKT v dobrém světle. „*Když si dneska zadáte EKT do Googlu, tak už vám vyjedou články, poměrně nové, které představují tu metodu více relevantně a pozitivně, což třeba před 5 lety bylo úplně opačně.*“

Náročné situace

Nejčastější náročné situace jsou pro Marka především **nežádoucí účinky** léčby, kde zmiňoval velmi unikátní a opravdu málo časté stavy jako jsou prodloužené záchvaty, které byly pro Marka velkým překvapením, naštěstí se vědělo, jak je přerušit.

Dostává se také do ojedinělých situací, kdy u pacientů nezabírá farmakologická léčba, ani EKT, a s pacientem je pak těžší komunikace, protože se **vytratí jeho důvěra**. Pro Marka je tak zásadní dobrá a **transparentní komunikace**, kdy pacientovi neslibuje, že nějaká léčba určitě zabere, a dává si pozor na svůj slovník.

Marek velmi oceňuje podporu v týmu, které se všem dostává. Popisuje i situaci, kdy **zažili úmrtí pacienta** po EKT, kde příčinou nebylo podstoupení této léčby, ale plicní embolie. V těchto situacích je to pro Marka těžké, protože poté přemýšlí, zda se někde neudělala v rámci vyšetření před EKT chyba. Stává se pak, že musí situaci **vysvětlovat** i

pacientům, kteří se o tom dozví a mají sami elektrokonvulze podstoupit. Začnou mít totiž obavy, „že se jim to také stane, nebo se vrátí do těch filmových předloh, ve kterých se utvrdí, že takto dopadnou, úplně vygumovani“. Marek vzpomíná, že to je jedna z věcí, která ho v počátcích tolik nenapadala. Také vzpomíná, že pro něj bylo **frustrující**, když nějaký pacient s léčbou souhlasil, a dříve (před cca 10 lety) jej Marek musel více přesvědčovat o bezpečnosti léčby, než je tomu dnes, a najednou si to „na poslední chvíli“ rozmyslel. Samozřejmě **dodržoval rozhodnutí pacienta**, ale vzpomíná, že po dobrém pocitu se v takových chvílích dostavilo **zklamání**. S tím se v průběhu let naučil pracovat a také má pocit, že pacienti už mají daleko **více relevantních a dostupných informací**, což je velká změna.

Budoucnost EKT

Marek rozhodně nepovažuje EKT za překonanou metodu, co se týče účinnosti. Naopak se domnívá, že se EKT používá aktuálně více, než tomu bylo dříve, a také si myslí, že její používání bude jedinečně růst. Stále více odborníků získává nové a relevantní informace, které podporují užívání EKT častěji, respektive snaží se postrčit volbu této léčby na přednější pozice.

Zdůrazňuje změnu v posledních 7 letech, kdy se **sjednocují postupy** a procesy v používání EKT. Také dle Marka přispívá destigmatizaci **více rozhovorů** na toto téma s odborníky nebo i **informace na oficiální stránce** daného pracoviště.

7.2.5 Kryštof

Kryštof je psychiatr s atestací z roku 2016. Aktuálně pracuje v hl. městě Praha. Jeho rozhodnutí pro psychiatrii bylo podpořeno i **dobrou zkušeností ze stáže**, kde se utvrdil a více pro tento obor nadchnul. Líbila a stále se mu líbí **pestrost práce** a také teď oceňuje své pracoviště, díky kterému se může stále posouvat, protože se **zaměřují i na výzkum** a mají s kolegy setkání, kde **probírají novinky** z oblasti psychiatrické péče.

S EKT má Kryštof zkušenost přibližně 10 let. Dostal se k elektrokonvulzím v podstatě **ihned po svém nástupu**. Během let měl „přestávky“, kdy strávil nějaký čas na odděleních, kde se EKT neprovádělo, nicméně poté se vrátil zpět k oddělení, kde je teď, kde elektrokonvulze indikuje i aplikuje. Důvodem, proč se k elektrokonvulzím rád vrátil je především **viditelný výsledek**, který se **dostaví velmi rychle**.

Informovanost

Ze školy si Kryštof příliš informací o EKT nepamatuje. S EKT se seznámil *poprvé na stáži*. Tehdy se metody zároveň trochu obával, protože *jeho informace pramenily především z filmů*. Zároveň byl však velmi zvědavý, a přiznává, že se na to těšil jako na nějakou *senzaci*. Při prvním kontaktu tak zjistil, že samotný průběh vypadá zcela odlišně. Byl naopak překvapen, že vše probíhá tak rychle a často bez komplikací. Stejně tak ho uchvátila *účinnost* celé metody.

„Když vidíte, jak to tomu člověku rychle pomůže...stalo se mi, že jsem byl na stáži, byl jsem tam dva týdny a opravdu jsem u některých pacientů viděl neskutečné zlepšení. To si začnete říkat, že je to úplný zázrak.“

Mezi veřejností zmiňuje posun k větší informovanosti, a to nejen v laické, ale i té odborné. Mezi zdravotníky potkal řadu lidí, kteří o EKT stále *nemají relevantní informace*, Kryštofa ovšem více překvapilo, že se to týká i některých psychiatrů. Přisuzuje to právě nedostačené informovanosti na VŠ a *neosobní zkušenosti* jednotlivých lékařů.

Také se čím dál tím více setkává s *poptávkou po EKT* od samotných pacientů. Přiznává, že někdy se ozývají i lidé, pro které EKT není řešením, tak je *musí odmítnat*. Nicméně v dnešní době nebo v posledních dvou letech se téměř vůbec neseťkal se stigmatizujícím pohledem na EKT, takže v tom *vidí velký posun*.

Kontakt s pacientem a blízkými

Pro Kryštofa je zásadní dobrá a *otevřená komunikace*. Má pocit, že to se také *v přístupu zdravotníků změnilo*, protože vnímá, že je teď kladen větší důraz na vytvoření *důvěrného vztahu* mezi lékařem a pacientem. Je pro něj důležité zmínit vždy možná rizika EKT, společně samozřejmě s přínosy. Osvědčilo se mu na pacienta *netlačít*, pokud není v života ohrožujícím stavu. Naproti tomu nechat pacientovi čas a být k dispozici pro případné otázky nebo obavy.

Stejně tak vnímá jako potřebné zdůrazňovat pacientovi jeho *autonomii* v rozhodování, možnost vždy odmítnout. Svoji roli jakožto psychiatra vnímá především jako *zkušeného rádce*, který rozhoduje o léčebném plánu dle svého nejlepšího uvážení a doporučení. Kryštof prosazuje i individualizovanou péči, kdy opravdu i EKT se dá nastavit danému pacientovi na míru, dle toho, jak si myslí, že by konkrétně pro něj mohla být stimulace nejúčinnější.

Náročné situace

Když je pacient rezistentní vůči farmakologické léčbě, ale i EKT, je to pro Kryštofa asi jedna z nejtěžších situací. V takových případech se snaží vždy zkusit i jiné formy léčby, nicméně někdy se stává, že s pacientem pracují více na symptomech onemocnění, které se snaží zmírnit, aby měl pacient *kvalitnější a plnohodnotnější život*.

Finanční náročnost je také jedním z limitů léčby, přičemž je zde myšleno jak získání nových přístrojů potřebných k EKT, tak i specializovaného personálu. Je rád, že na svém pracovišti mají již poměrně zaběhlý systém, nicméně vidí to jako dlouhodobější překážku.

Budoucnost EKT

EKT stále vidí Kryštof jako velmi účinnou metodu, která v následujících několika letech zůstane „*jedničkou ve své indikaci*“. Vidí však potenciál ze zahraničí v metodách vycházejících z EKT. Především zmiňuje FEAST, a to primárně díky jejím menším vedlejším účinkům. Stále se však jedná o výzkumnou metodu a přiznává, že je trochu skeptický, kdy, zda, a za jakých podmínek by se tato metoda dostala vůbec do ČR.

Velký potenciál vidí v *ambulantní formě EKT*, která „*přitahuje i pacienty, kteří by se nám třeba normálně neozvali*“. Myslí si, že je to především kvůli vyhnutí se hospitalizaci, do které se mnohým pacientům nechce.

7.2.6 Eva

Eva pracuje jako psychiatricka ve Zlínském kraji od roku 2009. Atestaci má za sebou od roku 2015. S elektrokonvulzemi má zkušenost přibližně 6 let. V rámci před atestační přípravy si prošla různými oddělení, nakonec se však vrátila na své aktuální pracoviště, kde se mimo jiné věnuje právě i EKT.

Na psychiatrii se jí líbilo, že to bylo úplně *jiné než zbytek medicíny*. Líbila se jí na tom především možnost většího *povídání si s lidmi a dostatek času* na pacienta. Celkově však také to, že se tím *odlišovala i od spolužáků*. Pro tuto specializaci se rozhodla už v půlce svého studia, kde ji nadchl předmět, díky kterému se dostala na kliniku a do kontaktu s pacienty. Předmět jejího zájmu byly vážné duševní poruchy, především schizofrenie. Aktuálně sama indikuje, ale i aplikuje EKT.

Informovanost

Ze školy si příliš informací nepamatuje, ale myslí si, že se o tom učili nebo to alespoň někdo zmínil. Určitě si však pamatuje, že se k samotnému EKT *během studia nedostala*.

Dostala se tak k EKT až na pracovišti, kde se provádělo. Popisuje to jako *senzaci*, kterou chce každý vidět, kde následovalo vlastně *zklamání*, protože nic takového se neděje.

„Představovala jsem si kukaččí hnízdo...jak je člověk při vědomí, třese se, vypadá to dramaticky, je v křečích, jde mu pěna od úst. Nic takového se ale samozřejmě nestalo. Přišlo takové zklamání, že tam vlastně není nic moc vidět.“

EKT považuje za *účinnou metodu*, se kterou se dříve více šetřilo. Popisuje na svém pracovišti i zaběhlý způsob, kdy ještě před 4 lety *šokovali* pouze kolegyně, které následně odešly do důchodu. Do té doby se tedy jiní psychiatři k EKT tolik nedostali, pouze se mohli podívat nebo v případě Evy byli tzv. sekundáři. Až po odchodu se Eva dostala pořádně k elektrokonvulzím. Zároveň se snaží *nové psychiatry zaškoloval*, a dávat jim možnost vyzkoušet si indikaci, ale i aplikaci zcela *samostatně*.

Stigma je dle Evy stále ve společnosti přítomné, kde vidí *změnu k lepšímu* je u odborné veřejnosti. Přesto se setkává s reakcí: „*Tyjo, vy tady máte ty elektrošoky?*“, kdy psychiatři už tuto metody dle Evy *nemají vyloženě stigmatizovanou*, ale stále na to pohlíží jako na *metodu poslední volby*. Na psychiatry také dopadá *celospolečenské stigma*, a také mají vliv informace, které k nim došli, než tu práci začali vůbec dělat. Zároveň mnoho psychiatrů tuto metodu nemá vůbec *ošahanou*, což Eva mění zapojováním nových kolegů do procesu EKT.

V rámci společnosti vnímá, že se *změnilo stigma ohledně duševních onemocnění*, kdy více lidí už má relevantní informace, nicméně stále dle Evy přetrvává velká stigmatizace třeba u schizofrenie, což řeší i velmi často s pacienty, podobně jako *sdělování, že podstupují EKT*.

Kontakt s pacientem a blízkými

Ve své práci Eva často indikuje *vitální EKT*, kdy je pacient ve stavu, který může být života ohrožující, například pokud je u pacienta vysoké riziko sebevraždy. „*Většinu máme spíše pacienty s tou vitální indikací, méně se souhlasem*“. Přestože elektrokonvulze u těchto pacientů proběhnou často *bez jejich souhlasu*, v momentě, kdy se zlepší a jsou více v kontaktu s realitou, *chtějí s léčbou pokračovat*. Evě se zatím nestalo, že by někdo z těchto pacientů chtěl léčbu přerušit, protože vnímají tu velkou úlevu. V těchto situacích se také snaží získat *souhlas i rodiny nebo blízkých*, protože kdyby to bylo proti jejich vůli, mohlo by to být velmi nepříjemná situace.

Při kontaktu s blízkými převažuje *reakce šoku a strachu*. Pro Evu je to tedy *práce nejen s pacientem, ale i jeho rodinou*. V začátcích to není jednoduché, protože čelí *přivalu negativních emocí*, pomáhá jí být *trpělivá* a nechat blízkým *pár dní na zpracování*. Často to totiž není jen o jednom setkání, někdy potřebují blízcí více setkání, *opakovat* některé informace. Také dle Evy pomáhá *ukázat jim místnost*, kde se EKT provádí a případně si třeba promluvit i s někým, kdo EKT prošel. „*Jakýkoliv reálný důkaz proti té děsivé představě pomáhá*“.

Před samotnou aplikací se setkává velmi často s úzkostnými pacienty, kteří dle Evy nejsou úzkostní tolik ze samotného zákroku, jako spíše ze *ztráty kontroly nad situací*. Při celém procesu Eva s pacientem *otevřeně komunikuje*, sděluje mu, co se děje a proč. U vitálních indikací si však myslí, že pacient informace není schopen pojmout, přesto jej informuje o celém procesu.

Eva má zkušenost s pacienty, kteří o EKT sami žádají pouze pokud jim již dříve tato léčba pomohla, a chtějí ji opakovat z důvodu její rychlé účinnosti. Občas zažívá i žádosti o EKT od lidí, kteří si ale sami neindikují EKT úplně dobře, nejčastěji se to děje třeba u pacientů s poruchami osobnosti.

Náročné situace

Eva si vzpomněla na *náhlé úmrtí* krátce po EKT, kdy příčinou byla plicní embolie, nicméně stalo se tak přibližně hodinu po aplikaci elektrokonvulzí. Bylo to pro ni velice nepříjemné a občas se jí to *vrací ve vzpomínkách*. Po takovémto incidentu pak přemýšlí, zda *udělala vše, co mohla*, především v oblasti somatické péče. Byť se jí občas takové situace vrací, nehodnotí to jako něco dramatického nebo traumatického.

Zmiňuje také práci s neklidnými pacienty, kdy je to pro Evu také občas velmi nepříjemné, kdy „*musí pacienta omezit v lůžku, a to EKT aplikovat v omezení*“. V těchto situacích myslí na to, že to dělá *pro dobro pacienta*, a jinak to udělat nejde. Jako větší riziko vnímá delší trvání psychotické ataky, protože čím delší atak je, tím horší může být prognóza, větší kognitivní deficit.

Dále popisovala Eva několik situací, které nazvala jako *terapeutické zoufalství*, což je primárně spojeno s farmakorezistentními pacienty, kteří nereagují na kombinace různých léků, ale poté ani na EKT. V takových chvílích vidí Eva dvě cesty. První spočívá ve *smíření*, že takto ten člověk bude žít a místo vyléčení zaměří *pozornost na kvalitu života* pacienta,

kteřou může pomoci zlepšit. Druhá cesta je *vymýšlet jiné kombinace léků*. Celkově si tak Eva myslí, že je to o *odvaze lékaře*, co je ochotný zkusit nebo jestli zaujme postoj smíření.

Na svém pracovišti se také potýkali s *nedostatkem financí*, což se projevilo například výměnou anesteziologického přístroje z roku 1970, ke které došlo teprve minulý rok. Podobně to bylo i u přístroje na EKT, který byl starý také přibližně 30 let. V této oblasti teď vidí zlepšení. Podobně je tomu i u personálu potřebného k EKT, kde od vedení mají možnost zapojit dalšího anesteziologa. S čímž se pojí i skutečnost, že ti *chodí před svojí pracovní dobou nebo ve svém volnu*, a provádění EKT je tak závislé na *ochotě* právě anesteziologů. To však Eva nevnímá jako závažný problém, protože už si na to *všichni zvykli*.

Někdy se objeví i komplikace ohledně dopravy, pokud na EKT jdou pacienti z jiných oddělení, tak je potřeba zajistit sanitku a také personál, který s pacienty pojedje a bude poté na pacienta dohlížet, což na některých odděleních vede k potřebě posílit služby, což podle Evy opět leta funguje, a není s tím problém. Nicméně je to taky nějaká zátěž, která může s EKT přijít.

Budoucnost EKT

Elektrokonvulze vidí Eva jako velmi účinnou metodu, se kterou by nerada šetřila, a naopak by chtěla *EKT používat častěji*, samozřejmě tam, kde je to indikované. Nebojí se EKT používat v rámci léčebného plánu i *dříve než některé léky*. Překvapuje jí, jak některá antipsychotika se vlastně lékaři nebojí předepisovat i ambulantně, ale do EKT se nehrnou, přestože mají některé léky daleko závažnější nežádoucí účinky.

Ohledně indikace EKT u dětí a dospívajících zmiňuje, že zatím nebyl požadavek od jiných lékařů, nicméně někteří *pacienti by si to zasloužili*. Myslí si, že by využití EKT včas mohlo být u některých pacientů jedině ku prospěchu, zejména například u psychotických stavů.

Také by ráda zavedla více *udržovací EKT*, ale to se jim zatím na pracovišti tolik nedaří. Příčinu problému vidí primárně v jejich pracovišti, které má *obrovský spád*, takže někteří pacienti jsou vzdáleni třeba 80 km, což pak naráží na logistiku toho, kdo by je vozil. Řešení vidí tedy v *krátké hospitalizaci*.

K jiným metodám biologické léčby nebo i metodám vycházejícím z EKT je Eva nakloněna, nicméně co se týče reálného použití na jejím pracovišti, je v tom více skeptická. Popisuje aktuální situaci, kdy jsou rádi, že jsou ve fázi pravidelného užívání CT nebo MR a

jiné funkční metody jsou *v jejich podmínkách nedosažitelné*, takže to se týká i EKT. Jsou rádi, že mají nové přístroje a neslibují si v blízké budoucnosti jiné novější možnosti. Zmiňuje především *nedostatečný budget od pojišťovny*. Eva zmiňuje však možnost posílat pacienty na léčbu s-ketaminem, kde věří, že díky zážitku mohou prolomit bludný kruh deprese, nicméně jedná se o nerozšířenou léčbu, především opět kvůli její finanční náročnosti.

Sama by neváhala, a EKT doporučila svým blízkým, pokud by byli indikováni a také by sama elektrokonvulze podstoupila. V rámci osvěty podporuje *vznik nových pořadů* o duševních nemocech a metodách léčby, společně se *sdílením zkušeností pacientů*. Mělo by to poté běžet na různých médiích, protože aktuálně vidí, že něco takového vzniká, ale vždy takovéto pořady *pouštějí mimo hlavní vysílací čas* nebo na programech, které mají nižší sledovanost a má pocit, že se to takto dostane pouze k lidem, kteří se o to zajímají. Také by se měli *změnit titulky článků*, které o psychiatrické péči pojednávají, protože zatím jsou spíše odstrašující.

7.2.7 Petra

Petra působí jako psychiatrická ve Zlínském kraji, kde pracuje od roku 2012. Na škole se rozhodovala mezi psychiatrií a pediatrií. Když školu skončila, zjistila, že na pediatrii nebylo místo, tak šla na psychiatrii. Považuje to za dobré rozhodnutí, že v tomto oboru zůstala. Největším zájmem byla vždy akutní psychiatrie a líbilo se jí především to, že „*vidí, jak léčí*“. Je proto spokojená se svým aktuálním pracovištěm, protože „*vidět, v jakém stavu ty pacienti jsou přijatí a pak v jakém stavu odcházejí, to je krásné*“.

Petra přemýšlí, že by si dodělala psychoterapeutický výcvik, protože vidí smysl ve využití právě s pacienty na jejím pracovišti. Ovšem vzhledem k aktuální situaci, kdy se stará o děti, a ještě má jiné volnočasové aktivity, je pro ni představa výcviku spíše zahlcující. EKT považuje za *zážrak*. Je to rychlá, velmi účinná a pro pacienty přínosná metoda. Zároveň má s tím spojené i *předsudky*, které ve společnosti stále vidí, především v komunikaci s pacienty a jejich blízkými. Nyní je pro Petru EKT téměř na každodenním pořádku. Sama by se po zkušenostech s EKT *nebála tuto léčbu podstoupit*, stejně tak by podpořila použití i u svých blízkých, pokud by si byla jistá indikací.

Informovanost

Z vysoké školy v ČR si o EKT nic nepamatuje, ale věří, že něco málo jim vyučující předávali. Během studia byla na rok v zahraničí, kde se celkově věnovali hodně oboru psychiatrie, za což byla ráda. Tam si pamatuje, že se určitě o EKT zmiňovali, především o

indikaci. Nicméně elektrokonvulze viděla **poprvé až na pracovišti**. Nevěděla, co od toho má čekat. Více než cokoli jiného si pamatuje **nadšení z účinnosti**, kdy popisuje, jak poprvé viděla člověka v závažném stavu, a když jej pak viděla po třech čtyřech konvulzích, jak mu léčba pomohla, tak to považovala za **zázrak**.

Petra si však myslí, že by pro mediky nebylo **nijak přínosné vidět EKT během studia**. Naopak si myslí, že by to bylo „*vystavování pacientů*“ a kdyby se tam přišla podívat skupinka mediků, tak by to nemělo vůbec **destigmatizační efekt**. Naopak by převážila negativa v podobě **narušení soukromí** pacientů anebo i jejich **rozpoložení**, především pak u úzkostnějších pacientů nebo pacientů s psychotickým onemocněním.

Sama se setkala a setkává s **nedostatečnou informovaností** nejen u laické veřejnosti, ale i u dalších lékařů, kteří se diví, že se taková metoda „*ještě dělá*“. Vůbec nemají dle Petry ponětí, jak to je, a mohla by být ještě více, rozšířená metoda.

Kontakt s pacientem a blízkými

Petra vidí velký rozdíl v reakci pacientů, pokud se již dříve setkali s EKT. Když navrhne elektrokonvulze někomu poprvé, obvykle se setká se **strachem** a musí hodně vysvětlovat. Pomáhá jí někdy předat **informace i v tištěné podobě**, protože někdy v prvotním šoku pacienti neslyší nebo opominou důležité informace. V případě vitálních EKT, kdy jsou pacienti v závažných stavech, s pacienty Petra mluví a vše jim vysvětluje stejně. Zároveň klade důraz velký **důraz na vitální EKT**, se kterými se během své praxe setkává velmi často. Popisuje, že nastává situace, kdy pacient ze začátku třeba léčbu odmítne, nicméně po delší době, většinou několika týdnů, kdy se jeho stav nezlepšuje, s EKT nakonec souhlasí.

S blízkými má Petra podobnou zkušenost ohledně reakce jako u samotných pacientů. Často berou EKT jako **zastaralou metodu**, která se nepoužívá, což musí pak **trpělivě vysvětlovat**. V případě vitální indikace se setkává někdy i se **zamítavým názorem** od blízkých, zároveň se však o dotyčného pacienta bojí, takže i když se jim elektrokonvulze zprvu nelíbí, nikdy se Petře nestalo, že by si někdo stěžoval na její postup. Naopak jsou pak blízcí rádi, když **vidí zlepšení** a poměrně rychlou změnu.

Náročné situace

Petra zmiňuje především náročné situace spojené s **neklidnými pacienty**, kdy popisuje potřebu ještě před anestezii pacienta **omezit v lůžku**. V takových situacích si Petra uvědomuj, že pro pacienta je to těžké, nicméně vždycky **jedná v jeho zájmu**, a to je pro Petru

nejdůležitější. K tomu přidává i náročnost v proveditelnosti potřebných somatických vyšetření, potřebných pro zahájení EKT.

„Když tam do toho někdo křičí, vzpíná se, tak v tu chvíli je to asi náročné, ale jako já tam nejsem sama, mám tam sestřičky a když je potřeba máme tady mužský personál, tak oni pomůžou. V podstatě my jsme na takovéhle akutní stavy zvyklí, tak to bereme.“

Také vnímá, že by bylo užitečné mít **dospávací pokoj**, který jim aktuálně chybí. Prostředí, ve kterém aktuálně elektrokonvulze probíhají, může působit úzkostně, proto Petra navrhuje například zavedení **uklidňující hudby** do místnosti, dokud nebude možnost mít dospávací pokoj.

Co pro Petru bylo však nejtěžší, když zažila, že **elektrokonvulze nezabraly**. Byť důvodem bylo somatické onemocnění a infekce, cítila **zklamání**. Byla přesvědčena, že je to metoda, která ji vždy zafungovala, a najednou se tak nestalo. Nezbyvalo ji než se vrátit k medikaci, kterou následně upravovali.

Budoucnost EKT

V rámci pracoviště vidí Petra cíl v podobě **udržovací EKT**, kterou teď zkouší. Z prozatímních zkušeností je však **skeptická**, protože jakmile pacienti, a i jejich blízcí vidí po sérii elektrokonvulzí zlepšení, nechtějí pak znovu jezdit, nebo jsou přesvědčeni, že to zvládnou dále ambulantně.

„Čím méně léků tím za mě lépe.“ Petra by ráda používala i nadále EKT ve stejné míře jako aktuálně, možná i více oproti možnosti zkoušet několikery kombinace léků, přijde ji to celkově šetrnější. Také teď chtějí na pracovišti zkoušet **unilaterální formu EKT**, třeba u pacientů z gerontopsychiatrie, protože by mělo jít o šetrnější léčbu. Ohledně například ketaminem asistované psychoterapie je Petra také velmi skeptická. Přiznává, že tyto metody nemá ráda, protože v momentě, kdy dojde ke stavu změněného vědomí tak dle ni pacient ani terapeut nemají nad tím kontrolu, což není nejlepší. EKT je tak pro Petru dosud nepřekonaná metoda.

7.2.8 Šárka

Šárka působí více jak 10 let na oddělení psychiatrie nebo v rámci psychiatrické nemocnice. Je atestovaným psychiatrem a pro tento obor se rozhodlo **poměrně brzy při studiu** medicíny. Lákala ji tehdy i **psychologie**, nicméně v té chyběla právě ta medicínská stránka, tak pro ni byla psychiatrie jako ideální propojení těchto dvou oborů. Zároveň si dělá

aktuálně psychoterapeutický **výcvik**, kterým přibližuje k psychologické stránce své práce. O EKT se dozvěděla sama skrze literaturu, přesto si však nedokázala představit, jak to přesně může vypadat. Byla ráda, když se po dokončení studia dostala na oddělení, kde mohla EKT sama aplikovat.

Informovanost

V rámci studia medicíny si **nevybavuje**, že by věnovali EKT. Celkově i samotné psychiatrii nebyl dle jejího názoru věnováno dost času, což ji mrzelo, protože mnoho informací si zjišťovala sama **nad rámec**. Informace o EKT měla tak primárně z literatury a nějakých filmů, kde vzpomíná na slavný **Přelet nad kukaččím hnízdem**. Nevěděla tak, co si o této léčbě myslet, zároveň neměla představu, jak celý proces probíhá, a už vůbec ne, jak se pracuje s pacienty.

„Věřila jsem, že to není jak v Přeletu, ale stejně se tak vnitřně obáváte, že to bude něco drastického nebo minimálně velmi dramatického.“

Když se dostala sama k možnosti indikovat a aplikovat EKT zjistila, jak je to účinná metoda a byla **překvapená**, že se nepoužívá častěji, jak je tomu třeba dnes. V tom vidí zásadní rozdíl. Dokázala **pochopit obavy pacientů**, ale přemýšlela, proč někteří psychiatři sami tuto metodu „odsouvají, co to jde“. V tom vidí také zásadní rozdíl i v dnešní době, kdy se setkává spíše od kolegů s podporou užívání EKT. Nicméně **nedostatečná informovanost** přetrvává mezi ostatními lékaři, kteří mnohdy netuší, že se nejedná o nehumánní metodu. V tom vidí Šárka problém třeba u praktických lékařů, kteří někdy mohou být první osobou, na které se pacient obrátí a sdílí své duševní obtíže. *„Když se pak pacient třeba konkrétně doptá na tuto léčbu, a ten lékař neví, nebo si myslí, že ví, že už se to nepoužívá, tak je to hrozná škoda.“*

U veřejnosti nevidí Šárka tak velkou **změnu k lepšímu**, stále si myslí, že přetrvává **stigma ohledně psychiatrie**, a toho „být hospitalizovaný“. Vnímá to více u mladých lidí, kteří ale naopak nemají námitky proti samotné léčbě, ať už psychofarmaky nebo EKT.

Kontakt s pacientem a blízkými

Bližší a důvěrnější kontakt s pacientem je i to, proč se rozhodla Šárka jít směrem psychiatrie. Jako zásadní bere **bezpečné prostředí**, které se snaží s každým svým pacientem navodit, a **důvěra** v jejich vztah. Pomáhají jí v tom znalosti především z terapeutického výcviku.

Je pro ni důležité vždy respektovat *rozhodnutí pacienta*, nicméně pracuje i s rodinami a blízkými. Po hospitalizaci totiž vnímá jako jeden z nejdůležitějších pilířů pro prevenci relapsu dobrou *sociální oporu*. V posledních letech má Šárka zkušenost s větším zájmem ze strany blízkých, především o pochopení duševních onemocnění, a také jakou mohou hrát oni sami roli v úzdavě. To jsou pro Šárku krásné momenty, kdy jí tato práce naplňuje a dává smysl.

Náročné situace

Šárka zmiňuje situaci, kdy nastupovala na své tehdejší pracoviště a měla poprvé indikovat a aplikovat EKT. To pro ni bylo náročné zejména kvůli *obávané konzultaci s pacientem*. Bála se tehdy zda bude umět pracovat s reakcí odmítnutí nejen pacienta, ale i jeho blízké osoby, především kvůli vlastnímu přesvědčení, že jde o účinnou metodu, která zabírá velmi rychle. Nakonec se však v podobných situacích Šárce osvědčilo na pacienta *netlačit* a nesnažit se ho přemluvit za každou cenu v daný moment, ale *nechat mu čas*.

Takové situace, kdy jde o vitální indikaci, jsou pro Šárku náročnější, ale přiznává, že v poslední době jich tolik nemívá, a převažují spíše zkušenosti s pacienty, kteří souhlas udělí. Nicméně vždy k tomu přistupuje jako k potřebné léčbě, která může pacientovi opravdu zachránit život a je v určitých indikacích nezbytná.

Během posledních let měli na pracovišti *pokusy o rozběhnutí ambulantní formy EKT*, nicméně ztroskotalo to na nedostatečné zájmu pacientů, což Šárku zklamalo, protože věřila, že je to „*krok správným směrem*“.

Budoucnost EKT

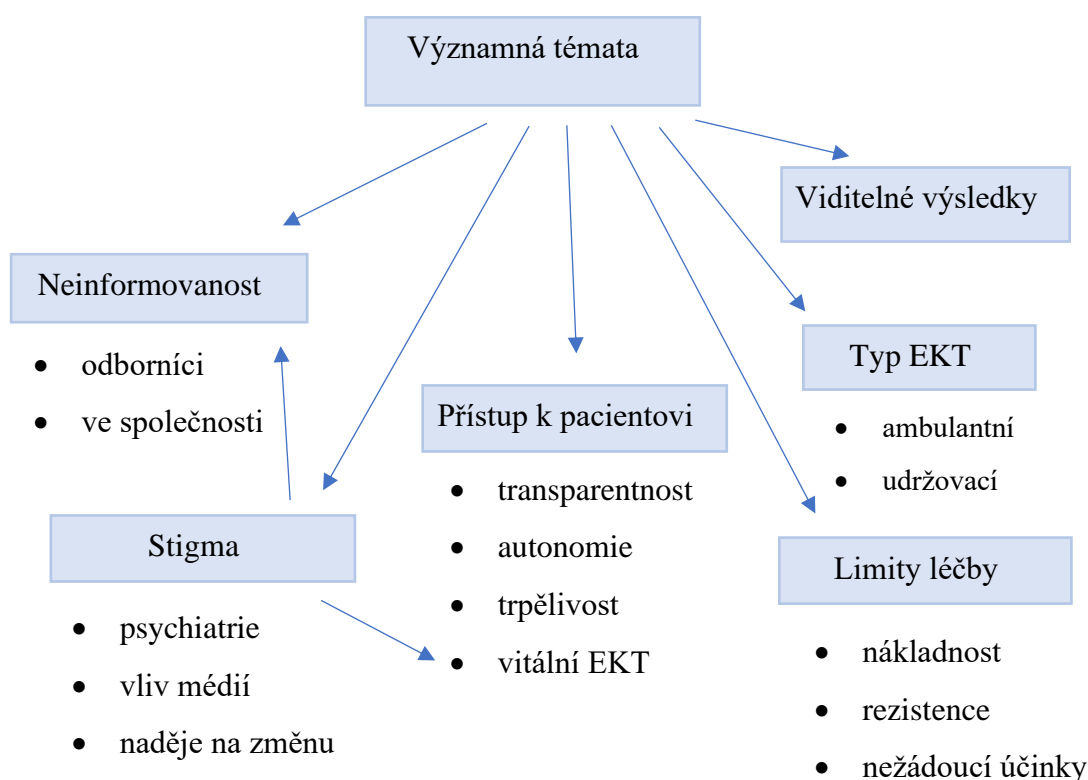
Šárka by ráda viděla rozběhnutí *ambulantní EKT*. Vidí v tom smysl především kvůli zmiňované stigmatizaci hospitalizace, se kterou je nyní na jejím pracovišti EKT spojena. Také vidí posun ve větším užívání elektrokonvulzí a *v častější indikaci*. V posledních letech se někteří pacienti i vracejí díky dobré zkušenosti s touto léčbou a chtějí ji znovu podstoupit, což Šárka také vidí jako jev, který by mohl nabývat na frekvenci.

7.3 Společná analýza

Nyní se budu věnovat společné analýze všech rozhovorů a propojení jednotlivých případů, s důrazem na významná témata, která se v rozhovorech objevovala.

Významná témata, která se objevila ve všech rozhovorech byly: neinformovanost, transparentnost a autonomie v rámci přístupu k pacientovi, limity léčby a viditelné výsledky. Téma stigmatu se objevovalo také ve všech rozhovorech, nicméně mezi jednotlivými respondenty byly rozdíly v tom, jak silně vnímají, že je stigma stále v dnešní době s EKT spojené. Také se v několika rozhovorech objevilo téma ambulantní EKT, opět ale pokaždé z jiného pohledu, s čímž souvisí i udržovací forma EKT. Někde to bylo sdílení dobrých zkušeností, jinde zase jako ideální výhled do budoucnosti nebo dokonce i nepovedená zkušenost se snahou zavést na pracovišti ambulantní formu EKT. Významná témata shrnuje Schéma č. 1.

Schéma č. 1: Významná témata z rozhovorů



Téma **neinformovanosti** se prolínalo všemi rozhovory. V podstatě všichni respondenti se shodli na tom, že **během svého studia** na vysoké škole se **o EKT nedozvěděli vůbec nebo jen minimum informací**. Několik respondentů zmínilo, že se k elektrokonvulzím dostalo skrze praxe a stáže, ale během studia o EKT nevěděli, pokud

nebyli sami proaktivní a informace si nedohledávali. Všichni se také potom shodovali v pocitu **překvapení**, když se dozvěděli, že se **EKT stále používá a není to nic děsivého či drastického**. K takovému momentu docházelo po nástupu na pracoviště nebo na stáži. Neinformovanost lékařů obecně má pak za následek **přetrvávající stigmatizující názory** i mezi odborníky, což může podle jednoho respondenta být problém třeba u praktických lékařů, kteří mohou být první osobou, na které se člověk s duševními obtížemi obrátí. Zároveň několik respondentů zmínilo, že se **podílí na změně** v podobě přednášek na lékařských fakultách, které jsou věnovány biologické léčbě v psychiatrii nebo **edukací mediků na stážích**.

S tímto tématem se ještě pojí i pokračující **nedostatečná informovanost veřejnosti**. Přičemž zde byl docela zajímavý rozdíl dle kraje, kde se respondent aktuálně pracovně nachází. Respondenti z Prahy, Plzeňského kraje a kraje Vysočina sdělovali setkání s více edukovanými pacienty, než tomu tak bylo u ostatních respondentů. Také se v těchto dvou krajích setkávají subjektivně s méně překvapivými a negativními reakcemi od rodinných příslušníků a blízkých osob pacientů.

Stigmatizace je další společné téma všech respondentů, nicméně respondenti se k němu vyjádřili odlišně. Začnu nejprve tématem psychiatrie. Respondenti se ve většině shodli, že se setkávají se stigmatizací celkově psychiatrické **hospitalizace** více než samotné EKT. Celkově 5 respondentů popsalo situaci, kdy jejich pacient **nechtěl podstoupit EKT, ne kvůli léčbě samotné, ale kvůli tomu, že by musel být hospitalizován**.

Všichni respondenti se shodli na tom, že **EKT je stále stigmatizovaná léčba**, nicméně všichni také podotkli, že vidí **změnu k lepšímu** v průběhu posledních 10 či 5 let. To, jak velkou změnu vidí, se opět lišilo dle kraje. Nicméně panovala shoda v tom, že na postoje k této léčbě mají velký **vliv média**. Legendární film **Přelet nad kukaččím hnízdem** poznamenal tuto léčbu velmi negativním pohledem, a dodnes se s tím psychiatři tu a tam setkají, kdy pacient nebo jeho příbuzný na tento film odkazuje. Toto stigma se pak propojuje i s tématem **vitální EKT**, protože se psychiatři setkávají i s obavami pacientů, že jim budou elektrokonvulze aplikovány bez jejich souhlasu. Ovšem podotýkají, že se jedná většinou o **asociovaný film u starších generací** a postupně tato asociace mizí. Z výzkumného souboru 3 respondenti kladli velký důraz na vliv nově vzniklých a vznikajících seriálů či filmů, kde se napravuje pohled na psychiatrii, přesto sami viděli pár snímků, kde jsou elektrokonvulze využívány neadekvátně, jako **mučící nebo trestající nástroj**.

Následující Word cloud zobrazuje slova, která si respondenti představili jako první, když se řekne EKT. Ta slova, která jsou největším písmem, se objevovala nejčastěji. Je vidět, že psychiatři mají EKT jednoznačně spojeni s **léčbou**, zároveň se však velmi často objevovala právě **stigmatizace**, ať už jako slovo samotné, nebo jako **předsudky**, **kontroverze** či přelet, čímž je míněn film **Přelet nad kukaččím hnízdem**.



Ač tedy všichni respondenti považují EKT za léčbu účinnou a prospěšnou, vnímají **společenské stigma** spojené s touto metodou, a to nejen skrze komunikaci s pacienty, ale i s lékařskými odborníky.

Přesto vnímají, že **mladí lidé** se dnes celkově více baví o tématu duševního zdraví a **nedívají se na elektrokonvulze tak dramaticky** jako třeba pacienti starších generací. Také zmiňují **dostupnost informací o elektrokonvulzích**, což je jedna z věcí, která se zásadně proměnila za posledních 5 let. 6 respondentů sdílelo zkušenosti, kdy se jim sami ozývají pacienti s žádostí o EKT, a to někdy ani nemusí být indikováni. Velký zájem pak popisovali především dva respondenti, aktuálně působící v Praze. Celkově panuje mezi respondenty shoda ve **vnímání naděje**, že vliv hrůzostrašných a dezinformačních filmů, videí a webů je menší, než tomu bývalo například před 5-10 lety.

Pod nadějí na změnu se skrývají dvě oblasti: stigmatizace mezi veřejností a modernizace postupů EKT. První oblast byla již popsána. K **modernizaci postupů** a aplikace EKT se vyjádřilo 6 respondentů, pro které to bylo důležité téma. Důvodem proto byl jejich nesouhlas s tím, jak se EKT dělalo 10/15 let zpátky. Krok kupředu vidí potom ve **větší individualizaci stimulace** pro daného pacienta, dále také v indikaci, kdy se k EKT může přistoupit mnohem **dříve**, a také se začínají elektrokonvulze používat jako **prevence relapsu**, takže se pokračuje v sérii elektrokonvulzí i po zlepšení pacienta, aby nedošlo k rychlému relapsu. To jsou postupy, které většina respondentů popsala jako aktuálně probíhající, nicméně byli dva respondenti, kteří zmínili, že jsou teprve ve fázi zavádění

častějšího a brzkého užívání. Dalším takovým krokem je rozšíření **udržovací EKT**. Tři respondenti také zmínili, že se pomalu upouští od pojmů „*elektrokonvulze*“, „*elektrošoky*“ a více se začíná používat „*neurostimulačním metody*“, přičemž tento pojem není pouze pro EKT, ale zahrnuje i jiné léčby.

V rámci **přístupu k pacientovi** se všichni respondenti shodli v důležitosti otevřené a **transparentní** komunikace. Pod tím bylo myšleno především sdělení pacientovi všech informací, jak účinnosti léčby, průběhu zákroku, tak rizik, která mohou nastat. S tímto se pojí i téma **autonomie** pacienta. Kdy pro všechny respondenty bylo důležité během rozhovoru zdůraznit, že **neprovádí EKT bez souhlasu**, jedinou výjimkou je vitální EKT, kdy jde v podstatě o záchranu život. K tomu dochází v situacích, kdy pacient není schopen udělit souhlas a EKT je prostředkem, který vrátí pacientovi jeho autonomii. S elektrokonvulzemi poté vždy přestanou, pokud v nich pacient sám nechce pokračovat. Pro jednoho respondenta bylo právě vitální EKT jednou z náročných situací.

Autonomie pak byla důležitým tématem i při komunikaci respondentů s blízkými osobami pacienta. Shoda mezi všemi respondenty panovala i při situacích, kdy se ohradí vůči léčbě rodinní příslušníci, ale psychiatr vždy dělá to, co je pro pacienta nejlepší a ohlíží se primárně na jeho souhlas či nesouhlas. Tato situace však pro některé respondenty byla náročná, a nejvíce v těchto situacích vyzdvihovali schopnost **být trpělivý** a zároveň **poskytnout prostor ke sdílení obav**, které se potom často evidenced based argumenty snižují nebo dále probírají.

Partnerský přístup v podstatě zazníval ve všech rozhovorech, v některých však více explicitně. V rámci péče o pacienta dle respondentů zásadní důvěrný vztah. Toto téma se také prolínalo i s autonomií, kdy 6 respondentů dalo jasně najevo, jak je pro ně důležité téma zvědomit pacientovi jeho možnost rozhodování.

Dalším společným tématem byly **limity léčby**, kde v rámci **nákladnosti** byla především myšlena **organizační a finanční zátěž** pro dané pracoviště. K jednomu zákroku EKT je potřeba přibližně 6–7 lidí, což se projevuje jak na organizační, tak finanční stránce. Poté se objevovaly individuální odpovědi jako potíže s přístrojem nebo nemožnost poskytovat ambulantní EKT, k čemuž se ještě vrátím.

V rámci **limitů léčby** se shodli všichni respondenti na **nákladnosti** nejen **přístrojů**, ale i **personálu** s velmi konkrétními specializacemi, což vnímají respondenti jako jeden z limitů. V některých krajích ČR mají psychiatři přes 50 let staré přístroje potřebné k EKT.

Podobně mají kraje i jiné podmínky pro personál, kde například anesteziologové potřební k aplikaci EKT, chodí k tomuto zákroku mimo svojí pracovní dobu nebo ve svém volnu. Druhým je potom fakt, že elektrokonvulze nejsou všespásné, tudíž existuje přibližně 10 % lidí, kteří jsou **vůči EKT rezistentní**. To v situaci, kdy pacient nereaguje ani na farmakologickou léčbu, může být jedna z **náročných situací**, se kterými se může psychiatr potkat. Zároveň také často respondenti zmiňovali **nežádoucí účinky**, kde 3 respondenti pospali situaci, kdy po EKT měl pacient plicní embolii. Nejčastěji se však setkávají s prodlouženými záchvaty. Důležité je dodat, že všechny nežádoucí účinky se dle všech respondentů objevují velmi zřídka.

Všichni respondenti si chválili také **viditelné výsledky u EKT**. Porovnávali to především s antidepresivy, protože nejčastější indikací EKT bývá farmakorezistentní deprese, kde si pacienti, ale i psychiatři, prochází dlouhým obdobím, kde vlastně nemusí dojít k žádné změně, protože **účinnost** antidepresiv se projevuje až po několika týdnech, přibližně 4–6, a to jen v případě, že fungují. Právě **rychlá účinnost a viditelné výsledky** bylo to, co všechny respondenty překvapilo a nadchlo, když viděli EKT poprvé.

A v neposlední řadě téma **ambulantní formy EKT** se objevilo celkově v 5 rozhovorech jako výhled do budoucnosti. Dva respondenti sdíleli již zkušenosti s oblíbeností ambulantní formy u pacientů, především z důvodu **vyhnutí se hospitalizace**, což je příjemné pro pacienty a zároveň se tím **uleví lůžkovým oddělení**. Při ambulantní formě pacient odchází buď sám po 4 hodinách nebo s doprovodem po 3 hodinách, zároveň je vždy pečlivě zváženo, zda je to pro daného pacienta vhodná léčba z hlediska účinnosti a bezpečnosti. Jeden respondent sdílel zkušenost s pokusem o ambulantní formu, který však **ztroskotal na nedostatku pacientů**, kdy jednoduše o tuto léčbu nebyl tak velký zájem. To může ukazovat na stále **velké stigma nebo neinformovanost** ohledně EKT v oblasti daného pracoviště. Stejně tak ale může jít i **nedostatečné propagaci či zviditelnění** této možnosti. Ostatní respondenti se k této formě EKT vyjadřovali pozitivně, rádi by sami tuto službu nabízeli. Zábranou pro to vnímají především **nedostatek financí**. Na některých místech se aktuálně začíná s **udržovací EKT**, takže ambulantní formu vnímají jako aktuálně nedosažitelnou.

8 ODPOVĚDI K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM

Nyní se vrátím k výzkumným otázkám, na které na základě jednotlivých rozhovorů a společné analýzy odpovím.

1. výzkumná otázka: Jaký postoj mají psychiatři a psychiatričky k EKT?

Dotázaní psychiatři, celkově 8, mají k EKT pozitivní vztah. Samotnou aplikaci prováděli sami mnohokrát a mají relevantní informace k léčbě. Zároveň se také kontinuálně vzdělávají, takže vědí, kam se elektrokonvulzivní terapie posouvá, byť jsou někteří skeptičtí, zda se k nim vůbec v ČR v budoucích letech dostanou. Sami by elektrokonvulze podstoupili, pokud by to pro to pro ně byla nejlepší varianta dle lékaře. Stejně tak by doporučili EKT i blízkým, opět pokud by to pro daného člověka byla správná indikace.

Podotázka: Jak se změnil jejich postoj od prvního kontaktu s EKT oproti současnosti, kdy s EKT sami pracují?

První kontakt byl u většiny respondentů skrze literaturu, filmové či seriálové zpracování. Během studia 3 respondenti zmínili, že se věnovali na vysoké škole EKT nebo i jiným typům biologické léčby. Někteří si informace dohledávali nad rámec studiu, někdo naopak více nevyhledávala. Mezi respondenty se objevili i dva psychiatři, kteří se s EKT setkali ke konci studia na stáži. Než se však s EKT setkali v práci nebo případně na stáži, tak sedm respondentů zastávalo názor, že se jedná o zastaralou metodu, která se nepoužívá, nebo jen velmi výjimečně. Jeden respondent díky svému zájmu a vyhledávání informací věděl o aktuálním použití a podobě EKT, přesto však popisoval nervozitu, když měl vidět aplikaci elektrokonvulzí vidět poprvé. Ke změně názoru došlo až na pracovišti, kdy EKT viděli na vlastní oči a byli s tím seznámeni. Největší efekt pro změnu byla osobní zkušenost se zákrokem. Dále k tomu přispěla adekvátní informovanost, jednoduchost zákroku a vysoká účinnost léčby. Jednoduchost zákroku zastínila přesvědčení, že jde o dramatickou léčbu. U účinnosti si psychiatři chválí velmi rychle viditelnou změnu, oproti například antidepressivum, kdy velmi přesvědčivě působí, když vidí u pacienta zásadní změnu během dvou týdnů oproti měsíci. Psychiatři považují EKT za velmi účinnou léčbu, která by se měla pacientům nabízet více a také dříve v rámci léčebného plánu.

2. výzkumná otázka: Jaké náročné situace zažívají psychiatři a psychiatričky v souvislosti s používáním EKT?

Náročné situace primárně spočívají v nežádoucích účincích, které nejsou u EKT běžné. Jako nejčastější komplikace zmiňují psychiatři prodloužené záchvaty. Poté jmenovali spíše ojedinělé až unikátní komplikace, přesto 3 respondenti se setkali u pacienta po EKT s plicní embolií. Mezi unikátní situace pak patří nezvyklé reakce pacienta na stimulaci, kdy prováděli lékaři další vyšetření, která odhalila nádor nebo roztroušenou sklerózu. Pro

psychiatrie je jsou toto náročné situace, protože někdy musí jednat rychle, zároveň unikátní nežádoucí účinky jsou pro ně zajímavé z hlediska dalšího výzkumu.

Někdy se také setkají psychiatři se smrtí pacienta po EKT, kde nedokáží zcela přesně určit, zda jde o důsledek EKT nebo důsledek jiného somatického onemocnění. Tato situace nastává velmi zřídka, ale přesto může být pro psychiatry velmi zatěžující.

Přímo s léčbou souvisí také situace, kdy je pacient rezistentní vůči EKT i farmakoterapii. To jsou momenty, kdy se mohou objevovat pocit bezmoci a lékaři se rozhodují, zda půjdou cestou kombinování dalších léků nebo smíření a zaměření se na kvalitu života pacienta.

Dále se na některých místech ČR setkávají s menším financováním, kdy to může být překážkou pro nákup nového přístroje nebo i přístrojů k jiným typům biologických léčeb. Dále to může být překážkou pro nabídnutí ambulantního typu EKT. Finance se týkají i personálu, protože limitem EKT je i jeho personální a organizační náročnost.

Pouze dva psychiatři měli s EKT zkušenost před nástupem do práce. Dva psychiatři měli možnost se s EKT a rTMS poznat na stáži, nicméně všichni sdíleli pocit překvapení při prvním kontaktu s aplikací elektrokonvulzí. V začátcích jsou pro některé psychiatry náročné první konverzace s pacienty a příbuznými, kde mají EKT navrhnout jako léčbu. Obávají se odmítnutí nebo stigmatizující reakce.

Podotázka: Jak prožívají psychiatři a psychiatričky samotnou aplikaci elektrokonvulzí pacientům?

Je to pro ně zcela standardní zákrok, který trvá kratší dobu než jeho příprava. Samotnou aplikaci tak nijak dramaticky neprožívají, a jedná se opravdu o zákrok několika minut, v rámci stimulace několika vteřin. Při aplikaci je přítomný tým specialistů, kde má každý svoji roli.

Co je pro psychiatry důležitější je příprava a komunikace s pacientem před samotným zákrokem a následná observace pacienta a konzultace po zákroku.

3. výzkumná otázka: V jaké míře a podobě se setkávají psychiatři a psychiatričky se stigmatizací EKT?

Stigma ohledně EKT je stále ve společnosti přítomno, někteří psychiatři přiznávají, že je přítomno i v rámci zdravotnických profesí. Zároveň vnímají, že je stigmatizace EKT daleko menší, než tomu bylo před 5 lety, ještě více před 10 lety. Přesto se stále především u starších generací setkávají s vlivem filmu *Přelet nad kukaččím hnízdem*, který ovlivnil postoj

nejen k elektrokonvulzím, ale k celé psychiatrii. Psychiatri, kteří jsou v praxi přes 15 let vnímají změnu v indikaci EKT, kdy dříve (srovnání před 10–15 lety), se používala opravdu jako metoda poslední volby a celkový přístup odborníků byl velmi rezervovaný, to se dnes zcela obrátilo, a ti, kteří mají s EKT vlastní zkušenost, podporují rozšíření a používání této léčby mnohem dříve než tomu bylo v minulosti.

Začíná se také častěji stávat, že obavy a stigma je u pacientů spíše spojeno s hospitalizací než se samotnou EKT. V některých krajích České republiky dokonce psychiatri popisují velký zájem o EKT i ze strany samotných pacientů, a to až tak, že někdy musí pacienty odmítat, protože se ozývají tací, kteří nejsou pro elektrokonvulze indikováni. Tento zájem si psychiatri vysvětlují především nabídkou ambulantní formy EKT nebo již dříve pozitivní zkušeností s EKT. Také přikládají velký význam médiím, kdy zajisté pomohli například tiskové zprávy nemocnice, poskytování rozhovorů a také větší dostupnost relevantních informací na internetu.

9 DISKUSE

Cílem této práce bylo popsání a zmapování zkušenosti psychiatrů s elektrokonvulzivní terapií. V teoretické části jsem se věnovala představení samotné terapie a jejího možného vývoje v budoucnosti, dále vlivu stigmatizace na postoj k EKT a v poslední kapitole jsem se pak věnovala náročnosti psychiatrické péče se zahrnutím aspektů týkající se EKT. V praktické části jsem se poté věnovala autentickým zkušenostem psychiatrů, kteří mají s indikací a aplikací EKT několikaleté zkušenosti.

Za jeden z limitů této práce považuji nedostatečnou homogenitu souboru. Z mého pohledu nejde ani tak o pohlaví, spíše o pracoviště. Až během rozhovorů a při jejich analýze bylo vidět, že mají respondenti lehce odlišné zkušenosti dle pracoviště, na kterém působí. Byl rozdíl ve zkušenostech psychiatra z psychiatrické nemocnice, z psychiatrického oddělení, z kliniky, což si myslím, že mělo být zahrnuto do kritérií výběru respondentů. Dalším limitem vnímám délky rozhovorů, které trvaly okolo 50 minut. Za tu dobu jsme nařukly mnoho témat, kterým by se dalo věnovat hlouběji, nicméně na to nezbyl čas. Limit byl takto zkrácen, protože na původních zamýšlených 90 minut bylo obtížné sehnat respondenty. Také si myslím, že k odpovědi na první výzkumnou otázku jsem měla zvolit jinou metodu, která by adekvátněji odpověděla na zkoumaný jev.

V rámci rozšíření mého výzkumu by mohlo být zajímavé udělat focus groups, kde by se setkali psychiatři z různých krajů ČR a sdíleli by své zkušenosti a přístupy v rámci používání EKT. Z mých setkání s psychiatry jsem měla pocit, že je pro ně těžké mít představu, jak EKT provádí v jiných částech republiky, a trochu mi takové společné setkání přišlo jako nevyřčená poptávka, byť existují konference na biologické metody léčby. Podobně by stálo za to rozšířit tato setkání i o další zdravotnický personál z psychiatrie, který je v kontaktu s pacienty. Také by mohlo být zajímavé zjistit názor laické veřejnosti, a otestovat dopad různých typů destigmatizace, například skrze naučné video, sdílené zkušenosti od pacientů nebo jen expozici relevantním informacím.

Nyní se vrátím k výsledkům ze společné analýzy a propojím je s výzkumy z teoretické části této práce.

Začnu samotným postojem k EKT. Dle výzkumu Brender et al. (2018) přes 75 % psychiatrů souhlasilo s tvrzením, že se EKT využívá adekvátně a jedná se o účinnou léčbu, přesto by bylo 50 % z nich více znepokojeno, kdyby museli podstoupit elektrokonvulze než operaci slepého střeva. Také třetina z tázaných psychiatrů si myslí, že by se EKT mělo používat jako metoda poslední volby. Tato zjištění se zásadně rozcházejí s mými výsledky z výzkumu, kde všichni dotázaní respondenti by neváhali EKT podstoupit, kdyby k tomu byli indikováni a jsou zcela přesvědčeni o účinnosti léčby. Neváhali by ani u svých blízkých, protože vidí, jak mohou elektrokonvulze rychle pomoci. Všichni se také shodli, že by se EKT měla používat více než tomu bylo v minulosti, a také dřív v rámci léčebného plánu. Myslím si, že obavy z EKT mohou více pramenit z obecného strachu z proudu, kdy jsme učeni, že je to něco nebezpečného, co nám může ublížit. Přesto se však proud využívá v medicíně v mnoha jiných oblastech a nikde není tolik stigmatizovaný, jako v psychiatrii.

S tím se poté více shodují s německým výzkumem od Vocke et al. z roku 2015, kde v jejich výzkumu 89 % psychiatrů souhlasilo, že se v dané době používá EKT méně, než by mělo vzhledem k její účinnosti. Zároveň v tomto výzkumu popsali, že došlo z pohledu psychiatrů ke změně ve vnímání EKT, a to právě mezi psychiatry, nicméně mezi veřejností, pacienty a jinými zdravotnickými odborníky se stále spíše setkávali s negativním postojem. Zde se můj výzkum podobá částečně. Určitě všichni respondenti vnímají změnu v postoji k EKT mezi odborníky, nicméně ve vnímání veřejnosti se zde rozcházíme. Dle mého výzkumu jsou kraje v ČR, kde se psychiatři setkávají naopak až s neočekávaným zájmem o EKT ze strany pacientů, kteří se elektrokonvulzí dožadují, mnohdy i bez adekvátní indikace. Rozdílnost v těchto výzkumech přikládám časové prodlevě, přeci jen porovnávám výzkumy

z roku 2015 a 2023, za tu dobu i dle psychiatrů v mém výzkumu došlo k mnoha zásadním změnám.

Pouze dva respondenti si pamatují, že se o EKT na vysoké školy vyučující zmínili nebo se k této metodě dostali na praxích. Zbýlých šest respondentů se o EKT dozvědělo pravdivé informace a poprvé vidělo elektrokonvulze až na pracovišti, kde se provádí. Zároveň 6 respondentů v mém výzkumu se snaží s neinformovaností bojovat, buď vzděláváním mediků přímo na fakultách, na stážích, nebo také publikují a povzbuzují odborníky do otevřené debaty o EKT.

Pro mnoho psychiatrů je také velmi důležité, že u EKT vidí opravdu výsledky své práce. V mém výzkumu se ve všech rozhovorech objevila část, kdy se vychvaloval fakt, že u EKT vidí psychiatři účinnost velmi rychle. Ve srovnání s těžkými depresivními stavy, kde by se předepisovali léky, čeká pacient i lékař několik týdnů nebo měsíců, u EKT však vidí většinou zlepšení do 2 týdnů. To podporuje i výzkum zaměřený na stresory psychiatrů dle Rathod et al. (2018), kde jedním z nich byla právě neviditelnost výsledků své práce, nebo to, že výsledky vidí až za delší dobu. Z toho nevyvozují závěry, nicméně mi přijde zajímavé poukázat na metodu, která může psychiatrům pomáhat vidět výsledky rychleji a vést tak možná k většímu pocitu sebenaplnění.

Zkušenost psychiatrů s reakcí pacientů a blízkých osob se opět velmi liší mezi jednotlivými kraji ČR. Tudíž stigmatizující pohled a reakce, které zažívají psychiatři například ve Zlínském kraji nebo Olomouckém kraji se více shodují s výzkumem Wilhelmy et al. (2018), kteří došli k výsledkům, že veřejnost stále negativně reaguje na EKT. Mezi hlavními důvody bylo spojování této léčby s trestem nebo mučením, což bylo přeneseno díky prezentaci v médiích a filmech. Mnoho lidí tak vnímá EKT jako zastaralou a riskantní léčbu, což se shodovalo s popisovanými zkušenostmi psychiatrů v mém výzkumu, ve výše zmíněných krajích. Nicméně naopak třeba respondenti z Prahy, Plzeňského kraje či kraje Vysočina mají zcela odlišnou zkušenost, kde nepopírají, že se stále občas setkají se stigmatizujícím názorem, ale převažují zkušenosti s edukovanými pacienty, a dokonce i sami pacienti o EKT žádají, protože si zjistí informace, že by jim tato léčba mohla pomoci. V tom vidím velký posun a sami tito respondenti komentovali, že je to změna, ke které došlo až v posledních cca 5 letech. Zde také více jak půlka psychiatrů v mém výzkumu zmínila buď zkušenost s ambulantní formou EKT nebo ji vidí jako ideální výhled od budoucna, pro některé pacienty. Ambulantní forma by totiž mohla odbourávat stigma a strach z hospitalizace a dopřát pacientovi pohodlí domova.

U tématu stigmatu ještě zůstanu. Stuart et al. (2020) se věnovali tématu nedobrovolné hospitalizace a zapojení rodiny do celého procesu. Uvedli, že se lékaři setkávali s větším stigmatem směrem k hospitalizaci než jakékoliv následné léčbě. Toto se opět shoduje s mými výsledky, ve kterých 5 respondentů popsalo situace, kdy pacient odmítl léčbu EKT, protože by musel být hospitalizován. Všichni psychiatři v mém výzkumu se poté shodli na stále přetrvávající stigmatizaci psychiatrie obecně. Zároveň psychiatři při nedobrovolných hospitalizacích nebo indikaci vitální EKT nepracují pouze s pacientem, ale i s jeho blízkými, což může být náročné, protože poté psychiatři mohou čelit vzteku a hněvu ze strany rodiny. Zde se opět shodujeme i s mým výzkumem, kde se psychiatři často setkávají s šokem, nepochopením a negativními emocemi. V rámci toho pak zdůrazňovali, že se jim osvědčilo být vždy trpělivý, dát pacientovi i blízkým dostatek času na zpracování a být k dispozici pro případné dotazy. V rámci dvou rozhovorů byl také zdůrazněn velký vliv sociální opory pacienta, která může pomoci s rychlejší rekonvalescencí, a hlavně prevencí relapsu. Také všichni respondenti zmiňovali důležitost bezpečného a důvěrného vztahu, který vnímají jako klíčový pro léčbu.

V rámci výzkumu někteří psychiatři sdíleli náročnou situaci, kdy pacient pomoc odmítá, není v bezprostředním ohrožení života, ale EKT nechce podstoupit, byť je to třeba vlivem duševního onemocnění. To je zejména v začátcích praxe pro psychiatry velice frustrující, protože respektují přání pacienta, ale zároveň mu chtějí pomoc a vědí jak. Zmiňují proto důležitost opory v kolezích na pracovišti a v možnosti tyto emoce bezpečně ventilovat. Tento výsledek se shoduje s výzkumem od Joury et al. (2023).

Jiná situace nastává v případě vitální indikace EKT, kdy jde o života ohrožující stav a většinou pacient v těchto případech není schopen souhlasu či nesouhlasu poskytnout. Nejčastěji psychiatři zmiňovali indikace u katatonního stavu a těžké deprese s psychotickými příznaky. V závažných stavech psychiatři neváhají po EKT sáhnout, pokud ví, že to může pacientovi pomoci. To mohu porovnat s několika výzkumy, protože to je poměrně populární téma, kde autoři došli ke stejnému výsledku, že psychiatři považují v některých případech za neetické nepřemýšlet o využití EKT bez souhlasu, nežli se upínat jen a pouze na užívání elektrokonvulzí se souhlasem. Upozorňují na to, že to také mohou být náročné situace pro personál a pomáhá, co nejdříve souhlas od pacienta získat (Methfessel et al., 2018; Besse et al., 2017; Zilles et al., 2018). Tyto výsledky svým výzkumem mohu jedině podpořit, byť se k náročnosti poskytování EKT bez souhlasu přidal pouze jeden respondent, všichni souhlasí, že vitální indikace má své místo v psychiatrii a

také se vždy snaží ihned, jakmile se pacient zlepší, mít jeho souhlas k pokračování v léčbě. Pokud souhlas nechce udělit, s léčbou přestávají.

Mezi náročnými situacemi pak vyplynuly především nežádoucí účinky EKT, se kterými se všichni respondenti v různé podobě setkali, nejčastěji popisují prodloužené záchvaty. Zajímavostí je také zkušenost 3 psychiatrů, kteří měli u pacienta krátce po EKT plicní embolii. Další nežádoucí účinky byly potom spíše unikátní. Co však patří k limitům a zároveň obtížným situacím je finanční a organizační náročnost. Všichni respondenti se shodli na finanční náročnosti přístrojů, zároveň pro aplikaci EKT je zapotřebí tým 5-7 specializovaných odborníků, což opět může narážet na některých místech ČR na finance nebo na organizační náročnost ústící v situace, kdy chodí třeba anesteziologové dělat EKT před svojí pracovní dobou nebo ve svém volnu.

Celkově se tak mé výsledky z výzkumné části shodují v mnoha oblastech s výzkumy ze zahraničí, prezentovanými v teoretické části této práce. Tam, kde se výsledky rozcházejí, to přičítám především časovému období, protože některé výzkumy, na které odkazují jsou staré 5 let, což může být dlouhá doba pro případné změny. Také zajisté může hrát roli kulturní rozdíl, kde výzkum, ve kterém jsem se méně shodovala je od výzkumníků z Izraele.

Mezi přínosy mé práce vidím především vzhled do zkušenosti psychiatrů, neboť takových výzkumů příliš neexistuje. Zároveň vnímám jako důležité upozornění na odlišnosti v jednotlivých krajích ČR, a to, jak mohou formovat i rozdílnou zkušenost psychiatrů se stejnou metodou. V neposlední řadě také vnímám za důležité celkový pohled psychiatrů, kdy si uvědomují užitečnost EKT a už to není pouze metoda poslední volby.

10 ZÁVĚR

Na základě analýzy dat mohu stanovit následující závěry.

- Studenti medicíny během studií, která probíhala v letech 1995–2017, si nepamatují žádné informace o EKT nebo jen velmi malé minimum. Nyní se na některých fakultách zařadily přednášky o biologické léčbě v psychiatrii a zároveň je snaha od psychiatrů seznámit mediky s těmito metodami během stáží a praxí.
- Psychiatři ve většině vnímají posun ve společnosti k pozitivnějšímu vnímání elektrokonvulzivní terapie. Toto vnímání se však odlišuje dle místa výkonu praxe.

V některých krajích ČR mají psychiatři více zkušenosti s vnímáním EKT stále jako stigmatizující či kontroverzní léčby.

- Úspěch zaznamenává ambulantní forma EKT. Mnoho nejen indikovaných pacientů se samo o léčbu zajímá a žádá o ní, což je velký posun během posledních 5 let. Ambulantní forma EKT však naráží na mnoha místech na neúspěch, nejen kvůli stigmatu, ale i kvůli finanční a organizační náročnosti.
- Pro bourání stigmatu spojeného s EKT psychiatři nejvíce vyzdvihují otevřenou a transparentní komunikaci. Dále také větší zviditelnění skrze rozhovory či sdílení relevantních informací v médiích.
- Psychiatři v ČR vnímají za posledních 5 let velký posun k lepšímu i v péči o pacienta, nejen v souvislosti s EKT, ale celkově v psychiatrické péči. V rámci EKT přispěla i modernizace mnoha zastaralých postupů.
- Náročné situace jsou pro psychiatry především v podobě organizačních komplikací, nežádoucích účinků elektrokonvulzí, rezistence některých pacientů na farmakologickou léčbu i EKT a v počátcích praxe i první konzultace s pacientem.

11 SOUHRN

Tématem této práce je zkušenost psychiatrů s elektrokonvulzivní terapií (EKT). Zabývám se tedy aspekty subjektivní zkušenosti aktuálně praktikujících psychiatrů, kteří indikují a aplikují EKT.

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se věnuji představení elektrokonvulzivní terapie, v následující kapitole vlivu stigmatizace na postoj k EKT a poslední kapitola je věnována psychické zátěži v psychiatrické péči ve spojitosti především s EKT. V praktické části poté představuji svůj výzkum, kde se věnuji zmapování a popsání zkušeností psychiatrů s EKT. Nyní zde krátce představím jednotlivé kapitoly a části práce.

První kapitola teoretické části je věnována bližšímu seznámení s elektrokonvulzivní terapií. Věnuji se historickému základu, postupným modifikacím, následně i současné podobě této terapie a také je zahrnuta kapitola o budoucnosti EKT. 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. V rámci budoucnosti EKT je aktuálně nejvíce zkoumaná metoda FEATS a MST.

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

Druhá kapitola se věnuje vlivu stigmatizace na postoj k EKT. Nejprve se věnují pojmu stigmatizace a krátce i ve spojitosti se stigmatizací duševních onemocnění, protože právě kvůli stigmatu, které je s duševním onemocněním stále spjato, jsou psychické zdravotní problémy často podceňovány a v mnohých případech i neléčeny (WHO, 2020).

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 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 pacienta, případně jde o tzv. vitální indikaci. Dle Wells et al. (2018) vliv na postoj pacientů k EKT má především správná informovanost, zahrnutí blízkých osob do léčebného procesu, možnost popovídat si s jinými pacienty, kteří EKT prošli.

U odborníků v psychiatrické péči najdeme správnou informovanost o EKT, nejlépe po vědomostní stránce na tom jsou psychiatři. Nicméně Cabrera et al. (2021) ve svém

výzkumu zjistili, že většina psychiatrů by po EKT sáhlo až po mnoha neúspěšných pokusech farmakoterapie, stále tedy považují EKT jako metodu poslední volby.

V rámci psychické zátěže v psychiatrické péči Firth-Cozens (2018) upozorňuje na vyšší hladiny stresu, deprese a užívání návykových látek u lékařů oproti běžné populaci, a psychiatři bývají v rámci jednotlivých specializací jednou z nejohroženějších skupin. Zároveň stigma spojené s psychiatrií může mít vliv na duševní zdraví psychiatrů a také mohou pociťovat stigma i v rámci praktických věcí, jako je vybavování oddělení, kdy dostávají častěji méně peněz a starší vybavení. Náročné situace, se kterými se mohou psychiatři setkat zahrnují práci s blízkými pacienta, nedobrovolné hospitalizace, nežádoucí účinky léčby či nepochopení ze strany svých lékařských kolegů.

V praktické části se věnuji výzkumu, jenž byl pojat fenomenologicky. Výzkumný soubor je tvořen 8 respondenty, kteří byli osloveni dle záměrného výběru. S respondenty proběhly polostrukturované rozhovory, které byly následně přepsány a analyzovány. K analýze byla použita interpretativní fenomenologická analýza. Výsledkům se věnuji velmi podrobně, kde představuji jednotlivé respondenty s jejich zkušenostmi. Ve výzkumné souboru jsou ženy i muži, všichni psychiatři s atestací nebo maximálně dva roky před atestací. Respondenti mají zkušenost s EKT mezi 4 až 15 lety a jsou z různých krajů ČR. Po představení jednotlivých respondentů se věnuji společné analýze a významným tématům vzešlým z rozhovorů. Společná významná témata byla: neinformovanost, viditelné výsledky, transparentnost a autonomie v přístupu k pacientovi a limity léčby.

V rámci neinformovanosti zmiňovalo 6 respondentů, že se s EKT během studia medicíny vůbec nesečkali, ani při výuce, ani na stáži. Projevuje se to poté i v komunikaci s lékaři, kdy vidí, že nemají o EKT vůbec správné informace a setkávají se s velmi podobnou reakcí jako u laické veřejnosti. Všichni respondenti se shodli, že poprvé viděli EKT až na pracovišti, kam nastoupili, případně na stáži. Jejich domněnky o dramatické léčbě byly po prvním kontaktu vyměněny za zklamání, ale i úlevu.

Pro všechny respondenty je důležité, aby viděli výsledky své práce. U EKT všichni zmiňovali rychlost účinku, především v porovnání s některými léky, protože po elektrokonvulzích je možné vidět zlepšení po jednom nebo dvou týdnech.

V rámci přístupu k pacientovi je pro všechny nejdůležitější transparentní a otevřená komunikace, kdy lékař sděluje pacientovi, jak výhody léčby, tak její rizika. S tím souvisí i autonomie pacienta, kterou považují za důležité pacientovi zdůrazňovat, aby se nebál

odmítnout léčbu nebo se na cokoli doptat. Pro všechny respondenty bylo také důležité během rozhovoru zdůraznit, že se EKT neprovádí bez souhlasu, jedinou výjimkou je vitální EKT, kdy jde v podstatě o záchranu život. Panovala shoda i při situacích, kdy se ohradí vůči léčbě rodinní příslušníci, ale psychiatr vždy dělá to, co je pro pacienta nejlepší a ohlíží se primárně na jeho souhlas či nesouhlas, byť se v takových chvílích snaží komunikovat i s blízkými a nevynechávat je z procesu, byť mají odlišný názor.

V rámci limitů léčby zmiňovali respondenti především finanční a organizační náročnost, která je velmi rozdílná i mezi kraji v ČR. Dále tam také patří nežádoucí účinky a rezistence některých pacientů, což je pro psychiatry také náročná situace, protože musí buď dále zkoušet kombinace léků nebo se smířit se situací a zaměřit se na zlepšení kvality života.

Téma stigmatu se také v každém rozhovoru objevilo, jen pokaždé z jiného úhlu pohledu. Ti, kteří jsou v praxi již přes 10 let srovnávali své začátky s aktuální dobou. Byl zjevný rozdíl i dle krajů, kde aktuálně respondenti pracují, protože mají zcela odlišné zkušenosti s reakcemi na EKT v Praze a třeba ve Zlínském kraji. Také se 5 respondentů shodlo na stále přetrvávající stigmatizaci hospitalizace, a to vidí jako základní problém, proč někdy pacienti EKT odmítnou.

Velký rozdíl byl i v posunu léčby a budoucnosti EKT, kdy v některých krajích je úspěch, pokud se podaří začít více nabízet udržovací EKT, někde se naopak rozjíždí ambulantní forma EKT, kdy se pacient zcela vyhne hospitalizaci. Právě v těchto místech se pak psychiatři setkávají s velkým zájmem o EKT i ze strany pacientů nebo jejich blízkých.

Všichni respondenti by neváhali sami postoupit EKT nebo ji doporučit blízkým v případě správné indikace.

Za limity své práce považuji nedostatečnou homogenitu soubor. Z mého pohledu nejde ani tak o pohlaví, spíše o pracoviště. Až během rozhovorů a při jejich analýze bylo vidět, že mají respondenti lehce odlišné zkušenosti dle pracoviště, na kterém působí. Byl rozdíl ve zkušenostech psychiatra z psychiatrické nemocnice, z psychiatrického oddělení, z kliniky, což si myslím, že mělo být zahrnuto do kritérií výběru respondentů. Dalším limitem vnímám délky rozhovorů, které trvaly okolo 50 minut.

Mezi přínosy mé práce vidím především vzhled do zkušenosti psychiatrů, neboť takových výzkumů příliš neexistuje. Výzkum měl pro mě osobní význam v možnosti lépe poznat realitu z jiných krajů ČR a poznat rozdílnosti a podobnosti ve zkušenostech s EKT.

V neposlední řadě také vnímám přínos pro klinickou psychologii a psychiatrii, protože po EKT začíná sahat více psychiatrů a už přestává být metodou poslední volby.

LITERATURA

- Aaronson, S., Goldwaser, E., Kutzer, D., McAllister-Williams, H., Sackeim, H., & Rush, J. (2021). Vagus nerve stimulation in patients receiving maintenance therapy with electroconvulsive therapy: a series of 10 cases. *Brain Stimulation: Basic, Translational, and Clinical Research in Neuromodulation*, 14(6), 1621-1622. DOI: [10.1097/YCT.0000000000000724](https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000724)
- 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), 268–277.
- Alexander, L., Kelly, L., Doody, E., Brady, S., Roddy, D., Counihan, E., Delaney, L., McLoughlin, D., & Malone, K. (2020). Over the Cuckoo's Nest: Does Experiencing Electroconvulsive Therapy Change Your Mind? A Mixed Methods Study of Attitudes and Impact of Electroconvulsive Therapy on Patients and Their Relatives. *The journal of ECT*, 36(3), 172–179. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000655>
- 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. DOI: [10.1177/0020764016675379](https://doi.org/10.1177/0020764016675379)
- Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017) *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta a. s.
- Bareš, M., & Kopeček, M. (2006). Úvod do biologické léčby rezistentní depresivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 276-280.
- 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 (Abingdon, England)*, 19(2), 131–135. <https://doi.org/10.1080/09540260701278739>
- Besse, M., Methfessel, I., Wiltfang, J., & Zilles, D. (2017). Elektrokonvulsionstherapie gegen den natürlichen Patientenwillen [Electroconvulsive therapy in nonconsenting patients]. *Der Nervenarzt*, 88(1), 46–52. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0043-3>
- Brender, R., Dar, N., & Dannon, P. (2018). Electroconvulsive therapy: relating attitude towards treatment and knowledge among mental health professionals in a mental health center. *Isr J Psychiatry*, 55(2).

- Carpenter, L. M., Swerdlow, A. J., & Fear, N. T. (1997). Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. *Occupational and environmental medicine*, 54(6), 388-395.
- Catthoor, K., Hutsebaut, J., Schrijvers, D., De Hert, M., Peuskens, J., & Sabbe, B. (2014). Preliminary study of associative stigma among trainee psychiatrists in Flanders, Belgium. *World journal of psychiatry*, 4(3), 62–68. <https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i3.62>
- 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.
- 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. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200001\)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200001)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M)
- Červenková, D. (2020). Vliv stigmatizace na zkušenost pacientů s elektrokonvulzivní terapií. [Bakalářská diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/aw9ly0/>.
- Češková, E. (2007). Farmakorezistentní schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103, 190-197.
- Češková, E., Ustohal, L. (2019). Neuroleptický maligní syndrom (přehledový článek a kazuistiky). *Česká a slovenská psychiatrie*, 115(1), 27–31. Dostupné online 22. 1. 2023 z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1250>
- 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. <https://doi.org/10.2466/pr0.1983.53.1.179>
- Fink, M. (2005). Is the practice of ECT ethical? *The World Journal of Biological Psychiatry*, 6(2), 38-43. DOI: [10.1080/15622970510030054](https://doi.org/10.1080/15622970510030054)
- Firth-Cozens, J. (2007). Improving the health of psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(3), 161-168. DOI: [10.1192/apt.bp.106.003277](https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003277)
- Firth-Cozens, J. (2020). What I learnt from studying doctors’ mental health over 20 years— an essay by Jenny Firth-Cozens. *BMJ*, 369.

- George, M. S., Caulfield, K. A., & Wiley, M. (2022). Shaping plasticity with non-invasive brain stimulation in the treatment of psychiatric disorders: Present and future. *Handbook of clinical neurology*, 184, 497–507. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819410-2.00028-X>
- Grover, S., Sahoo, S., Rabha, A. & Koirala, R. (2019). ECT in schizophrenia: a review of the evidence. *Acta Neuropsychiatrica*, 31(3), 115-127. doi:10.1017/neu.2018.32
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Praha: Portál*
- Hořínková, J., Barteček, R. & Kališová, L. (2019). Elektrokonvulzivní terapie v léčbě dětských a adolescentních pacientů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 115(3), 126–131.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: TIGIS*
- Jašová, K. (2019). Porovnání účinnosti psychoterapie a repetitivní transkraniální magnetické stimulace v léčbě psychogenního přejídání [Disertační práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/115631>
- Johnstone, L. (2009). Adverse psychological effects of ECT. *Journal of Mental Health*, 8(1), 69-85. DOI: [10.1080/09638239917652](https://doi.org/10.1080/09638239917652)
- Jones, C., & Jones, S. (2018). Electro Convulsive Therapy (ECT) - Milestones in its History. *Mental Health Nursing*, 38(4), 6-10.
- Joury, S., Asman, O., & Gold, A. (2023). Caregivers' perceptions of compulsory treatment of physical illness in involuntarily psychiatric hospitalization. *Nursing ethics*, 9697330221140493. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/09697330221140493>
- Kadlecová, E., Burdová, I., Holáková, M., Kozáková, L. (2010). Demyelinizační onemocnění s psychiatrickou symptomatikou. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(2), 111-113.
- Kališová, L. & kolektiv (2019). *Elektrokonvulzivní léčba – teorie a praxe*. Univerzita Karlova: Karolinum.
- Kališová, L., & Albrecht, J. (2019) Elektrokonvulzivní terapie na počátku 21. století. *Postgraduální medicína*, 20 (6), 623–629.

- Kallioniemi, E., McClintock, S. M., Deng, Z. D., Husain, M. M., & Lisanby, S. H. (2019). Magnetic Seizure Therapy: Towards Personalized Seizure Therapy for Major Depression. *Personalized medicine in psychiatry*, 17-18, 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.pmip.2019.04.003>
- Kašpárek, T. (2008). Suicidalita u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 9(4), 166-167.
- Kellner, C. H., Tobias, K. G., Jakubowski, L. M., Ali, Z., & Istafanous, R. M. (2009). Electroconvulsive therapy for an urgent social indication. *The journal of ECT*, 25(4), 274–275. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3181a4878e>
- Kirov, G., Jauhar, S., Sienaert, P., Kellner, C., & McLoughlin, D. (2021). Electroconvulsive therapy for depression: 80 years of progress. *The British Journal of Psychiatry*, 219(5), 594-597. DOI: [10.1192/bjp.2021.37](https://doi.org/10.1192/bjp.2021.37)
- Klikauer, T. (2015). What is managerialism?. *Critical Sociology*, 41(7-8), 1103-1119.
- Köhler, R. (2014). Elektrokonvulzivní terapie. *Psychiatrie pro praxi*, 15(1), 19-22.
- Kopeček, M., Bareš, M. & Seifertová, D. Efektivita EKT v léčbě farmakorezistentní depresivní poruchy z pohledu pacientů. (2005). *Psychiatrie*, 9(4), 280–285.
- Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza.
- 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. DOI: [10.1111/jpm.12470](https://doi.org/10.1111/jpm.12470)
- Kumar, S., Hatcher, S., & Huggard, P. (2005). Burnout in psychiatrists: an etiological model. *International journal of psychiatry in medicine*, 35(4), 405–416. <https://doi.org/10.2190/8XWB-AJF4-KPRR-LWMF>
- Kumar, S., Hatcher, S. & Huggard, P. (2005) Burnout in psychiatrists: an etiological model. International Journal of Psychiatry in Medicine, 35, 405–416.*
- Larkin, M., Flowers, P., & Smith, J. A. (2021). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. *Interpretative phenomenological analysis*,
- 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.

- 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. DOI: [10.1016/j.psychres.2004.07.010](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.07.010)
- Lisanby, S. H. (2007). Electroconvulsive therapy for depression. *New England Journal of Medicine*, 357(19), 1939-1945. DOI: [10.1056/NEJMct075234](https://doi.org/10.1056/NEJMct075234)
- Mádlová, K., Kališová, L., Albrecht, J., Michalec, J. (2015). Historický přehled vývoje elektrokonvulzivní terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(6), 306-313.
- Major, Brenda & O'Brien, Laurie. (2005). The Social Psychology of Stigma. Annual review of psychology. 56. 393-421. DOI: [10.1146/annurev.psych.56.091103.070137](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137)
- 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*, 82(1), 37-47. doi: 10.14735/amcsnn201937
- Meltzer, H. Y., Alphas, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., Bourgeois, M., Chouinard, G., Islam, M. Z., Kane, J., Krishnan, R., Lindenmayer, J. P., Potkin, S., & International Suicide Prevention Trial Study Group (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of general psychiatry*, 60(1), 82–91. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82>
- Methfessel, I., Sartorius, A., & Zilles, D. (2018). Electroconvulsive therapy against the patients' will: a case series. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(3), 236-242.
- Motlová, L. B., Mechúrová, B., Cieslarová, K., Vítková, M., Poláková, K., & Janoušková, M. (2021). Rozhodování o volbě specializace mezi lékaři v předatestační přípravě v dospělé a dětské a dorostové psychiatrii v České republice. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 117(4).
- Myers, D. H. (2007). A questionnaire study of patients' experience of electroconvulsive therapy. *The journal of ECT*, 23(3), 169-174. DOI: [10.1097/yct.0b013e318093eeeb0](https://doi.org/10.1097/yct.0b013e318093eeeb0)
- Neusar, A., & Vavrysová, L. (Eds.). (2013). Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku. (XII, Hranice normality). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Nkrumah, R., Prestwood, T., Haq, A. (2020). Should Involuntary ECT Be Pursued Against the Wishes of the Patient's Family?. *The Journal of ECT* 36(2),7-8. DOI: [10.1097/YCT.0000000000000663](https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000663)

- Občanská komise za lidská práva. (2019). Dostupné online 1. 3. 2020 z: <https://cehr.cz/>
- 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.
- 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), 346–368. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000361277.65468.ef>
- Popescu, A. L., Dehelean, L., Papava, I., Bredicean, C., Crasovan, D., Hurmuz, M., ... & Barbulescu, A. (2015). Defensive and coping styles for residents in psychiatry. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 191, 611-615. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.440>
- Raboch, J., Pavlovský, P. & kol. (2014). *Psychiatrie*. Univerzita Karlova: Karolinum.
- Rajasuriya, M., Fernando, S. M., & Gunawardhana, U. (2015). Challenges and opportunities in stigma for psychiatrists: An analysis of effective coping mechanisms to reduce stigma associated with mental illnesses.
- Rathod, S., Mistry, M., Ibbotson, B., & Kingdon, D. (2011). Stress in psychiatrists: Coping with a decade of rapid change. *The Psychiatrist*, 35(4), 130-134. doi: [10.1192/pb.bp.110.030858](https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.030858)
- Rathod, S., Mistry, M., Ibbotson, B., & Kingdon, D. (2011). Stress in psychiatrists: Coping with a decade of rapid change. *The Psychiatrist*, 35(4), 130-134. doi:10.1192/pb.bp.110.030858
- Richman, L., & Leary, M. R. (2009). Reactions to discrimination, stigmatization, ostracism, and other forms of interpersonal rejection: a multimotive model. *Psychological review*, 116(2), 365–383. doi: [10.1037/a0015250](https://doi.org/10.1037/a0015250)
- Rush, G., McCarron, S., & Lucey, J. (2008). Consent to ECT: Patients' experiences in an Irish ECT clinic. *Psychiatric Bulletin*, 32(1), 15-17. doi: [10.1192/pb.bp.107.015065](https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.015065)
- 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. doi: [10.1056/NEJM199303253281204](https://doi.org/10.1056/NEJM199303253281204)
- Sahlem, G. L., McCall, W. V., Short, E. B., Rosenquist, P. B., Fox, J. B., Youssef, N. A., Manett, A. J., Kerns, S. E., Dancy, M. M., McCloud, L., George, M. S., & Sackeim,

- H. A. (2020). A two-site, open-label, non-randomized trial comparing Focal Electrically-Administered Seizure Therapy (FEAST) and right unilateral ultrabrief pulse electroconvulsive therapy (RUL-UBP ECT). *Brain stimulation*, 13(5), 1416–1425. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2020.07.015>
- Salzman, C. (1977). ECT and ethical psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 134(9), 1006–1009. <https://doi.org/10.1176/ajp.134.9.1006>
- 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. doi: [10.1176/appi.ajp.160.3.577](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.3.577)
- Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295-2302.
- Sienaert P. (2016). Based on a True Story? The Portrayal of ECT in International Movies and Television Programs. *Brain stimulation*, 9(6), 882–891. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2016.07.005>
- Stopková, P. (2017). Nové trendy v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 18(3), 114–119. doi: 10.36290/psy.2017.021
- Stuart, R., Akther, S., Machin, K., Persaud, K., Simpson, A., Johnson, S., & Oram, S. (2020). Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: Systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, 6(2), E19. doi: [10.1192/bjo.2019.101](https://doi.org/10.1192/bjo.2019.101)
- Surya, Sandarsh MBBS; Bishnoi, Ram Jeevan MD; Shashank, Reddy Beesam MD. Balancing Medical Ethics to Consider Involuntary Administration of Electroconvulsive Therapy. *The Journal of ECT* 35(3):p 150-151, September 2019. | DOI: [10.1097/YCT.0000000000000624](https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000624)
- Svoboda, M., Češková, E. & Kučerová, H. (2015). Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Portál.
- 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), 282-286.

- Takamiya, A., Sawada, K., Mimura, M., & Kishimoto, T. (2019). Attitudes toward electroconvulsive therapy among involuntary and voluntary patients. *The journal of ECT*, 35(3), 165-169.
- 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. <https://doi.org/10.1097/00124509-200212000-00008>
- Tuček, J., & Šnorek, V. (2010). Elektrokonvulzivní terapie a její vliv na kognitivní funkce. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 106(5), 283-291.
- Ustohal, L. (2010). Repetitivní transkraniální magnetická stimulace v léčbě deprese. *Psychiatrie pro praxi*, 11(3), 173–177.
- Ustohal, M. B. L. (2010). Repetitivní transkraniální magnetická stimulace v léčbě deprese. *Psychiatria pre praxi*, 11(5-6), 173-177.
- Ventriglio, A., Watson, C., & Bhugra, D. (2020). Suicide among doctors: A narrative review. *Indian journal of psychiatry*, 62(2), 114–120. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_767_19
- Vocke, S., Bergmann, F., Chikere, Y., Loh, N., Grözinger, M. (2015). Electroconvulsive Therapy as Viewed by German Psychiatrists: A Comparison of 3 Subgroups. *The Journal of ECT*. 31(2), 110-113, DOI:[10.1097/YCT.0000000000000208](https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000208)
- 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. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1813-9>
- Wilhelmy, S., Rolfes, V., Grözinger, M., Chikere, Y., Schöttle, S., & Groß, D. (2018). Knowledge and attitudes on electroconvulsive therapy in Germany: a web-based survey. *Psychiatry Research*, 262, 407-412.
- Winkler P., Formanek T., Mlada, K., Kagstrom A., Mohrova Z., Mohr P., Csemy L. (2020). Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide crosssectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29, e173, 1–8. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000888>

- Youssef, N. A., Ravilla, D., Patel, C., Yassa, M., Sadek, R., Zhang, L. F., McCloud, L., McCall, W. V., & Rosenquist, P. B. (2019). Magnitude of Reduction and Speed of Remission of Suicidality for Low Amplitude Seizure Therapy (LAP-ST) Compared to Standard Right Unilateral Electroconvulsive Therapy: A Pilot Double-Blinded Randomized Clinical Trial. *Brain Sciences*, 9(5), 99. <https://doi.org/10.3390/brainsci9050099>
- Zervas, I. M., Theleritis, C. & Soldatos, C. R. (2011). Using ECT in schizophrenia: A review from a clinical perspective. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 13 (2), 96-105. doi: <https://doi.org/10.3109/15622975.2011.564653>
- Zilles, D., Koller, M., Methfessel, I., Trost, S., & Simon, A. (2018). Behandlung gegen den natürlichen Willen am Beispiel der Elektrokonvulsionstherapie : Klinische, juristische und ethische Aspekte [Treatment against the patient's will exemplified by electroconvulsive therapy : Clinical, legal and ethical aspects]. *Der Nervenarzt*, 89(3), 311–318. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0445-5>
- Život za zdi. (2018, 2. října). 17. díl: Léčba proudem. [Video]. YouTube. https://youtu.be/U_rJqZC4GyY

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Obrázek: Různá umístění elektrod při aplikaci EKT
2. Úvodní stránka článku od Občanské komise za lidská práva (CCHR) pojednávající o elektrokonvulzích
3. Otázky pro polostrukturovaný rozhovor
4. Informační leták k výzkumu
5. Informovaný souhlas
6. Přepis jednoho rozhovoru
7. Abstrakt v českém jazyce
8. Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 1: Obrázek: Různá umístění elektrod při aplikaci EKT

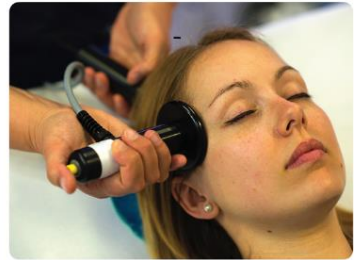
(b) (1)



(2)



(3)



(1) bilaterální temporální umístění elektrod, (2) bilaterální frontální umístění elektrod, (3) unilaterální umístění.

Příloha č. 2: Úvodní stránka článku od Občanské komise za lidská práva (CCHR) pojednávající o elektrokonvulzích

BRUTÁLNÍ REALITA
Škodlivé Psychiatrické „Léčby“

OBSAH

Úvod: Ničení životů	2
Kapitola jedna: Smrtící elektrický útok	5
Kapitola dvě: Zničující účinky	9
Kapitola tři: Řezničina je na lidi stále používána	15
Kapitola čtyři: Neublížovat	21
Doporučení	23
Mezinárodní občanská komise za lidská práva	24

Příloha č. 3: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

ČÁST I.

1. věk, pohlaví
2. kraj aktuálního působení, působil/a jste i někde jinde?
3. délka praxe (r. ukončení studia, r. atestace)

ČÁST II. – zkušenost s indikací a aplikací EKT

1. Jaká tři slova se Vám vybaví, když se řekne EKT?
2. Indikujete ve své praxi aktuálně EKT? Indikoval/a jste v minulosti (jak je to dávno)?
 - Jste přítomný/á u samotné aplikace EKT?
 - *V jaký případech nejčastěji indikujete EKT?*
3. *V čem dle Vás spočívají výhody této léčby?*
 - *Jsou zde podle Vás nějaká rizika? Limity? Jaké?*
 - *Z několika výzkumů se ukazuje, že je škoda, když se po EKT sáhne „jako po metodě poslední volby“. Stav pacienta by se mohl zlepšit rychleji, pokud by nebyla EKT na posledním místě, a začala by se více užívat v prvopočátcích léčby. Co si o tom myslíte Vy?*

ČÁST III. – první kontakt

4. Kdy jste se poprvé dozvěděl/a o EKT? (ať už v literatuře, filmu, ve škole,)
 - Co jste si o této metodě tehdy myslel/a?
5. Jaké informace jste se dozvěděl/a o EKT na VŠ?
6. Jaké pro Vás bylo vidět úplně poprvé EKT naživo?
 - Změnil se nějak Váš názor poté, co jste viděl/a EKT v práci?
 - *(pokud změna postoje) Kdo nebo co nejvíce ovlivnilo změnu Vašeho postoje?*

ČÁST IV. – náročné situace

7. Jak na indikaci EKT reagují samotní pacienti?
 - Je rozdíl, když je to poprvé? (x udržovací EKT)
8. Jak reagují jejich blízké osoby?
9. Stalo se Vám někdy, že se proti EKT vyjádřili rodinní příslušníci/blízké osoby pacienta?
 - Co jste v tu chvíli dělal/a?
10. Zažil/a jste nějakou jinou náročnou situaci v souvislosti s indikací nebo aplikací EKT? Popsal/a byste mi ji, prosím?
 - Co na tom pro Vás bylo nejtěžší?
 - Mluvil/a jste o (emoci). Jak se Vám daří s touto emocí pracovat?
 - *Škálování (1-10) – jak moc náročná situace to pro Vás byla?*
11. Indikoval/a a aplikoval jste někdy EKT bez souhlasu pacienta?
 - Bylo to pro Vás v něčem odlišné oproti EKT se souhlasem pacienta? V čem?
12. Ovlivňuje prostředí, ve kterém se EKT provádí, to, jak se při výkonu cítíte? (bylo by lepší nějaké více domácí prostředí, pokud by to bylo možné?)
13. Jaké to pro Vás je vidět u pacientů vedlejší účinky EKT?
14. Co když je léčba neúspěšná? Jak to snášíte?
15. Prováděl/a jste někdy EKT u dětí nebo dospívajících?
 - Bylo to pro Vás v něčem náročnější? V čem a co bylo tím důvodem?
16. Pokud byste se dostal/a do situace, kdy byste měl duševní onemocnění, u kterého by se nabízelo využití EKT, jak byste reagoval/a?

17. A pokud by někomu z Vašeho blízkého okolí byla indikována/doporučena EKT, jak byste reagoval/a?
18. Zvolil/a byste raději jiný druh léčby? Jaký?
19. Považujete EKT za méně šetrnou léčbu než například psychofarmaka? Proč ano/ne?

ČÁST VI.

20. Setkal jste se s někým v oblasti zdravotnictví, kdo této léčbě nevěří?
21. Jak reaguje Vaše okolí, když/pokud jim řeknete, že v rámci své práce užíváte EKT?
22. Jak se podle Vás (jestli vůbec) posunulo (zlepšilo/zhoršilo) vnímání této léčbě v posledních 30/20/10 letech?
 - *Jakou budoucnost vidíte ve využití EKT?*
 - i. *Myslíte, že jí nějaká metoda překoná nebo už překonala? Jaká?*
 - ii. *Co rTMS, metoda LAST, FEAST, jiné?*

Příloha č. 4: Informační leták pro výzkum

Zkušenost psychiatrů a psychiatriček s EKT

ÚČAST VE VÝZKUMU

Cílem je zmapovat a popsat pohled psychiatrů a psychiatriček na tuto léčbu, popsání náročných situací, se kterými se mohou v souvislosti s touto léčbou setkávat a zároveň získat i pohled na stigmatizaci této léčby.

Jak výzkum probíhá?

- jedná se o kvalitativní výzkum - pomocí polostrukturovaného rozhovor
- fyzicky či online formou (technickou stránku zajišťuje výzkumnice), celkově v rozsahu 45 - 50 minut

Co se bude dít s daty?

- dodržuji veškeré etické stránky výzkumné práce
- rozhovor je nahráván (audio), následně přepsán a data anonymizována
- je zachována možnost z rozhovoru kdykoliv odstoupit
- data budou zpracována pro účely diplomové práce, případně vědeckého článku

Kdo jsem a proč mě téma zajímá?

Jsem studentkou 5. ročníku jednooborové psychologie na FF UPOL. Výzkum se týká mé magisterské diplomové práce. Téma je pro mě důležité především v souvislosti se stigmatizací této léčby. Považuji tak za důležité věnovat čas právě psychiatrům a psychiatričkám, kteří se s EKT setkávali nebo setkávají pravidelně, a popsat i jejich zkušenosti a pohled na tuto léčbu.



Jakékoliv otázky k výzkumu ráda zodpovím.
Kontakt pro zapojení do výzkumu:

Příloha č. 5: Informovaný souhlas

Informace o výzkumu:

Výzkum je realizován v rámci magisterské diplomové práce, která je na téma Zkušenost s a pohled psychiatrů na elektrokonvulzivní terapii. Výzkumníci je studentka jednooborové psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Cílem je zmapovat subjektivní zkušenosti psychiatrů a psychiatriček. Výzkum bude probíhat pomocí polostrukturovaného rozhovoru, o maximálně délce 50 minut. Získané informace budou použity v diplomové práci, případně vědeckém článku. Rozhovory budou přepsány a anonymizovány tak, aby na základě daných informací nebyl respondent identifikován. Přístup k audio nahrávkám bude mít primárně výzkumnice (studentka a autorka diplomové práce), vedoucí práce a na vyžádání případně oponent práce.

Prohlášení

Jméno a příjmení:

datum narození:

e-mail:

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) byl/a jsem obeznámen*a s informacemi o cílech a průběhu výše/dříve popsaného výzkumu;
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoliv 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 poskytuji bezúplatně.

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 je výzkum realizován;

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytují dobrovolně.

Dne:

Podpis/ústní souhlas:

Příloha č. 6: Přepis rozhovoru

V: Tak na začátek, jestli bychom mohli začít nějakým představením a jak jste se dostala k psychiatrii?

R: Tak vystudovala jsem lékařskou fakultu v Hradci Králové, a už vlastně tak v půlce fakulty jsem věděla, že budu dělat psychiatrii. Určila to vlastně hodina, my jsme měli nějakou psychologii medika ve 3. ročníku, a učila nás to paní doktorka psychiatricky, taková mladá zapálená, takže my jsme s ní začali chodit na kliniku, za pacienty a dělat výzkum, takže takhle já jsem se k tomu dostala, k tomu oboru. Takový předmět mého zájmu celou dobu, celého toho studia, byly vážné duševních poruchy, schizofrenie převážně a vlastně jsme spolupracovala na výzkumu se schizofrenikama. A tady pracuju od roku 2009, tady v léčebně, s tím, že jsem v rámci předatestační praxe prošla různými odděleními, geronto, protialkoholní, psychoterapeutickým.

V: Co Vás zaujalo na tom oboru psychiatrie?

R: Bylo to úplně jiný než zbytek té medicíny. A mně se líbilo, že tam je více toho povídání s lidmi, že člověk tam má na ty lidi čas a jde si s nimi povídat a není to v rychlíku tak, že „vy máte tady tohle na interně a tady dostanete prášek a běžte“. To mě vždycky na té interně mrzelo, že člověk s těmi lidmi stráví strašně málo času a vždycky, když by došlo na to povídání, tak „joo, dobře, ale já teď musím jít pryč, musím dělat něco jiného“, takže to pro mě byl takový důležitý argument. A potom se mi taky líbilo, že se to tak odlišuje, od těch spolužáků a byl to taky dobrý argument na některé zkoušky, že to já nebudu potřebovat, já budu psychiatr.

V: A tady se tedy vy sama dostanete k tomu, že elektrokonvulze indikujete i aplikujete?

R: Je to tak. Je to tak.

V: A jak to u vás probíhá? Když se k vám dostane pacient, u kterého tuto léčbu zvažujete, tak jaký je ten proces?

R: Vlastně první co, tak ten pacient je diagnostikovaný tím ošetřujícím lékařem a potom přichází ten primář, který si ho přešetří a vlastně k té diagnóze dá nějaký svůj odborný názor a nastaví se tomu pacientovi léčba. Nějakou dobu čekáme, jestli ta léčba těma tabletkami nebo injekcemi zabere a v momentě, kdy nezabere, tak se vlastně s ošetřujícím lékařem domlouváme, jestli zahájíme EKT. To EKT může být buď se souhlasem toho pacienta nebo pokud je ten stav velmi vážný vlastně a ty léky nám nezabírají a je tam vysoké riziko sebevraždy nebo je tam nějaký velký neklid a ten pacient je už vyčerpaný, tak se domlouváme na vitální indikaci, kterou vlastně ten primář musí schválit. Takže pak probíhá EKT vlastně i bez toho, aby ten pacient vyslovil souhlas.

V: A nejčastější případy, v jakých u vás indikujete?

R: My vlastně indikujeme to EKT nejčastěji u těžké deprese, a druhou nejčastější indikací je farmakorezistentní psychotická porucha, která může být buď z okruhu schizofrenií, schizoafektivních poruch nebo psychotická porucha nálady, takže to je vlastně nejčastější. U středně těžké deprese vzácněji, ale taky někdy, pokud tu léčbu preferuje sám pacient, protože ví, že se mu rychle ulevilo, tak vlastně to se někdy domlouváme s tím pacientem, že by rád tuhle léčbu. Před tou léčbou probíhá tělesné vyšetření toho pacienta, takový podobný před anesteziologickému, jako když člověk jde na nějaký zákrok v celkové anestezii, má ten pacient odběry, má rentgeny, má interní vyšetření, u nás je zvykem i neurologické vyšetření očního pozadí, aby se vyloučila nějaká

organická porucha toho mozku, takže v rámci té přípravy ještě nějakou dobu, třeba týden, týden a půl, trvá, než ten pacient má všechny ty vyšetření, aby se k tomu EKT dopravoval.

V: Já jsem tam teď chytlá takové tři věci, jednak to, že někdy ten pacient s tím přichází i sám, s tou žádostí, že si třeba sám našel ty informace, že by mu to mohlo pomoci?

R: Většinou to takhle není, že by přišel pacient z venku s tím, že by chtěl tu elektrokonvulzivní terapii, ale funguje to tak, že pacientka, která má relaps toho onemocnění, a v minulosti absolvovala EKT, tak si vlastně o to EKT řekne. Takže tohleto my vlastně zažíváme. To, že by někdo přišel z venku, to taky občas zažívám, ale obvykle si to sám neindikuje úplně dobře. Chodí s tím třeba pacienti s poruchou osobnosti, nebo s OCD chtějí EKT. A ono tady v té indikaci to není účinné, takže to určitě neprovádíme.

V: Takže oni s tím přicházejí až potom, co s tím měli nějakou pozitivní zkušenost?

R: Tak, přesně tak. Není to tak, že by si ten člověk našel sám ty informace a sám by o tu léčbu požádal, bez toho, aby s tím měl už zkušenost, většinou ty lidi mají zkušenost.

V: A v rámci té farmakorezistence, tam po tom EKT saháte, v jakém případě? Jak vlastně tu farmakorezistence definujete?

R: U prvohospitalizovaných pacientek asi po měsíci léčby, kdy vyzkoušíme aspoň dvě antipsychotika. Většinou ale my těch prvohospitalizovaných pacientek nemáme tolik, naše pacientky se často vrací, takže už vlastně postupujeme na základě té předchozí zkušenosti, že víme, že se ten člověk na té medikaci, než se ten stav zlepšil, tak se trápil třeba měsíc, měsíc a půl opravdu v tom psychotickém stavu. Takže se snažíme mu pomoci rychle.

V: A kdybyste měla pojmenovat nějaké výhody a limity té léčby?

R: Výhoda je určitě rychlost účinku, ta úleva je okamžitá, je to velice rychlé. Limit té metody je v tom, že to často nevydrží, že ta trvanlivost toho efektu není až taková. Někdy je limit i kognitivní deficit, ale spíše vzácněji se nám stává, že by to ty lidi vnímali nepříjemně, ale už se nám to taky stalo, že prostě pro toho pacienta to bylo natolik zúzkostňující, to že si nepamatuje, že opravdu měl velkou úzkost a zas to ten stav zhoršil jiným směrem.

V: Takže z vašeho pohledu ta léčba zabírá, je velmi účinná, ale vlastně není trvanlivá?

R: Ano, a že zabírá rychle, ale nikdy není trvanlivá.

V: Nikdy nebo někdy?

R: Někdy. U někoho je, samozřejmě ty lidi souběžně mají i ty medikamenty, souběžně mají psychofarmaka, někdy v nižších dávkách během toho EKT, pak se to ještě vlastně doladí ta léčba, ale někdy i přesto, se postupně ten stav zhoršuje, zhoršuje. No a teď vlastně nově tento rok u některých pacientů zkusíme i udržovací EKT, že pokračujeme nějakou delší dobu a ty intervaly se rozvolňují, ale zatím nám ani to moc nefunguje. Myslím si, že máme takovou špičku ledovce těch lidí, který mají tu farmakorezistence a jsou opravdu v těžkém stavu, že to je i tím vzorkem, se kterým my pracujeme.

V: K tomu bych se pak ještě ráda vrátila, i k té vitální EKT. Ještě bych se ale chtěla vrátit úplně na začátek, kdy jste se vlastně úplně poprvé dozvěděla o EKT?

R: Já musím říct, že ze školy si toho moc nepamatuju, že asi až tady. Někdy krátce po nástupu, to je taková senzace, že jo, ti mlad kolegové to tak mezi sebou sdílej. Tak kolega, co tady pracoval, tak mě bral s sebou, že to člověk chtěl vidět. Pak přišlo velké zklamání, že tam vlastně nic moc vidět není, když to takhle řeknu, tak žádná senzace se nekonala. Potom vlastně až co jsem tady byla na primariátě, a pak až asi tak 3-4 roky zpátky, co kolegyně, které to dělávaly předtím, tak odešly do důchodu, tak jsme začaly pravidelně šokovat.

V: Vzpomenete si, co jste si o té metodě myslela úplně ze začátku?

R: No představovala jsem si kukaččí hnízdo, že jo. No klasiku, jak člověk je při vědomí a třese se a vypadá to dramaticky, je v křečích a pěna od úst. A to se nestalo, že jo. Pacient je v celkové anestezii, myorelaxovaný, takže se toho děje velice málo, a je to dobře, že to tak je.

V: A na škole jste se o tom něco dozvěděla?

R: Asi jsme se o tom učili, ale vzpomínku na to nějakou extra nemám. A určitě na klinice v Hradci elektrokonvulze dělají, ale taky jsme se k tomu nějak během toho studia, a těch stáží, nedostali.

V: Takže vlastně až tady, při nástupu do práce...

R: mhm, až tady no.

V: Když se tedy vrátíme k té indikaci...tak jakou máte zkušenost, jak reagují ti pacienti na to EKT, když jim to poprvé nabídnete?

R: No většinou u té vitální indikace ten pacient má narušený kontakt s realitou, a v podstatě jako reaguje nepřiléhavě. Reaguje různě a nedává to smysl, takže to prostě není nic, z čeho by si člověk mohl vyvodit nějaký závěry, jestli souhlasí nebo nesouhlasí. Občas nějaký pacient reaguje úzkostně, ale ne ani tak na to sdělení, jako na to přípravu před tou EKT, že je ráno lačnej, někam jde jenom v košili a něco na něho lepíme, nějaké lepítka, tak to vlastně některého pacienta, kterej je z reality, zúzkostňuje, protože je to o té kontrole, že nemáme nad tou situací kontrolu.

V: A v rámci vitální EKT, kdy ten pacient souhlas nemůže dát, tak tam to probíhá jak?

R: Tak my mu vlastně oznámíme, že to přijde, to určitě děláme, děláme to opakovaně, ale často si myslím, že ten člověk tu informací není schopný pojmout, v tom svém psychotickém stavu, v té těžké depresi.

V: A většinou u člověka děláte kolik těch elektrokonvulzí, 6, 9,...?

R: To je hodně různý. Takové minimum máme asi těch 6, protože máme zkušenost, že pokud je jich málo tak ten stav se zase zhorší. A nejvíce tak 12 v té sérii děláme. A potom někdy děláme tu pokračovací, tak je jich více dohromady.

V: Stává se třeba u těch vitálních EKT, že ten pacient se během toho týdne, dvou týdnů zlepší a že potom s tou léčbou nesouhlasí?

R: Jo, to se třeba taky stalo. Stává se to vzácněji, většinou ti lidi vnímají tu úlevu, takže potom souhlasí a stává se, že po prvních dvou aplikacích ten člověk je výrazně zlepšen.

V: A už třeba odmítne v tom pokračovat...

R: Stalo se nám to, ale nebylo to u toho zlepšeného pacienta. Bylo to u pacientky, kdy to nebylo z vitální indikace, bylo to se souhlasem jejím, a vlastně ona v průběhu toho EKT pořád měla nějaké bludy, které se týkaly toho jejího stavu, pořád nás přesvědčovala, že není nemocná a že to je způsobil někdo na dálku, a proto na základě toho bludu odmítla pokračovat v té léčbě. Potom u té vitální indikaci musím říct, že se mi to nestalo.

V: Jste v kontaktu i s blízkými?

R: Určitě. Určitě probíráme tu situaci a to, že to EKT se bude podávat. A snažíme se jim to vysvětlit tak, abychom získali i jejich souhlas, aby to nebylo proti jejich vůli, protože to by bylo pak velice nepříjemné.

V: A jakou s tím máte zkušenost, jak na to reagují?

R: Taková ta první reakce u řady lidí bývá, že je to šok, že je to tak vážné a co když se jí z toho něco stane, co když bude mít nějaké následky, takže reagují, když to shrnu, obavami, a tak jako úzkostně. Když je delší vysvětlování, tak většinou souhlasí s tím, že to teda nastane tady toto. A spousta těch rodin si to pak velice chválí a jsou spokojeni.

V: A zažila jste někdy nějakou náročnou situaci ve spojitosti s tou léčbou?

R: Zažili jsme náhlé úmrtí, krátce po EKT. A to bude tak 4, 5 let zpátky a pacientka vlastně měla plicní embolii, takže asi hodinu po EKT vstala, na tom pokoji zvýšené péče, a měla zástavu a resuscitovali jsme. To si pamatuji do teď, že to bylo velice nepříjemné, a člověk přemýšlel, jakou to mělo souvislost, co mohl udělat jinak, i co se týče té somatické péče, která tam je hodně důležitá. Tak asi to. A jinak jednoho neklidného pacienta, tak to je vždycky takové nepříjemné, když je odtržen od reality a je neklidný a teď ho v podstatě musíme omezit v lůžku, a to EKT aplikovat v tom omezení, tak to člověk nedělá rád. To je nepříjemné, ale ví, že to je pro dobro toho pacienta, že to prostě jinak udělat nejde.

V: Když je to takhle nějaká nepříjemná situace, tak jak se Vám s tím daří pracovat, aby Vás to nesešlo?

R: Tak člověk jde dál a popřemýšlí si o tom. Já si o tom vždycky popřemýšlím, pozvažuji si, jestli jsme něco mohli udělat jinak, jestli třeba do budoucna něco můžeme udělat jinak a pak jdu dál. Občas se mi to vrátí, třeba v nějaké vzpomínce, když je ta situace podobná, ale není to nic dramatického, že bych se nějak cítila traumatizovaná nebo tak něco. To určitě ne.

V: Ještě takový zajímavý aspekt toho je i prostředí, kde to EKT probíhá, nevím, jak to vypadá u vás, ale jestli vnímáte, že to má nějaký vliv na to, jak se i ti pacienti cítí.

R: To určitě má a jsem si vědoma toho, že u nás je to zúzkostňující. My to máme zařízené tak, že máme vedle sebe tři postele, mezitím to oddělujeme paravánem, a když člověk vstoupí do té místnosti, tak je tam spousta mašinek, monitory, EKT přístroj, anesteziologické přístroj, všude spousta kabelů, teď do toho začneme toho člověka štelovat mezi ty káblíky, a lepíme na něj spousty těch elektrod, takže vypadá to děsivě. My se snažíme vždycky s tím pacientem komunikovat, říkat mu, co zrovna děláme, proč kam co lepíme, co se bude dít. Někdy když ten pacient opravdu není v realitě, tak tohle není schopný vnímat, takže to povídání stejně nepomůže. S tím, že takový ty aplikační elektrody přikládáme až když je ten pacient v celkové anestezii.

V: Vy jste zmiňovala i nějaké vedlejší účinky té léčby. Tak s tím se, jak často setkáváte?

R: Taky my používáme vlastně bitemporální stimulaci, takže máme docela časté poruchy paměti, máme amnézie anterogradní, na to krátké období, třeba na to dopoledne po tom šoku a potom máme i nějaké delší amnestické potíže, který ale většinou tak do měsíce úplně odezní. Dlouhodobé určitě ne.

V: Stalo se vám někdy, že by ta léčba byla neúspěšná u nějakého pacienta?

R: Tak to je otázka, co považujeme za úspěch. Stalo se mi mockrát, že to mělo krátkodobý efekt a už ne ten dlouhodobý, že ten člověk se začala pak po ukončení toho EKT dál zhoršovat. Asi se mi dřív stal, ale to jsem tedy neindikovala já to EKT, to jsem chodil jako sekundář z jiných primariátů. A to byl pacient farmakorezistentní, schizofrenik, který tady byl dlouhodobě hospitalizovaný, měl asi pět kombinací léků, naprosto bez efektu, takže už to bylo takový terapeutický zoufalství. A on pak měl asi jeden dobrý den, a tím to skončilo. A druhý byla pacientka, co jsme nevěděli, co jí je. Ta byla taková diagnosticky nejasná, co paní přijela z práce, ze zahraničí, a najednou přestala komunikovat, byla taková bezradná, působilo to psychoticky, takže jsme se snažili, protože jsme nic jiného nenašli, tak jsme chtěli tím EKT zlepšit. Tak ono to krátkodobě pomohlo, ale ten stav se asi během týdne zase zhoršil a nakonec to byla pacientka, u které se rozvinula Creutzfeldt Jakobova nemoc, že to byly první příznaky Creutzfeldt Jakobovy choroby, ale i přesto se nám podařilo tím EKT z těch pytlíčku něco vykřesat, takže paní opravdu den dva, týden byla přiléhavá, komunikovala, ale pak se to zase zhoršilo.

V: Vy jste to tam popsala jako takové terapeutické zoufalství...

R: Jo, jo.

V: Tak si říkám, jaké to musí být, když chci tomu pacientovi pomoc, nejdříve nějakými léky, pak zkusím EKT, a vlastně ani to nepomáhá...co v tu chvíli děláte?

R: Tak buď můžu zaujmout ten postoj, že se smírím s tím, že ten člověk to takhle má, že takhle bude žít a že se tedy nezaměřím na to vyléčení, ale na tu kvalitu toho života, že prostě když je třeba psychotický, tak může mít nějaké dobré zážitky, dá se s nim v některých aspektech navázat kontakt. Anebo prostě vymýšlíme někdy dál, vymýšlíme správnou kombinaci léků, protože ty receptory nikdo spočítat neumíme, kolik jich tam kdo má, takže někdy se prostě snažíme dál.

V: Tak on ten mozek je pro nás stále takový tajemný...

R: Je to tak, že v podstatě i o těch nemocech v podstatě moc nevíme. Každý ten pacient je úplně jiný, a každému funguje něco jiného, bohužel ty lidi nemají displej na čele, kde by nám to napsala, tady fungovat tohle, obsaďte mi tyhle receptory a budu v pořádku. Takže někdy je to o delším hledání a někdy je ten výsledek vlastně vůbec nedopovídá...ta výsledná léčba, která funguje neodpovídá žádným doporučeným postupům. Je to pak o odvaze, co je člověk ochotný zkusit, nebo jestli má postoj toho smíření nebo do poslední chvíle bojuje.

V: Kolik máte zhruba těch pacientů týdně, měsíčně na EKT?

R: To je různé. Ony jsou takové období. Teď jsme třeba měsíc a půl měli denně dva až tři pacienty na EKT, a kolik jich bylo celkově to nevím. Ale v jednu chvíli jsme tak 5–6 lidí šokovali, a poté sérii zase 5-6. Teď aktuálně máme jednu pacientku v klasickém režimu, a jednu v té udržovací fázi, jednou týdně. A pak je zase období, kdy třeba dva měsíce nikdo není a není to potřeba. Je to u nás nastavené tak, že se chodí pondělí, středa, pátek. Když má někdo tu pokračovací, tak je to vlastně celkem jedno, spíš se domlouváme s anesteziologem, kdy, kdo může. A když je těch pacientů hodně, tak prostě

vykryjeme všechny dny. Ale snažíme se u těch úplně nejzávažnějších stavů šokovat denně třeba, dávat tři za sebou, protože opravdu ty mnestický nežádoucí účinky jsou pak výraznější, takže se snažíme u většiny lidí ob den.

V: Neptám se úplně na přesná čísla, ale v jakém poměru se u Vás aplikuje to EKT se souhlasem toho klienta s těmi vitálními EKT?

R: Asi většina spíše s té vitální indikace, méně pacientů máme s tím souhlasem, ale je to charakterem toho oddělení nebo těch tří oddělení, co tady jsou.

V: Dostala jste se někdy k aplikaci EKT u dětí nebo dospívajících?

R: Zatím ne. Četla jsem o tom, že je možnost u dospívajících, ale zatím nebyl ani požadavek od nás z dětského oddělení. I když by si to možná někteří ti pacienti zasloužili. Já si myslím, že jsme dosud byly zbytečně opatrný, nebo že jsme šetřili s tím EKT, že jsme si ho nechávali opravdu jako poslední možnost. A myslím si, že je to škoda, že to těm pacientům ani té metodě neprospívá, že je pak lepší to EKT využít včas.

V: To jsem také hodně četla, že po tom EKT se vlastně sahá jako po metodě poslední volby. Ted' jsou nějaké snahy, dát to na tom pomyslném žebříčku výš.

R: Je to tak. A je pravda, že už dokážeme ty pacienty daleko lépe vyšetřit a zabezpečit proti těm somatickým komplikacím, proti nějakým arytmiím, proti trombózám. Takže možná i díky tomu je to lepší.

V: Vlastně ještě se občas objevuje aspekt takové finanční a organizační náročnosti tady té metody. Jak to vnímáte vy?

R: Pro nás to bylo finančně náročné, kvůli nedostatku financí. My jsme do minulého roku měli anesteziologický přístroj z roku 1970, a žádali jsme dlouho na vedení, aby nám koupilo nový a přístroj na EKT jsme měli vlastně Thymatron druhé generace, takže taky nějaký devadesátky. Ale to se teď dost zlepšilo, musím říct, máme od minulého roku dva monitory nové, nový anesteziologický přístroj, ten Thymatron čtvrté generace, ten vlastně je teď nejmodernější, který od tady té firmy je. Takže já si myslím, že tohle se hodně zlepšilo. Zlepšilo se to, že jsme přemluvili vedení o dalšího anesteziologa, který je ochotný sem chodit před svojí pracovní dobou a je to závislé na ochotě těch lékařů, kteří to dělají, protože kvůli anesteziologům musíme chodit o hodinu dřív do práce, ale jsme tak zvyklí. Nevadí nám to.

V: Což pro vás znamená v kolik?

R: No tak na šestou chodíme, ta aplikace probíhá tak kolem půl sedmé. Ale je to různé, a je to hlavně podle časového rozvrhu anesteziologů, podle toho, jak oni mají služby, snažíme se jim vyhovět, protože jsou pro nás důležití, bez nich ro dělat nemůžeme, takže se musím přizpůsobit, což jsme rádi, že jsou ochotní takhle ve svém volnu nebo před svojí pracovní dobu přijít.

V: Takže ta organizační stránka je pro vás náročná? Platí, že je vás potřeba 6-7 lidí?

R: My jsme u toho vlastně dva lékaři, psychiatři, jeden anesteziolog, jedna sestra doprovázející a jedna sestra taková kmenová, která má na starost to EKT, takže nějakých 5 lidí mi to vychází, s tím, že si vypomůžeme. S tím, že když je problém, tak vypomůže personál toho oddělení, takže personálně mi to až tak náročné nepřijde. Je to vlastně zátěž pro to oddělení, které má toho pacienta, protože tam musí jednoho svého

pracovníka nechat na to dospání, aby toho pacienta observoval, takže někdy se kvůli tomu posilují služby. Není to pro nás až takový problém, dokážeme si to zorganizovat, prostřídat se, vypomocet si. Když vlastně na EKT chodí pacienti z jiných oddělení, tak jezdí sanitkou, takže s nimi přijede ta sestřička sanitkou a musí se teda ještě ta doprava zorganizovat, to celkem leta funguje, tak není problém.

V: Dávalo by Vám smysl ambulantní EKT?

R: Smysl by to určitě dávalo. Problém našeho pracoviště je obrovský spád. Protože třeba v Praze je ten pacient schopný si ambulantně dojet, ale my když máme pacienty vzdálené 60 km, 80 km, tak nevím, kdo by je sem vozil. To je takový náročnější. Navíc jsme zařízení následné péče pořád a nemáme nasmlouvaný stacionář a nemáme na smlouvu ani ambulantní výkon tady toho EKT, takže to je technicky takhle problém. My jsme nad tím uvažovali u některých lidí, jak bychom to udělali třeba s tou udržovací EKT, a museli bychom to dělat tak, že toho člověka vždycky přijmeme a pustíme. To by asi šlo. Ale největší technický problém je asi ten dojezd, kdy ti pacienti jsou opravdu z daleka.

V: Máte pocit, že to EKT je stále stigmatizované, nebo tam vidíte nějakou změnu?

R: Určitě ano. Myslím si, že v odborné veřejnosti je změna k lepšímu, ale v laické veřejnosti je ta situace pořád stejná.

V: Takže se setkáváte se stigmatizujícím pohledem?

R: Jo, jo. S reakcí různých příslušníků, že jsou úplně vyděšení k smrti, a představují si přesně to, co se dělo v Přeletu nad kukaččím hnízdem a bojují za to, aby se tohle jejich blízkému určitě nestalo.

V: A když se tohle stane, že ti rodinní příslušníci jsou z toho vyděšení, tak jaké to je pro Vás? Co děláte?

R: Tak není to jednoduché, protože člověk čelí velkému přívalu negativních emocí z té druhé strany. Je to někdy na delší povídání, na delší vysvětlení. A my to tak v podstatě děláme, že v ten první moment řekneme: „dobře, chápu, vyděsilo vás to, pojďme se o tom pobavit za dva, za tři dny, uvidíme, něco vám o tom povím, ukážu vám, kde se to dělá, jak to probíhá... chcete mluvit s někým, kdo to zažil.“

V: Myslíte, že to pomáhá, když vidí to místo, kde to probíhá? Nebo že si mohou promluvit s někým, kdo tím prošel?

R: Jo, myslím si, že cokoliv, jakýkoliv reálný důkaz proti té děsivé představě pomáhají.

V: V rámci té odborné veřejnosti, tak tam to vnímáte, že stále to stigma je?

R: K nám chodí na stáže praktičtí lékaři a ty přesně výborně reagují. Ty přesně si přinesou ty informace z venku, jako: „vy tady máte ty elektrošoky“. Takže je to pořád, co se týče psychiatrů, tak řada kolegů, nemáte to vyložene stigmatizované, ale má to opravdu jako to metodu poslední volby. Přitom to vlastně nemá žádný racionální důvod, protože některé nežádoucí účinky to má menší než některé léky, co dáváme. Ty se nebojíme dát v ambulanci a tohle prostě oddalujeme, co se dá.

V: Proč myslíte, že to tak je?

R: Myslím si, že taky na nás nějakým způsobem doléhá to celospolečenské stigma té metody, a to, jak je zobrazovaná, jaké informace k nám došli, než jsme tu práci začali dělat. A musím říct, že řada kolegů s tím nemá úplně osobní zkušenost takovou, že by měli tu metodu ošahanou. Člověk musí tu metodu mít ošahanou

na to, aby si byl potom jistý, u jakého pacienta to může bezpečně použít a u jakého třeba ne. A to se vlastně stane strašně málo lidem. Vlastně naše kolegyně, které to dělaly leta, tak to vždycky fungovalo tak, že to vždycky dělaly samy ve dvou a mohl se tam člověk přijít podívat, ale to není ono, že jo. To není takový, jak když si ten lékař toho pacienta sám indikuje, a sám si zmáčkne to tlačítko *treat*, tak to je něco jiného. Takže my se teď snažíme to dělat takhle, že ten mladý lékař si toho pacienta sám provede těma šokama a snažíme se, aby to dělali, co nejvíce sami. A samozřejmě jim pomůžeme, jsme jim po ruce, kdo umí s tím přístrojem zacházet. Chceme, ale aby to dělali sami, aby ten zážitek měli.

V: Máte u vás na stáži i mediky?

R: Taky máme, a také když jsou u nás na primariátě, tak chceme, aby se šli podívat. Oni teda moc nechtějí, protože je to brzy ráno a oni často dojíždějí. Takže je to pro nás takový test, kdo má o ten obor opravdu zájem.

V: Když se tedy vrátím k Vašemu názoru na tu metodu...tak máte převážně pozitivní zkušenost, považujete ji za účinnou, ale někdy netrvá tak dlouho.

R: No ale jen u některých pacientů. Více máme těch úspěšných pacientů než těch relapsů. Takže to je třeba tak 8:2. Osm, co vydrží a dvě, co ne. Je pravda, že teď to mám zkruslené, že teď jsme měli třeba tři lidi, co se nám nedaří zlepšit, ani potom EKT. Takže to asi souvisí s tímhle, předtím se to zas dlouho nestalo, ale těžko se mi to nějak statisticky odhaduje. Ale převažuje spíše dobrá zkušenost.

V: Pokud by se někdo z Vašich blízkých dostal do situace, kde by se uvažovalo o použití EKT...

R: Tak bych určitě byla pro...udělala bych cokoliv, abych tomu blízkému ulevila od toho trápení.

V: Sama byste taky na EKT šla?

R: Nebála bych se.

V: Teď se u nás také objevují i jiné typy biologické léčby nebo i některé metody, které vycházejí z EKT. Mám na mysli třeba rTMS. S tím máte nějakou zkušenost?

R: Naprosto žádnou. Slyšela jsem na to přednášku, i jsme u jedné pacientky uvažovali, že jí tam pošleme do Brna, ale měli zrovna pokažený magent, takže...

V: A slyšela jste o nějakých novějších metodách v rámci EKT?

R: Něco jsem o tom četla, ale to je takové...na výzkumné úrovni, takže pro nás kliniky je to dost nezajímavé.

V: Takže byste potřebovala výzkumné prokázané, že to funguje, a jaké to má podmínky?

R: Jojo, přesně tak.

V: Teď se třeba mnoho výzkumů věnuje metodě FEAST...

R: To jsem četla, to by bylo super, ale v našich podmínkách je to sci-fi.

V: Jak to?

R: My jsme krátce ve fázi pravidelného CT mozku a prvně hospitalizovaných pacientů a velmi vzácně jsme u nějaké magnetické rezonance. Nějaký funkční PET, SPECT, je pro nás, v našich podmínkách nedosažitelné, takže v podstatě, ani tohle....

V: Co myslíte tím „ve vašich podmínkách“?

R: Myslím toto pracoviště, protože výše zmíněné nám zajišťuje nemocnice naproti a v podstatě je to pro nás finančně nevýhodné, protože my ten výkon v podstatě zaplatíme a ten budget, co dostaneme od pojišťovny, tak nám z toho, když uděláme tu MR, tak nám zůstane na ty léky, což není dobře, že jo. A nějaké specializované vyšetření by bylo ještě v jiném městě, což už je pro nás technicky náročné, protože toho pacienta tam musíme transportovat, musí mít doprovod, už je to takový...no a většina našich pacientů pro které by to bylo, tak nejsou příliš převozu schopní. A nejsou moc schopni spolupráce při těch vyšetřeních.

V: Už jsme se toho dříve trochu dotkli, ale co se týče šetrnosti, tak kdybyste měla porovnat EKT a některá psychofarmaka....

R: Záleží, co šetříme. Šetříme tělo, šetříme mozek? Protože to je pro mě důležité. Protože, co se týče té tělesné šetrnosti, tak to EKT vychází výborně, ty nežádoucí účinky jsou malinký, když to porovnáme s antipsychotikama, kde většinou řada antipsychotik může způsobovat metabolický syndrom, obezitu, diabetes a většina pacientů, co užívá antipsychotika, tak umírá předčasně na kardiovaskulární příhody, má to vliv na krevní srážlivost, je tam vlastně vyšší rizik trombóz. Tak tohle to všechno sebou EKT nenese. Když šetříme neurologický nebo pohybový systém, taky to vychází lépe. Protože vedlejší účinky léků ve smyslu různých neurologických, pohybových abnormit, třesu, parkinsonského syndromu, tak to tohle to EKT nezpůsobuje, ale naše léky ano. Co se týče srdce, tak vyšší riziko mají antidepressiva, ve vysokých dávkách než to EKT. Takže po té tělesné stránce to vychází lépe. Po té psychické stránce asi taky lépe, protože oni říkají, že čím déle ten relaps a ta psychotická ataka trvá, tak tím horší je následná prognóza, tím častěji jsou nějaké trvalé následky ve smyslu třeba negativních symptomů, kognitivního deficitu, takže i v tomhle to asi vychází lépe, když pomůžeme dřív a nenecháme tu ataku běžet dva tři měsíce na lécích, ale v podstatě ten člověk prodělá hned na začátku EKT a ta ataka se ukončí, tak je to pro ten mozek z dlouhodobého hlediska šetrnější. V čem to není šetrnější je ten hippokampus, je ta krátkodobá paměť. Já vlastně si to nemám ale tolik jak ověřit v té praxi, protože já ty pacienty už pak nevidím. My je v podstatě cca měsíc po ukončení toho EKT, pokud jsou klinicky dobří a ty poruchy paměti nejsou nějak výrazné a nelimitují jejich každodenní fungování, tak je propouštíme, pak už se nevidíme, takže to se mi těžko odhaduje nějakou osobní zkušenost.

V: Třeba u farmakorezistentních depresí se teď také objevuje možnost ketaminem asistované terapie. Co si o tom myslíte?

R: Tak o tom jsem už taky slyšela, ale také není z mého světa. To je metoda, která je pro mě experimentální a určitě je tam vylučovací kritérium psychotický příznak, a já většinou mám ty pacienty psychotický, i v té depresi, takže v podstatě nevím, komu bych to nabídla. Vlastně my teď máme, nebo ještě nemáme k dispozici, ale máme možnost posílat pacienty do center na léčbu s-ketaminem, ale musím říct upřímně, že co se týče nějakých mých farmakologických znalostí, tak moc nevěřím v ten antidepressivní efekt. V to co věřím, že dojde k nějakému prolomení toho bludného kruhu té deprese, že ten člověk má na tom s-ketaminu zážitek, že najednou funguje a přestane se cyklit v takovém tom „nefunguju, kritizuju se, mám depresivní náladu“, tak to určitě jako KBT terapeut tomu věřím, ale to, že to má antidepressivní efekt, to moc nevěřím.

V: Vy jste říkala, že máte i KBT výcvik...

R: Jojo, tak já si myslím, že ono to jedno bez druhého nejde dělat. Člověk by měl znát obě ty cesty, aby věděl, kterou tou cestou se u pacienta nejlépe vydat anebo to nějak nakombinovat.

V: Máte pocit, že došlo k nějaké změně ve vnímání EKT, řekněme v posledních 10 letech?

R: Celkově si myslím, že zatím ke změně příliš nedošlo. O kousíček se to snížilo, vlastně od té doby, co jsem v praxi, od toho roku 2009, tak se o kousek snížilo to stigma té duševní nemoci, že některé ty duševní nemoci už lidi nevnímají tak hrozně. U čeho ta stigmatizace přetrvává stále docela vysoko je schizofrenie, to i vlastně řešíme opakovaně s pacientkami sdělování této diagnózy, a stejně s tím EKT je to velmi podobně.

V: A napadá Vás nějaká možnost destigmatizace?

R: Že bychom natočili film, kde by to bylo zobrazeno správně (smích)? To nevím, jestli by někoho zajímalo, protože když je to obyčejné, tak to lidi moc nezajímá. Já si myslím, že obecně když budou dál nějaké pořady o duševních nemocech a metodách léčby, a o zkušenostech pacientů, tak by to mohlo fungovat, ale bude to muset být dlouho a na hodně různých médiích. Teď mi přijde, že něco takové ČT1 občas vytvoří, ale neběží to v hlavním vysílacím čase, někdy na dvojce, takže jen pro ty, kteří o to mají zájem. Je taky hodně podcastů, ale to je taky takové, že se to dostane k lidem, kteří se o to zajímají, takže ne ke všem. Když je to nějaké jiné větší médium, tak tam jsou většinou články typu: „Chceme okna bez mříží“, jak kdybychom tady byli v nějakém vězení, tak to tomu také moc nepomáhá.

V: Napadá Vás ještě něco, na co jsem se neptala, co byste chtěla dodat k EKT?

R: Nemyslím si, myslím, že jsme vše důležité pokryly.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Zkušenost psychiatrů s elektrokonvulzivní terapií

Autor práce: Bc. Dominika Červenková

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

Počet stran a znaků: 82 stran, 173 531 znaků

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 91

Abstrakt: Tématem této práce je zmapovat zkušenost psychiatrů s elektrokonvulzivní terapií. Zahrnuje tedy sdílení zkušeností psychiatrů aktuálně působících v různých krajích ČR. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metodologie. Respondenti byli vybíráni na základě záměrného výběru, dle stanovených kritérií. Pro sběr dat byl využit polostrukturovaný rozhovor, k analýze poté interpretativní fenomenologická analýza. Výzkum přinesl následující výsledky. Zkušenosti psychiatrů se odlišují především dle kraje, ve kterém aktuálně působí a také v jakém typu pracoviště. Rozdíly byly mezi psychiatrickou nemocnicí, klinikou a oddělením. V rámci krajů proběhly rozhovory s psychiatry ze 6 různých krajů ČR. Rozdíly jsou především ve finanční oblasti a také ve vnímání stigmatu spojeného s elektrokonvulzemi. Celkově však všichni dotázaní považují EKT za léčbu účinnou, která se dříve používala jako metoda poslední volby, což se nyní mění, společně s novými postupy a metodikami. EKT má v očích psychiatrů velký terapeutický význam a v budoucnu by rádi více zařadili i udržovací a ambulantní formu elektrokonvulzí. Stále se setkávají se stigmatizací této léčby především kvůli neinformovanosti a vlivu médií. Někdy mohou být konverzace s blízkými pacienta pro psychiatra náročnou situací, přestože je pro ně zásadní rozhodnutí pacienta. V přístupu k pacientovi je pro všechny zásadní transparentní komunikace a důvěrný vztah.

Klíčová slova: elektrokonvulzivní terapie, EKT, elektrokonvulze, stigmatizace, stigma, psychiatři, psychiatrická péče

ABSTRACT OF THESIS

Title: Psychiatrists experience with electroconvulsive therapy

Author: Bc. Dominika Červenková

Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 82 pages, 173 531 characters

Number of appendices: 8

Number of references: 91

Abstract: The topic of this thesis is to map the experience of psychiatrists with electroconvulsive therapy. It therefore includes sharing the experiences of psychiatrists currently working in various regions of the Czech Republic. A qualitative methodology was chosen for the research. The respondents were selected based on the intention of the selection, according to the established criteria. A semi-structured interview was used for data collection, followed by an interpretive phenomenological analysis. The research produced the following results. The experience of psychiatrists varies mainly according to the region in which they currently work and in what type of workplace. There were differences between psychiatric hospital, clinic, and ward. Within the regions, interviews were held with psychiatrists from 6 different regions of the Czech Republic. The differences are mainly in the financial area and in the perception of stigma associated with electroconvulsive therapy. However, overall, they all rate ECT as an effective treatment that used to be used as a method of last resort, which is now changing, along with new procedures and methodologies. In the eyes of psychiatrists, ECT has a great therapeutic value, and in the future, they would like to include more innovation and ambulatory forms of electroconvulsions. They still face the stigma of this treatment mainly due to lack of information and the influence of the media. Sometimes conversations with the patient's loved ones can be a difficult situation for the psychiatrist, even though for them it is essential the patient's decision. In the approach to the patient, transparent communication and a relationship based on trust are essential for everyone.

Key words: electroconvulsive therapy, ECT, stigmatization, stigma, electroconvulsions, psychiatrists, psychiatric care