

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Natálie Švecová

**Znalosti a postoje studentů psychologie
a medicíny k elektrokonvulzivní terapii**

**Knowledge of and Attitudes toward
Electroconvulsive therapy among
psychology and medical students**

Praha 2022

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D. za vedení této bakalářské práce a veškeré podněty a rady, které mi vždy ochotně poskytovala. Dále bych chtěla poděkovat Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN za možnost absolvovat stáž zaměřenou na vliv elektrokonvulzivní terapie na kognitivní funkce. Poděkování patří především Mgr. Michaela Vaškovické a MUDr. Jakubovi Albrechtovi, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 23. července 2022

A handwritten signature in dark ink, reading 'Natálie Švecová'. The script is cursive and fluid, with the first name 'Natálie' and the last name 'Švecová' clearly distinguishable.

Natálie Švecová

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá elektrokonvulzivní terapií s ohledem na aspekty, které utvářejí a ovlivňují postoje k této léčebné metodě. Literárně přehledová část se zaměřuje zejména na poskytnutí obecného přehledu vztahujícího se k elektrokonvulzivní terapii, přičemž je členěna do tří hlavních kapitol. V první kapitole je věnována pozornost jejímu historickému vývoji a současné praxi, především užití metody, průběhu a souvisejícím nežádoucím účinkům. Druhá kapitola se zabývá samotnými postoji k elektrokonvulzivní terapii, kde je podán i základní přehled dosavadních výzkumů. V rámci třetí kapitoly je popsána problematika stigmatizace a etického hlediska elektrokonvulzivní terapie. Druhá část se věnuje návrhu výzkumného projektu zaměřeného na zjišťování znalostí a postojů k elektrokonvulzivní terapii u studentů medicíny a psychologie.

Klíčová slova

elektrokonvulzivní terapie; postoje; informovaný souhlas; edukace; stigmatizace; etika; antipsychiatrické hnutí

Abstract

This bachelor thesis deals with electroconvulsive therapy with respect to aspects that form and influence attitudes towards this treatment method. The literature review section focuses mainly on providing a general overview relating to electroconvulsive therapy and is divided into three main chapters. The first chapter concentrates on its historical development and current practice, particularly the use of the method, its course and associated side effects. The second chapter deals with attitudes towards electroconvulsive therapy, with a basic overview of the existing research. Within the third section, the issues of stigma and ethical perspective on electroconvulsive therapy are described. The second section focuses on the design of a research aimed at identifying knowledge and attitudes towards electroconvulsive therapy among medical and psychology students.

Keywords

electroconvulsive therapy; attitudes; informed consent; education; stigma; ethics; anti-psychiatry movement

OBSAH

Úvod	8
Literárně přehledová část.....	10
1 Elektrokonvulzivní terapie	10
1.1 Historie EKT	10
1.2 Současnost.....	11
1.2.1 Právní ukotvení	12
1.2.2 Informovaný souhlas.....	13
1.2.3 Provedení zákroku bez souhlasu pacienta.....	13
1.2.4 Indikace EKT	14
1.2.4.1 Deprese.....	15
1.2.4.2 Mánie.....	16
1.2.4.3 Schizofrenie.....	17
1.2.4.4 Ostatní indikace.....	18
1.2.4.5 Potencionální indikace – Demence s Lewyho tělísky.....	18
1.2.5 Průběh EKT.....	19
1.2.6 Frekvence sezení EKT	21
1.2.7 Nežádoucí účinky.....	21
1.3 EKT ve světě a v ČR	24
2 Postoje k EKT.....	27
2.1 Výzkumy u různých skupin.....	27
2.2 Zdroje informací o EKT	28
2.3 Programy podporující změnu postojů	30
2.3.1 Pregraduální vzdělávání	30
2.3.2 Informační materiál.....	31
2.3.3 Videoedukace.....	32
2.3.4 Přítomnost rodinného příslušníka u EKT.....	34
3 Stigmatizace.....	36
3.1 Příčiny stigmatizace	36
3.2 Antipsychiatrické hnutí a odpůrci EKT.....	37
3.3 Etické hledisko EKT	38
Návrh výzkumného projektu	40

4	Výzkumný problém	40
5	Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	42
6	Design výzkumného projektu.....	44
6.1	Typ výzkumu.....	44
6.2	Metody získávání dat.....	44
6.3	Metody zpracování a analýza dat	46
6.4	Etika výzkumu.....	46
7	Výzkumný soubor	48
8	Diskuse	49
	Závěr.....	51
	Seznam použité literatury:	53
	Seznam zkratk:.....	65
	Příloha 1.....	I

Úvod

Elektrokonvulzivní terapie představuje již přes 80 let používanou léčebnou metodu, která však za tuto dobu prošla naprosto zásadním vývojem. Ačkoliv je elektrokonvulzivní terapie vědecky ověřenou metodou léčby, která v určitých případech může být doslova život zachraňující, přesto ve společnosti převládá její negativní vnímání, přičemž mnoho lidí s touto metodou není ani obeznámeno, případně neví o jejím využití i v současné době. Nadále tak přetrvává nedostatečná informovanost o elektrokonvulzivní terapii u široké veřejnosti, a to navzdory veškerým snahám odborníků o destigmatizaci této metody.

Cílem této bakalářské práce je čtenáři představit komplexním způsobem elektrokonvulzivní terapii s přihlédnutím k nejnovějším poznatkům a výzkumům. Díky tomu bude čtenář schopen kriticky posoudit povahu této léčebné metody a vytvořit si vlastní názor na společností rezonující stereotypy a mýty spojené s elektrokonvulzivní terapií. Cílem práce je rovněž vytvoření informační brožury (posteru) pro pacienty a jejich blízké, jejíž obsah bude vycházet z informací předložených v literárně přehledové části.

V první kapitole bude podán výklad nejdůležitějších aspektů elektrokonvulzivní terapie, který je nezbytný pro možnost utvoření vlastního pohledu. V rámci této kapitoly bude představena nejen historie této metody, ale i její současné využívání s ohledem na informovaný souhlas, provedení zákroku bez souhlasu pacienta, indikace, samotný průběh a nežádoucí účinky. Druhá kapitola se bude zaměřovat na postoje k elektrokonvulzivní terapii. Její ambicí je shrnout dosud provedené výzkumy postojů u různých skupin a představit zdroje informací, které formují postoje. Část kapitoly bude dále věnována programům podporujícím změnu postojů. Třetí kapitola bude zaměřena na problematiku stigmatizace, zejména na příčiny jejího vzniku a na etické hledisko elektrokonvulzivní terapie.

Součástí této bakalářské práce bude rovněž navržení výzkumného projektu zabývajícího se postoji a znalostmi studentů medicíny a psychologie. Tato skupina je zvolena z důvodu jejich budoucí profesní specializace, kdy respondenti budou mít možnost podílet se na změně postojů nejen u pacientů, ale i široké veřejnosti. V této části práce bude popsán výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky, design navrhovaného výzkumu a výzkumný soubor. Diskuse se zaměří na kritické zhodnocení návrhu výzkumu.

V této bakalářské práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020). Práce vychází především ze zahraničních zdrojů, neboť v České republice existuje pouze jedna ucelená publikace zabývající se elektrokonvulzivní terapií (Kališová, 2019).

Literárně přehledová část

1 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapii lze vymezit jako biologickou (neurostimulační) minimálně invazivní metodu léčby v psychiatrii (Kališová, 2019). Řadí se mezi nefarmakologické biologické terapie (Hořínková, 2017). Termín elektrokonvulzivní terapie, zkráceně EKT, je v současnosti preferovaný termín pro popis této léčby. Původní označení elektrošoky vyvolává negativní konotace a je spojeno s určitou stigmatizací (Fink, 2009). Tato metoda spočívá v transkraniální aplikaci krátkého elektrického stimulu, tzv. dochází k vyvolání tonicko–klonického epileptického záchvatu (Uppal et al, 2010). Využívání elektrokonvulzivní terapie vyžaduje přítomnost proškoleného specializovaného týmu a dostatečně vybavené oddělení s moderními technologiemi.

Ačkoliv se jedná o technologicky relativně náročnou a finančně nákladnou metodu, byla v České republice byla k roku 2015 léčba elektrokonvulzivní terapií poskytována ve 26 zařízeních. Z uvedených zařízení tvořilo 10 psychiatrických nemocnic, 6 univerzitních klinik a 10 oddělení psychiatrických nemocnic. Z dat k roku 2014 vyplývá, že k léčbě elektrokonvulzivní terapií dochází u přibližně 1000 pacientů každý rok (Kališová, 2019).

V následujících kapitolách jsou představeny jednotlivé aspekty elektrokonvulzivní terapie, které přinášejí podklad pro posouzení této metody léčby bez předsudků. Přestože byla tato metoda popsána před více než 80 lety, stále neznáme přesný mechanismus účinku, což může podporovat argumenty proti EKT a obavy z jejího využití.

1.1 Historie EKT

Kořeny elektrokonvulzivní metody v pravém slova smyslu sahají k roku 1938. Tehdy italští psychiatři, působící na římské univerzitě La Sapienza, Ugo Cerletti a Lucio Bini po četných pokusech na samotném výzkumném týmu provedli elektrokonvulzivní terapii na skutečném pacientovi se schizofrenií, čímž došlo k prvnímu použití této metody u pacienta s psychózou. Pacientovi bylo aplikováno celkem 14 terapií během dvou měsíců a bylo zaznamenáno zlepšení jeho zdravotního stavu.

Po tomto velkém rozruchu získala metoda v oblasti psychiatrie postupně uznání po celé Evropě, zejména k léčení schizofrenie. Ve 40. letech 20.století se metoda dostala přes Atlantik do Ameriky, kde ji začal praktikovat psychiatr Douglas Goldman. Poprvé ji

představil v květnu 1940 na výročním zasedání Americké psychiatrické společnosti (Shorter, 2004). Po tomto setkání začalo EKT využívat stále více psychiatrů k léčbě různých duševních poruch včetně deprese. Koncem 50. let se ukázalo, že je metoda nejúčinnější u léčby poruch nálady a zařadila se mezi často používanou formu léčby.

Téměř 30 let se elektrokonvulzivní terapie aplikovala bez anestezie (Khan et al, 1993), což přinášelo značné komplikace. Pacienti byli ohroženi vznikem zlomenin, psychickým traumatem či kardiovaskulárním onemocněním.

1.2 Současnost

V současnosti je elektrokonvulzivní terapie stále nejúčinnější a nejrychlejší metodou léčby v psychiatrii (Köhler, 2014). Mezi laickou veřejností, ale i odborníky přesto panuje určitá nejistota a nedůvěra či dokonce odpor k této metodě. Tato kapitola slouží právě pro pochopení fungování EKT a vytvoření si komplexnějšího obrázku o této metodě v současné době. Jednotlivé oblasti mají za cíl představit EKT a její nejdůležitější změny za dobu jejího používání.

V České republice se ročně využije metoda zhruba u 1000 pacientů, a to jak u hospitalizovaných, tak ambulantních. V celosvětovém měřítku se odhaduje, že EKT podstoupí přibližně milion pacientů ročně (Prudic et al, 2001). V současnosti neexistuje žádná centrální databáze, ať už na úrovni celonárodní nebo celosvětové, která by sdružovala veškeré informace o používání EKT, účinnosti léčby či standardizované postupy pro používání (Kališová et al, 2018, Lesage et al, 2016).

Úmrtnost je výjimečně nízká (2,1/100 000 pacientů), což z této formy léčby činí jednu z nejbezpečnějších metod, které jsou prováděny v celkové anestezii. Především i díky moderní technice, která je k dispozici, jsou nežádoucí kognitivní účinky výrazně menší a plně reverzibilní (Tørring et al, 2017).

Velkým zlomem v používání EKT bylo zavedení anestetik a myorelaxancií, díky nimž nedochází ke svalovým poruchám a kosterním zlomeninám (Kellner et al, 2019). Jedná se o tzv. modifikovanou formu elektrokonvulzivní terapie. Modifikovaná verze elektrokonvulzivní terapie má za sebou velmi komplikovanou minulost, kdy z hlediska společenských a medicínsko-právních vlivů nebyla uznávána. Byla považována za nehumánní formu léčby duševních poruch a trvalo spoustu let, než se modifikovala do formy, v jaké se dnes provádí v psychiatrických klinikách či nemocnicích (Lava-Parmelet et al, 2021).

V rámci metody EKT je důležitým parametrem umístění elektrod, které ovlivňuje samotný účinek léčby. Z počátku byly elektrody umísťovány oboustranně, tzv. bilaterálně. V roce 1949 začal Goldman používat unilaterální umístění elektrod. Zjistil, že pokud má pacient umístěnou jednu elektrodu v oblasti spánkového laloku a druhou elektrodu v oblasti temene lebky (*vertexu*), tak po aplikaci pacient nebyl zmaten v takové míře jako při bilaterálním umístění elektrod. Goldman umísťoval elektrodu vždy na pravý temporální lalok, aby nedošlo k narušení řečové oblasti. Četné výzkumy o účinnosti umístění elektrod probíhaly již od počátku 50. let, ale až v roce 1958 se začaly provádět kontrolované studie porovnávající unilaterální a bilaterální umístění elektrod. Ukázalo se, že bilaterální umístění elektrod způsobuje větší krátkodobé a dlouhodobé potíže s pamětí (Payne & Prudic, 2009). Zatímco unilaterální umístění doprovází menší kognitivní vedlejší účinky, ale je spojeno se slabším léčebným efektem (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Kellner et al (2010) se ve svém výzkumu zaměřil přímo na porovnání účinnosti všech 3 způsobů umístění elektrod (bitemporální, bifrontální a pravostranně unilaterální). Byl to ojedinělý počín, neboť do té doby se žádná studie porovnáním nezabývala. Ukázalo se, že každé ze tří umístění elektrod vedlo k podstatnému snížení symptomů při počáteční léčbě. Stejně jako v předchozích výzkumech se ukázalo, že bitemporální umístění elektrod vede k rychlejšímu zmírnění symptomů a mělo by být preferováno při akutních stavech (katatonie, vysoké riziko suicidality). Z hlediska kognitivních nežádoucích účinků se nepotvrdil statisticky významný rozdíl mezi bitemporálním a bifrontálním umístěním. V případě, kdy chceme minimalizovat retrogradní amnézii, stále je preferovanou volbou pravostranně unilaterální umístění elektrod.

1.2.1 Právní ukotvení

Elektrokonvulzivní terapie je zdravotní službou dle ustanovení § 2 odst. 2 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, v jejímž rámci je prováděn léčebný zdravotní výkon za účelem udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu podle ustanovení § 2 odst. 4 písm. b) ve spojení s písm. a) bodu 2. zákona o zdravotních službách. Zákon o zdravotních službách rovněž obsahuje kritéria, na jejichž základě lze jednotlivé druhy zdravotní péče blíže kategorizovat.

Vzhledem k tomu, že elektrokonvulzivní terapie představuje zdravotní službu, dopadají na ni veškeré důsledky vyplývající ze zákona o zdravotních službách. Ten

obsahuje především práva a povinnosti jak pacientů, tak i poskytovatele zdravotních služeb. Za klíčovou dílčí právní úpravu lze považovat možnost poskytnutí zdravotnické služby pouze na základě informovaného souhlasu pacienta a dále výjimku z této zásady, kdy lze zdravotní služby provést i bez informovaného souhlasu.

1.2.2 Informovaný souhlas

Elektrokonvulzivní terapie v obecné rovině představuje zásah do integrity člověka ve smyslu ustanovení § 93 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. Do integrity člověka lze zasáhnout primárně v případě informovaného souhlasu, jak stanoví ustanovení § 93 občanského zákoníku ve spojení s ustanovením § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

Informovaný souhlas je výrazem pravidla, že zásahy do integrity jiného lze provádět pouze s jeho poučeným souhlasem o povaze zásahu a jeho možných následcích, přičemž výjimky mohou být stanoveny zákonem. Podstatou informovaného souhlasu je skutečnost, že dotčené osobě je před zahájením zákroku poskytnuto srozumitelné vysvětlení o povaze zákroků, jeho důsledcích a rizicích. Informovaný souhlas může dotčená osoba kdykoliv v jakékoliv formě odvolat, a to v jakékoliv formě dle ustanovení § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách.

Před provedením elektrokonvulzivní terapie je tak tedy vzhledem k výše uvedenému zapotřebí získat souhlas pacienta (Holečková, 2014). Ačkoliv platná právní úprava obecně u elektrokonvulzivní terapie nevyžaduje písemný informovaný souhlas, může být podle ustanovení § 34 odst. 2 zákona o zdravotních službách vyžadován i v případě, že tak určí poskytovatel zdravotní služby. Vzhledem k povaze zákroku je však tento postup obvyklý. Pacient tak před podstoupením elektrokonvulzivní terapie vyplní dotazník, v němž výslovně deklaruje, že mu bylo poskytnuto náležité poučení, ke kterému měl možnost klást doplňující otázky. Podstatou dokumentu je vyjádření souhlasu s podstoupením elektrokonvulzivní terapie i srozumění s případnými komplikacemi (Šustek & Holčapek, 2016).

1.2.3 Provedení zákroku bez souhlasu pacienta

V praxi mohou nastat situace, kdy pacient z objektivních důvodů souhlas udělit nemůže. Legislativa na takové případy pamatuje a obsahuje právní úpravu umožňující zasáhnout do integrity pacienta i bez souhlasu pacienta. Obzvláště v případě

elektrokonvulzivní terapie je tento institut v praxi běžný, a díky němu je tedy zákrok možné provést bez souhlasu pacienta (Besse et al, 2017).

Je však nutné odlišit dvě situace, ve kterých lze přistoupit k provedení elektrokonvulzivní terapie, aniž by pacient vyjádřil souhlas. Oběma je však společné, že se z hlediska klasifikace druhů zdravotní péče podle časové naléhavosti jedná o neodkladnou péči dle § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách, tedy péči, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí. Elektrokonvulzivní metoda je za neodkladnou péči považována, neboť je podle dosavadních odborných závěrů velmi efektivním krajním řešením (Kirov et al, 2021).

V první řadě jde o situace dle ustanovení § 38 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách, kdy zdravotní stav neumožňuje pacientovi souhlas udělit. Musí jít však o překážku nezpůsobenou jeho duševní poruchou, neboť takový stav představuje druhou výjimku z projevení souhlasu pacienta s podstoupením elektrokonvulzivní terapie.

Druhou výjimku upravuje ustanovení § 38 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách, podle něhož lze takto postupovat v případě léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta.

V praxi se k aplikaci elektrokonvulzivní terapie bez uděleného souhlasu přistupuje především z posledně uvedeného důvodu, neboť léčba vyvolává téměř okamžitá zlepšení stavu pacienta.

Opomínat nelze ani na tzv. dříve vyslovené přání. Jedná se o pacientem vyjádřenou vůli pro případ, kdy, již přestane být schopen právně relevantním způsobem vyjádřit své rozhodnutí o dalším postupu poskytování zdravotních služeb (Doležal, 2017). Takový projev vůle musí mít dle ustanovení § 36 odst. 3 zákona o zdravotních službách mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen dříve vyslovené přání pacienta respektovat a v takovém případě nelze k provedení elektrokonvulzivní terapie vůbec přistoupit (Ondruška, 2012).

1.2.4 Indikace EKT

Každý pacient podstupuje kompletní lékařské vyšetření před indikací k EKT, zahrnující fyzikální a neurologické vyšetření, elektrokardiografii (EKG) a laboratorní testy.

K dalším doporučeným vyšetřením patří EEG, u starších pacientů lze navíc vyžádat i rentgen páteře, hrudníku a zubní čelisti. Psychiatr s pacientem provádí podrobnou anamnézu. Je potřeba zaznamenat medikaci pacienta, alergie, srdeční potíže, hypertenzi a celkový psychický stav pacienta. Následně je pacient odeslán k internistovi, který rozhodne, zda je pacient schopný absolvovat celkovou anestezii (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Fink, 2009). Po podrobném vyšetření jsou pacienti indikováni nebo kontraindikováni k léčbě elektrokonvulzivní terapií. Souhrnně se jedná o pacienty, u kterých je nutný rychlý účinek léčby, farmakorezistentní pacienty či o pacienty, u kterých byla v minulosti aplikována EKT bez problémů (Köhler, 2014). Níže je uveden přehled onemocnění, u kterých je EKT nejčastěji indikována.

1.2.4.1 Deprese

Deprese se řadí mezi afektivní poruchy, tzv. poruchy nálady. Dle současné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN -10) lze vymezit 4 základní typy depresivní epizody – lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky (Dušek & Večeřová – Procházková, 2015).

Téměř 80 % pacientů, kteří podstoupí léčbu EKT, má diagnózu těžké deprese, ne vždy je však EKT metoda první volby (Payne & Prudic, 2009). V případě, že pacient trpí depresí s přidruženou psychotickou složkou a agitovaností, katatonii nebo vysokým rizikem suicidality, je EKT zvolena jako první terapeutická metoda (Kališová, 2019). Prokazatelně dochází k rychlé úlevě od příznaků, což je v případě odmítání jídla či rizika sebevraždy život zachraňující krok (Baghai & Möller, 2022).

Obecně se dá říci, že se elektrokonvulzivní terapie používá převážně u farmakorezistentních pacientů, neboť EKT funguje rychleji než léky (Ma et al, 2020; Mutz et al, 2019). Jako farmakorezistentní pacienti jsou označeni ti, u kterých nebyla účinná léčba antidepresivy, a to u 2 a více různých způsobů volby antidepresiv (Subramanian et al, 2022). Tato definice vznikla na základě studie Rushe et al (2006), kteří zkoumali více než 3500 osob s těžkou depresivní poruchou. Pro nejúčinnější léčbu těžké deprese se doporučuje aplikace EKT kombinovaná společně s antidepresivy.

Ačkoliv je obtížné předvídat úspěšnost léčby EKT u depresí, existují některé faktory, které jsou spojeny s lepší či horší odezvou (Eitan & Lerer, 2022). Dle de Vreede et al (2006) právě rezistence vůči antidepresivům, chronicita a poruchy osobnosti působí negativně na účinky léčby. Výsledky této studie by mohly mít přesah do praxe, neboť se podařilo vyvinout index, který umožňuje vypočítat pravděpodobnost špatné odezvy na

léčbu pomocí EKT. Prediktory zahrnuté v indexu jsou věk, psychotická deprese, rezistence na léky a poruchy osobnosti (zejména hraniční porucha osobnosti).

EKT lze indikovat i ve všech třech trimestrech těhotenství, pokud se žena nachází v těžké depresi a plod je ohrožen nestabilním psychickým stavem matky. Vždy se zvažují benefity a rizika v porovnání s farmakologickou léčbou. (Subramanian et al, 2022).

1.2.4.2 Mánie

Manická epizoda může být vystupňována až do formy, kdy je pacient vystaven riziku sebepoškození, případně ekonomickým a sociálním ztrátám a jeho nálada je velmi povznesená. To je i důvod, proč je náročné, aby pacient souhlasil s léčbou, neboť v tomto stavu nemá na svou poruchu dostatečný náhled. Vzhledem k tomu se jako první volba léčby manických epizod doporučuje farmakoterapie. Elektrokonvulzivní terapie je v tomto ohledu aplikována jen výjimečně. Avšak u zvláště těžké formy deliriózní mánie či farmakorezistentní mánie se považuje EKT jako naléhavá indikace (Kellner et al, 2019).

Pokud je v praxi EKT aplikována, převážně se jedná o bilaterální umístnění elektrod pro rychlejší nástup účinku léčby (Baghai & Möller, 2022).

Popiolek et al (2022) provedli celostátní observační studii, která měla za cíl zjistit účinnost EKT a míru remise u pacientů s manickou epizodou. Studie reflektuje skutečnost, že v současnosti léčba mánie vychází především z klinických zkušeností, ale empirické důkazy scházejí. Dalším klíčovým bodem studie bylo identifikovat, jaké charakteristiky jedince vedou ke zlepšení stavu po EKT. Předchozí zjištění naznačují, že vztek, podrážděnost a podezíravost, mohou negativně působit na odezvu na EKT (Schnur et al, 1992).

Do studie bylo zahrnuto celkem 571 pacientů, kteří podstoupili EKT pro manickou epizodu v letech 2012–2019. Většina pacientů podstoupila EKT 3x týdně s celkovým počtem aplikací v rozmezí 4 až 24. Hlavním zjištěním studie je, že až 85 % pacientů léčených EKT mělo pozitivní odezvu na tuto léčbu a 28 % pacientů dosáhlo remise. Pacienti s těžšími stavy bez komorbidit úzkosti a obsedantně–kompulzivní poruchy měli výrazně vyšší míru pozitivní odezvy na léčbu. Tato zjištění naznačují, že EKT může být vysoce účinnou metodou léčby mánie. Je však třeba zdůraznit, že 63 % pacientů bylo před přijetím léčeno farmaky (především lithiem), což může naznačovat, že samotná EKT nemusela být dostatečná pro snížení příznaků mánie. K podrobnému zjištění souvislosti mezi farmakologickou léčbou a EKT je zapotřebí provést studii s přímým srovnáním těchto metod léčby.

Ačkoliv výsledky švédské studie poukazují na úspěšnou léčbu u manických pacientů, provádění EKT u těchto pacientů může být problematické. Poskytnout léčbu etickým způsobem nesouhlasícím a ambivalentním pacientům vyžaduje úzkou spolupráci mezi psychiatrem a anesteziologem, aby se minimalizovalo použití síly či omezovacích prostředků. Vždy však záleží na právním rámci v dané zemi.

Je však zřejmé, že pomocí EKT lze zamezit dlouhodobé hospitalizaci, nežádoucím účinkům medikace a opakovaným injekcím, ale i riziku neuvážených aktivit, které jsou pro manický stav charakteristické (Popiolek et al, 2022).

1.2.4.3 Schizofrenie

Schizofrenie patří mezi závažná duševní onemocnění, konkrétně se řadí mezi psychotické poruchy. Projevuje se poruchou vnímání, myšlení, sníženou schopností vnímat a reagovat na emoce. Jsou přítomny i změny osobnosti pacienta (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

U schizofrenie lze rozlišovat tzv. pozitivní a negativní symptomy nemoci na základě kterých lze o nemoci diagnosticky usuzovat. Pozitivní symptomy jsou charakteristické tím, že se u pacienta projevují, zatímco u zdravého člověka nejsou přítomny. Jedná se o výskyt bludů, halucinací a vzrušenost. Zatímco negativní symptomatika se vyznačuje sociálním stažením, ztrátou vůle, psychomotorickým útlumem či katatonními neproduktivními symptomy. U nemocného pacienta se tyto dva typy příznaků mohou vyskytovat souběžně (Crow, 1985; Jablensky, 2010).

Pro léčbu psychotických poruch byla původně vyvinuta metoda elektrokonvulzivní terapie. S nástupem psychofarmak se však od této metody jako první volby začalo ustupovat.

Leiknes et al (2012) zveřejnili přehledovou studii o celosvětovém užívání EKT, která obsahovala údaje z let 1990–2010. Ukázalo se, že ve Spojených státech amerických, Austrálii a ve většině evropských zemích se EKT používá převážně u pacientů s afektivními poruchami. Pacienti se schizofrenií, kteří jsou indikováni k EKT, tvoří jen malé procento (8–29 %). Oproti tomu Asie a africké státy využívají EKT především u psychotických poruch, přičemž pacienti se schizofrenií a jinými psychotickými poruchami tvoří 60–83 % všech pacientů. To naznačuje existenci globálních rozdílů v používání EKT při léčbě schizofrenie.

Mezi nejčastější indikace použití EKT u schizofrenie patří rezistence na léčbu, doplnění farmakoterapie, katatonie, vysoké riziko sebevraždného chování, těžká

agitovanost a schizofrenie rezistentní na klozapin (Chan et al, 2019; Grover et al, 2019). Dle Zervas et al (2012) na léčbu nejlépe reagují pacienti s katatoníí, ale i pacienti s pozitivními symptomy, jako jsou paranoidní bludy či afektivní příznaky.

Studie Kellner et al (2020) a Zervas et al (2012) se shodují na tom, že léčba EKT by se měla používat i po odeznění akutní fáze nemoci a mohla by tak sloužit jako prevence relapsu u pacientů se schizofrenií.

1.2.4.4 Ostatní indikace

Existuje celá řada dalších indikací, pro které je elektrokonvulzivní terapie vhodná. Jedná se však o stavy, které jsou ojedinělé a vzácnější, u nichž je méně známý jejich účinek léčby. Z hlediska nedostatečných kontrolovaných studií se u těchto indikací nevolí EKT jako první metoda léčby.

EKT lze indikovat u maligního neuroleptického syndromu, který je poměrně vzácný a život ohrožující stav vznikající při léčbě neuroleptiky. Někteří autoři se shodují na tom, že se příznaky překrývají s katatoníí (Kellner et al, 2019; Zervas et al, 2012).

Ve skandinávských zemích se nadále EKT používá při léčbě rezistentních delirií, v jiných evropských státech či v USA se tato léčba používá jen zřídka. Kazuistiky a série konkrétních případů naznačují, že EKT pomohla i u pacientů trpících obsedantně–kompulzivní poruchou, dokonce s pozitivní odezvou v 60 % případů. Dále i pacienti s Tourettovým syndromem, rezistentní epilepsií či Parkinsonovou nemocí vykazovali zlepšení stavu po aplikaci elektrokonvulzivní terapie (Kellner et al, 2019).

Zvláště u takovýchto vzácných případů je zapotřebí přistupovat k pacientům individuálně a zvážit přínosy a rizika léčby pomocí EKT.

1.2.4.5 Potencionální indikace – Demence s Lewyho tělísky

V současné době existuje omezené množství léčebných postupů, ať už farmakologických či nefarmakologických, které by dokázaly přinést benefit v podobě zmírnění symptomů demence s Lewyho tělísky (DLB). Především farmakologická léčba u pacientů s DLB je náročná vzhledem k jejímu negativnímu dopadu na kognitivní funkce a chování.

Hermide et al (2022) provedli retrospektivní studii na 7 pacientech, kteří trpěli Demencí s Lewyho tělísky. Tento typ demence je spjat s řadou obtěžujících neuropsychiatrických příznaků, např. agitovanost, apatie, halucinace či přidružená deprese (Jiráček, 2013).

Ve výzkumu se ukázalo, že by EKT mohla být potenciální nefarmakologická metoda ke zmírnění některých příznaků. Především EKT zmírnila projevy agitovanosti a přidružené deprese, u některých pacientů došlo i ke zlepšení neurovegetativních příznaků a úzkosti. Pro hodnocení klinického zlepšení výzkumníci využili Pittsburskou škálu agitovanosti a škálu Clinical Global Impression – Improvement.

V této studii došlo u všech 7 pacientů k výraznému zlepšení symptomatologie s omezeným výskytem nežádoucích účinků. V budoucnu je zapotřebí provést další klinické studie, které by zahrnovaly standardizované testy kognitivních funkcí a behaviorálních příznaků demence.

1.2.5 Průběh EKT

Provedení EKT vyžaduje přítomnost specializovaného týmu, který je nepostradatelný pro hladký průběh výkonu. Tým je složen z psychiatra, anesteziologa, psychiatrické sestry, anesteziologické sestry, laborantky EKT a sanitářů.

Samotné aplikování elektrokonvulzivní terapie není tak odstrašující, jak by se mohlo z médií zdát. Film *Přelet nad kukaččím hnízdem* z roku 1973, který byl natočen podle předlohy románu Kena Keseyho, ukázal, jak je EKT využíváno dehonestujícím způsobem. Především v divákovi film budí dojem, že se EKT používá k trestání pacientů, k nápravě charakterových vlastností a že je prováděna bez použití anestetik a svalových relaxancií (Fink, 1992). Od té doby se průběh léčby zásadně změnil, ale i přesto především u laické veřejnosti tento obraz elektrokonvulzivní terapie přetrvává.

Před samotným zákrokem je potřeba, aby pacient dodržoval určitá opatření. Je důležité, aby pacient předchozí den od půlnoci lačnil, nepil a nekouřil. Pokud ráno užívá medikaci, tak ji může zapít malým douškem vody. Ráno před aplikací EKT si pacient dojde vždy na toaletu, aby se předešlo případné nehodě při zákroku, z důvodu používání myorelaxancií (Kališová, 2019). Jak je zmíněno již výše, pacient může absolvovat EKT během hospitalizace nebo ambulantně. Vždy se dostaví na oddělení s místností, kde se provádí EKT. Nezbytným krokem pacienta je podpis informovaného souhlasu s aplikací EKT a anestezíí.

Následně je pacient uložen na lůžko, sestra zajistí žílu, očistí spánky pro umístění elektrod, zkontroluje chrup a ujistí se, že pacient dorazil nalačno. Pacientovi se před výkonem změří krevní tlak, pulz a teplota. Anesteziolog instruuje pacienta o usnutí a přikládá mu na tvář kyslíkovou masku. Po usnutí pacienta může psychiatr aplikovat stimulační podnět. Tím je vyvolán záchvat, u kterého pozorujeme drobné záškuby v oblasti

dolních a horních končetin či mimických svalů. Není však důvod mít obavy, že by mohlo dojít k bolestivému šoku či úrazu elektrickým proudem (Fink, 2009). Dávka energie, tzv. titrace energie, je individuálně přizpůsobena každému pacientovi. Cílem je podání co nejnižší možné dávky energie, která vyvolá záchvatový práh. Po celou dobu výkonu je pacientovi měřeno EKG, elektroencefalografie (EEG), tlak a hladina saturace krve kyslíkem pomocí pulzních oxymetrů. Díky sledování EEG může psychiatr určit trvání záchvatu, který by měl být v ideálním případě trvat v rozmezí 20–60 s (Kališová, 2019). Po skončení záchvatu je pacient schopen zhruba do 3 minut dýchat sám bez asistence anesteziologa. Po výkonu je pacient přesunut do místnosti, kde mu jsou sledovány základní životní funkce po dobu jedné hodiny. Je doporučeno, aby v den výkonu pacient odpočíval a pokud na elektrokonvulzivní terapii dochází ambulantně, měl by odcházet v doprovodu blízké osoby. Jako po každé celkové anestezii by pacient neměl řídit motorové vozidlo (Reasoner & Rondeau, 2021).

Dle Duška a Večeřové – Procházkové (2015) by mělo mít každé psychiatrické zařízení k dispozici místnost, která je dostatečně prostorná pro výkon a disponuje centrálním rozvodem kyslíku. V blízkosti by neměla chybět další místnost, která je určena pro odpočinek a pro sledování pacienta po výkonu. Dle zprávy ze systematických návštěv ombudsmana (Veřejný ochránce práv, 2019) by měla nemocnice zajistit soukromí v průběhu EKT každému pacientovi, zejména ve fázi odpočinku po výkonu. Lůžka na tzv. dospávacím pokoji by měla být vybavena alespoň zástěnou, aby měl pacient soukromí a klid na odpočinek.

Fink (2009) uvádí, že pacient by měl být po elektrokonvulzivní terapii zhruba do 15 minut schopný plné orientace. Pomocí nástroje, který se používá k měření vigility, Glasgow Coma Scale (GCS), může personál určit míru poruchy vědomí (Kulišťák, 2011). Pacientovi jsou kladeny také otázky v rámci autopsychické (orientace vlastní osobou) a alopsychické orientace (orientace místem, časem, situací), čímž jsou získány informace o jeho luciditě.

Na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN byl proveden výzkum pod vedením Albrechta (2021), který se zabýval právě dobou, za kterou se pacienti po EKT plně orientují (*time to recovery*, TTR). Ve výzkumu bylo zahrnuto 46 pacientů s depresivní symptomatikou bez psychotických příznaků. Doba, kterou pacienti potřebovali pro úplnou vigilitu, byla v průměru 9,32 min (medián 9; SD 3,69) a průměrná doba do plné lucidity

byla 12,42 min (medián 12; SD 4,996). Toto měření pomocí GCS by mělo být běžnou praxí u elektrokonvulzivní terapie.

1.2.6 Frekvence sezení EKT

Frekvence aplikace elektrokonvulzivní terapie není pevně stanovena, ale určila se na základě zkušeností. Autoři Albrecht a Kališová (2018), Dušek & Večeřová-Procházková (2015), Fink (2009), Raboch et al (2014) a Uppal et al (2010) se shodují na tom, že se EKT obvykle provádí 2-3 týdně, pokud však akutní stav pacienta vyžaduje rychlý terapeutický účinek, lze EKT aplikovat zpočátku denně či dvakrát denně (Fink, 2009; Raboch et al, 2014). Počet aplikací EKT se stanovuje individuálně, minimálně je zapotřebí absolvovat 6–12 sezení ke zlepšení stavu. Zlepšení by však u pacienta mělo nastat už po 3-4 elektrokonvulzích (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Počet aplikací není omezen, obvykle je to však maximálně 20, pokud se ale po 10 aplikacích neobjeví žádný léčebný efekt, je potřeba zvážit změnu v aplikování EKT.

Dle empirických zjištění se doporučuje po pozitivní odezvě dále aplikovat tzv. pokračovací léčbu EKT. Ta je indikována u pacientů, kteří dobře snášeli akutní léčbu, jsou farmakorezistentní, mají časté relapsy nebo pokud pacient tuto formu léčby jednoduše vyžaduje. Pokračovací léčba probíhá jednou týdně a postupně se přechází na menší intenzitu, kdy dochází pacient na EKT jednou měsíčně. Obvykle se jedná o dalších 6 měsíců léčby.

Téměř každý pacient potřebuje více aplikací EKT, ale i přesto se stává, že jediná léčebná série může být úspěšná. Až u 20 % pacientů s depresí se nemoc vrátila do jednoho měsíce a u 50 % pacientů se symptomy objevily do 6 měsíců (Fink, 2009). Z hlediska těchto zjištění je možnost aplikovat udržovací léčbu, která má za cíl zabránit rekurenci onemocnění. Aplikace EKT probíhá v delších intervalech, ale vždy po 3 měsících dojde k zhodnocení účinnosti nebo rizik léčby (Raboch et al, 2014).

1.2.7 Nežádoucí účinky

Stejně jako každý lékařský zákrok i elektrokonvulzivní terapie s sebou nese určitá rizika a nežádoucí účinky. Jak bylo uvedeno výše, EKT je považována za jeden z nejbezpečnějších zákroků v celkové anestezii a riziko úmrtí je velmi nízké. Rizika léčby jsou z velké části spojena s použitím celkové anestezie. Nejčastěji se jedná o somatické a kognitivní vedlejší účinky.

Za nejčastěji vyskytující se nežádoucí účinky somatického charakteru po podstoupení elektrokonvulzivní terapie lze považovat sucho v ústech, nevolnost, pocity na zvracení a bolest hlavy, svazů či zubů, morsuru jazyka (kousnutí se do jazyka), hyperdynamické stavy a hypertenzní krize, srdeční arytmie, embolie, intrakraniální krvácení, fraktury a luxace, rupturu močového měchýře, sleziny a jiných orgánů (Kališová, 2019). Tyto stavy nejsou intenzivní a trvají pouze po přechodnou dobu. Ze shora uvedeného výčtu lze za nejfrekventovanější somatický nežádoucí účinek označit bolest hlavy, přičemž tu lze ve 45 % případů léčit analgetiky, a to především léky na bázi paracetamolu či kyseliny acetylsalicylové (Angst et al, 1992). Vzhledem k tomu, že v drtivé většině případů nejsou odvislé od genetických predispozic, nebyly dosud blíže komplexně a systematicky studovány (Andrade et al, 2016).

Za významnější lze však považovat poruchy kognitivního rázu, tedy oblastí lidské psychiky, jejíž centra jsou uložena v různých částech mozku. Riziko poruchy kognitivních funkcí se vztahuje primárně na pacienty, kteří již mají pre-existující kognitivní oslabení. Několik studií uvádí, že pacienti s těžkou depresí podávají snížené výkony v kognitivních testech, zejména v oblastech exekutivních funkcí, pracovní paměti a pozornosti, v porovnání s kontrolní skupinou (Snyder, 2013).

Samotné poruchy paměťových funkcí se mohou vztahovat jak na období před podstoupením elektrokonvulzivní terapie (retrográdní amnézie), tak na období po absolvování elektrokonvulzivní terapie (anterográdní amnézie). S krátkodobým výpadkem paměti se potýká až 30 % pacientů (Van Waarde & Stek, 2001).

Kromě toho mezi možné kognitivní poruchy způsobené elektrokonvulzivní terapií dále spadá prolongovaný záchvat a status epilepticus, nekonvulzivní status epilepticus, přesmyk depresivní fáze do mánie nebo fluentní afázie (Kališová, 2019).

Vasavada et al (2017) provedli jednu z největších a nejnovějších prospektivních studií zabývajících se účinky EKT na kognici pacienta. Zjistili, že EKT ovlivnila pozornost a verbální paměť už po 2 aplikacích. Avšak již do 1 týdne po ukončení léčby se výkonnost v testech vrátila na výchozí úroveň. Ve studii se ukázal i trend zlepšení kognitivních funkcí po absolvování EKT. To lze přisuzovat faktu, že pacient vstupuje do léčby s výchozí kognitivní poruchou, která je způsobená depresivním stavem, tzv. pseudodemence (Kellner et al, 2019). Naproti tomu existuje i studie, která tvrdí, že kognitivní deficit u pacientů přetrvává i po 6 měsících. Toto zjištění i dle autorů může být způsobeno technickým provedením EKT, konkrétně oboustranným umístěním elektrod (Sackeim et al, 2007).

Důležitými faktory, které ovlivňují míru kognitivních nežádoucích účinků jsou šířka pulzu, dávka energie a umístění elektrod. Bitemporální umístění elektrod je spojeno se závažnějšími a častějšími kognitivními vedlejšími účinky z důvodu aktivní elektrody v oblasti hippocampu, který je zodpovědný za uložení nových informací do dlouhodobé paměti (Sackeim et al, 2008; Vasavada et al, 2017). V souladu s moderními lékařskými postupy se však veškeré negativní dopady do kognitivní sféry pacientů podstupujících elektrokonvulzivní terapii značně snižují. Jde zejména o techniku jednostranné stimulace, anestezie se svalovou relaxací, případně dostatečné oxygenace a aplikace ultrakrátkého pulzu (Sackeim et al, 2000; Tor et al, 2015).

Kognitivní vedlejší účinky mohou být pro některé pacienty překážkou při rozhodování, zda podstoupit či nepodstoupit elektrokonvulzivní léčbu. Pro odhalení rizikových pacientů, kteří by mohli mít těžší nežádoucí účinky, se doporučuje během léčby kontinuálně měřit jejich kognitivní funkce (Andrade et al, 2016).

Kolektiv autorů, Martin et al (2021), se snažil navrhnout a prozkoumat účinnost nového screeningového kognitivního testu, který by včas odhalil vznikající kognitivní vedlejší účinky měřené pomocí Montrealského kognitivního testu (MoCa). Krátký kognitivní test EKT (Brief ECT Cognitive Screen, BECS), je tvořen pouze dvěma položkami, zaměřenými na mentální operace. Jedná se o úlohy, kdy má pacient za úkol říci měsíce pozpátku a napočítat od čísla 20 do 1. Test byl zadáván před zahájením EKT a jeden den po 3. nebo 4. aplikaci. Předchozí studie, která byla provedena na menším vzorku pacientů, přinesla poznatky, že tento test spolehlivě predikuje rozsah kognitivních potíží v oblasti anterográdní paměti, nikoliv však retrográdní autobiografické paměti (Martin et al, 2013). Autoři z této studie užili normativní data, která využili pro sestavení diagnostických kritérií pro interpretaci kognitivních změn. Výsledným měřítkem testu je celkové skóre (0–5), které vychází z výpočtu celkového počtu chyb a celkového času, a to na základě normativních změn v obou položkách před EKT a po aplikaci EKT. Vyšší celkové skóre BECS předpovídá větší kognitivní změnu (tj. větší počet chyb a pomalejší celkový čas) ve srovnání s měřením před EKT.

Konečná analýza zahrnovala 623 pacientů s různými indikacemi k EKT, včetně 53,6 % pacientů s těžkou depresí a 33,7 % se schizofrenií či schizoafektivní poruchou. Ukázalo se, že vyšší celkové skóre v BECS signifikantně predikovalo pokles celkového skóre v testu MoCa.

Test BECS vykazuje nízkou senzitivitu, ale vysokou specifitu. Z toho vyplývá, že vyšší skóre v testu nemůže být vždy hlavním ukazatelem k odhalení pacienta s významnými kognitivními vedlejšími účinky. Avšak nízké skóre v testu (zejména 0) mělo vysokou prediktivní hodnotu pro minimální kognitivní změny po EKT. I přesto studie potvrdila klinickou využitelnost testu BECS pro identifikaci pacientů se sníženým či zvýšeným rizikem nežádoucích kognitivních účinků (Martin et al, 2021).

Podle dosavadních odborných závěrů doposud nebylo prokázáno, že by podstoupení elektrokonvulzivní terapie mělo vliv na nepaměťové kognitivní funkce, například na inteligenci, úsudek, schopnost abstrakce atd. (Kališová, 2019).

1.3 EKT ve světě a v ČR

Ačkoliv existují mezinárodní vodítka vydaná psychiatrickými společnostmi, praxe se vzhledem k odlišným právním úpravám jednotlivých států může lišit. V řadě států dochází k velmi obdobnému používání elektrokonvulzivní terapie, v jiných státech je metoda aplikována například bez anestezie či za využití naprosto nedostatečných technologií. Existují i státy, ve kterých je používání elektrokonvulzivní metody zakázáno.

Četností používání elektrokonvulzivní terapie ve světě se zabývala retrospektivní metaanalýza z roku 2012, která vyhodnocovala výsledky celkem 70 studií (Leiknes et al, 2012). Vyplývá z ní, že elektrokonvulzivní terapie je často aplikována v severských zemích, když v Dánsku připadá na 10 000 obyvatel celkem 3,0 zákroků, v Norsku se dle tří studií výsledky pohybují mezi 2,4 až 4,3 zákroky a ve Švédsku jde o 3,67 zákroků. Rovněž v Belgii se počet zákroků dle závěrů dvou studií pohybuje mezi 4,4 až 4,7, také v USA bylo na základě dvou studií zjištěno rozmezí 2,37 až 5,1 zákroků. Naopak v Polsku jde o pouhých 0,11 zákroků a v Německu o 0,26 zákroků.

Metaanalýza vyhodnocovala i další parametry. Z hlediska podílu hospitalizovaných pacientů léčených elektrokonvulzivní terapií bylo zjištěno, že v Africe byla metoda aplikována 20 % hospitalizovaným, v USA se jednalo o zhruba 1 %. V rámci Evropy byl větší rozdíl zaznamenán mezi Maďarskem, kde bylo elektrokonvulzivní terapií léčeno okolo 0,6 %, a Tureckem, v němž bylo k metodě přistupováno u 14 % případů hospitalizovaných pacientů (Kališová, 2019).

V některých zemích je možnost podstoupení elektrokonvulzivní terapie ztížena z objektivních důvodů. V Polsku, Litvě a Rumunsku je tato limitace způsobena nedostatkem odborného personálu (zejména anesteziologů), případně absencí zařízení (Philpot et al, 2002). Úplně nedostupná je pak tato metoda v Lucembursku a ve Slovinsku,

kde pacienti bývají transportováni do sousedních zemí, ve kterých mohou elektrokonvulzivní terapii podstoupit (Gazdag et al, 2012).

V Itálii je elektrokonvulzivní terapii téměř úplně zakázána ve veřejných psychiatrických nemocnicích, psychiatrických odděleních nemocnic a na univerzitních odděleních, ačkoliv byla v této zemi aplikována jako první. Elektrokonvulzivní terapii tedy mohou provádět pouze soukromí psychiatři, nicméně ze strany státního zdravotního úřadu jim bylo sděleno, že se jedná o „politicky nevhodný“ způsob léčby. Navzdory tomu má většina soukromých psychiatrů kladný postoj k elektrokonvulzivní terapii, přičemž výrazný negativní postoj nelze zaznamenat ani ze strany pacientů a jejich rodinných příslušníků (Ottoosson & Fink, 2012).

Popsaná situace v Itálii je pozoruhodná i z toho hlediska, že v žádné jiné evropské zemi není elektrokonvulzivní terapie odmítána primárně z ideologických důvodů. Příčinou tohoto převládajícího postoje v italské společnosti je právě skutečnost, že elektrokonvulzivní terapie byla poprvé užita během fašistické éry, a to dvěma lékaři nakloněnými tehdejšímu režimu (Passione, 2006). Druhá příčina je spojena s Francem Basagliou, jedním z představitelů antipsychiatrického hnutí, osobou natolik vlivnou, že se v roce 1978 zapříčinil o zrušení psychiatrických léčeben v Itálii, neboť v nich byli pacienti často léčeni v nedůstojných podmínkách. Ačkoliv se se časovým odstupem situace v psychiatrických léčebnách dramaticky zlepšila, stigmatizace v očích veřejnosti nadále přetrvává (Buccelli et al, 2016).

Problematické je pak využívání elektrokonvulzivní terapie v rozvojových zemích. V těchto oblastech dochází k aplikaci tzv. nemodifikované elektrokonvulzivní terapie, což znamená že je k metodě přistoupeno bez zajištění oxygenace, anestezie či svalové relaxace. Z rozsáhlého výzkumu prováděného ve 23 asijských zemí vyplývá, že 55 % zdravotnických zařízení dochází k aplikaci nemodifikované elektrokonvulzivní metody (Andrade et al, 2010). Například v Indii je tento problém zapříčiněn absencí komplexní zdravotnické koncepce. Nadto je zajištění odpovídající medicíny, zařízení či anesteziologů moc nákladné pro většinu pacientů, ale i zdravotnických zařízení. Z tohoto důvodu jsou pacienti nuceni podstupovat nemodifikovanou elektrokonvulzivní terapii (Ottoosson & Fink, 2012). Důsledkem takového postupu mohou být různá zranění pacientů, hlavně fraktury.

Nejednotná je i praxe v oblasti informovaného souhlasu. Ve většině evropských zemí je vyžadováno udělení informovaného souhlasu před započítáním cyklu zákroků,

v Itálii a v Irsku je vyžadován písemný souhlas před každou aplikací. Ve Švédsku, Dánsku, Finsku a Slovensku není písemná forma vyžadována, postačí tak ústní souhlas. Ve Španělsku, Slovensku, Řecku, Švýcarsku a Německu je nad rámec souhlasu s elektrokonvulzivní terapií požadován i samostatný souhlas s anestezií (Gazdag et al, 2012). V Japonsku, Thajsku a Pákistánu je informovaný souhlas získáván převážně od rodinných příslušníků, v Saudské Arábii je pak vyžadován spolupodpis ze strany rodinného příslušníka (Leiknes et al, 2012).

Kromě neuděleného informovaného souhlasu je v některých zemích překážkou aplikace elektrokonvulzivní terapie i věk pacienta. V Brazílii je její aplikace zakázána u dětí mladších 16 let (Lima et al, 2013). Rovněž některé státy USA mají věkovou hranici, v Kalifornii je metoda zakázána u dětí mladších 12 let, v Tennessee u dětí mladších 14 let, v Coloradu a Texasu je věková hranice stanovena na 16 let (Shoirah & Hamoda, 2011).

Na území Československa byla elektrokonvulzivní terapie poprvé použita v roce 1941, a to na neuropsychiatrickém oddělení dnešní pražské Fakultní nemocnice Bulovka, kdy docházelo k léčbě pacientů s katatonii, závažnými psychózami a depresemi. V padesátých letech se v Československu dokonce vyráběly přístroje na elektrokonvulzivní terapii (Kališová, 2020). Celková anestezie a myorelaxace byla v Československu poprvé použita v roce 1954. (Mádlová et al, 2015).

Četnost aplikace elektrokonvulzivní metody se v jednotlivých zařízeních liší a pohybuje se v rozsahu od 0,1 % do 10,4 % přijatých pacientů. V současné době však v České republice dochází k minimální publikaci výsledků léčby touto metodou, což přispívá ke konzervaci stigmatem zatížených pohledů na elektrokonvulzivní terapii. Nadto nejsou údaje o počtech léčených nemocných ani komplexně zaznamenávány a archivovány (Kališová, 2019).

V Praze je elektrokonvulzivní terapie poskytována ve čtyřech zdravotnických zařízeních – Psychiatrické nemocnici Bohnice, Psychiatrické klinice Praha, Národním ústavu duševního zdraví a Ústřední vojenské nemocnici. Nejvíce pacientů bylo v roce 2014 léčeno v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde šlo o 75 osob. Na psychiatrické klinice Praha bylo léčeno 64 pacientů. Dominantní indikací byla deprese. V České republice nedošlo k žádnému úmrtí pacienta v souvislosti s elektrokonvulzivní terapií (Kališová, 2020).

2 Postoje k EKT

Postoj označuje sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby a situace (Hartl, 1993). Ačkoliv se ve většině případů jedná o pozitivní součást osobnosti člověka, neboť zajišťuje rychlou orientaci a jistou stálost způsobu reagování na známé objekty a situace, v některých případech mohou být postoje spojeny s nepříznivými důsledky. Postoje se utváří na základě individuální zkušenosti či vlivem kulturního a sociálního prostředí. Jejich změna je pak možná prostřednictvím přesvědčování, kdy jsou předkládány argumenty pro odlišné názory a hodnocení, případně získáním osobní zkušenosti (Gillernová, 2000). Klasická teorie postojů pojem chápala komplexně, přičemž do něj zahrnovala tři složky – poznávací (kognitivní), citovou (emocionální) a konativní (behaviorální) (Výrost & Slaměník, 2008). Elektrokonvulzivní terapie je spojena spíše s obecně negativními postoji, k čemuž přispívá převážně nízká a nedostatečně kvalitní informovanost.

2.1 Výzkumy u různých skupin

V minulosti bylo provedeno několik výzkumů zaměřených na zjišťování postojů a znalostí osob. Vzhledem k odlišné metodologii jednotlivých výzkumů není možné jejich výsledky v plném rozsahu porovnat. Nemožnost srovnání způsobuje neexistence jednotného standardizovaného dotazníku mapujícího znalosti a postoje k EKT. Jedinou výjimku představuje studie přímo zaměřená na validizaci škály postojů (ECT Attitudes Questionnaire, EAQ) (Alexander et al, 2020). Nemožnost vyvození obecných závěrů způsobuje též skutečnost, že většina výzkumů byla prováděná u specifických skupin osob, případně fakt, že výzkumy byly prováděny v sociokulturně odlišných státech (viz podkapitola EKT ve světě a v ČR). Z tohoto důvodu je níže uveden pouze výběr nejnovějších studií.

Ohledně postojů široké veřejnosti byl proveden výzkum mezi německou populací (Wilhelmy et al, 2018), který zjistil, že EKT je v Německu málo známa a má negativní konotace. Ze studie plyne závěr ohledně korelace mezi vyšší mírou povědomí a znalostí o EKT a vyšší pravděpodobností udělení souhlasu s léčbou. Výsledky studie poukazují na nutnost rozšíření znalostí o lékařských zákrocích, ale i o specifických aspektech EKT.

Studie Dan et al (2014) byla zaměřena na zjištění postojů pacientů a jejich příbuzných k EKT. Ve shodě se závěry studie Wilhelmy et al (2018) potvrdila i tato studie nízkou informovanost mezi širokou veřejností. Ačkoliv příbuzní disponovali lehce většími znalostmi než pacienti, rozdíly byly zanedbatelné. Rovněž zjistila, že přechází zkušenost

nehraje zásadní roli v utváření postojů. Postoji mezi pacienty a jejich příbuznými se zabývala i studie Takamiya et al (2019). Ta nad rámec studie Dan et al (2014) navíc rozlišovala mezi aplikací ECT pacientům s jejich souhlasem a pacienty, u kterých udělili souhlas s léčbou pouze jejich příbuzní. Ze studie vyplývá, že zhruba 80 % projevilo spokojenost s touto léčbou, přičemž nebylo významné, zdali k léčbě došlo se souhlasem pacienta. Pacienti, kteří podstoupili zákrok dobrovolně, častěji uváděli, že by raději podstoupili EKT dříve. Pacienti, u nichž souhlas udělili pouze jejich příbuzní, však více nesouhlasili s tvrzením, že by EKT způsobovala bolest (Takamiya et al, 2019).

Postoji studentů medicíny, ošetrovatelství a psychologie se věnovalo jenom pár výzkumů. Na postoje studentů medicíny se zaměřila studie Jesalpura et al (2021), která zjistila, že studenti medicíny disponovali z 57 % spíše neodbornými informacemi. Ze 40 % byly jejich postoje tvořeny informacemi z masových médií. Okolo 80 % předpokládalo, že se EKT v dnešní době používá jen omezeně, nicméně ze zhruba 90 % souhlasili s tvrzením, že metoda může pacientům s duševním onemocněním pomoci.

V rámci studie Sharma et al (2019) byly zjišťovány postoje studentů ošetrovatelství. Výsledky poukázaly na absenci základních znalostí o metodách EKT, o potřebě informovaného souhlasu, jakož i způsobu provádění zákroku či účinků léčby.

Srovnání postojů k EKT u studentů medicíny a psychologie prováděly dvě studie (Aki et al, 2013; Çelik et al, 2021). Podle prvně uvedené studie prokázali studenti medicíny větší znalost o ECT. Rovněž měli také pozitivnější postoj k této metodě. Druhá studie naopak dospěla k opačným závěrům, když dle ní studenti psychologie vykazovali větší znalosti ohledně ECT. Přesto byly jejich postoje k EKT více negativní než u studentů medicíny.

V důsledku veškerých výše uvedených zjištění a s tím souvisejících rozporů bude v níže uvedeném návrhu výzkumu předmětem zkoumání znalostí a postojů studentů medicíny a psychologie, neboť v České republice doposud nebyl obdobný výzkum proveden.

2.2 Zdroje informací o EKT

EKT představuje vysoce specializovaný zákrok, již jen z tohoto důvodu je šíření úplných, pravdivých a ověřených zpráv a důkazů značně limitované. Vědecky podložené informace se dostávají pouze k úzkému spektru lidí. Veřejnost čerpá informace většinou prostřednictvím nekvalifikovaných informačních kanálů, a to zejména z médií a kinematografie.

Filmy představují jeden z nejpřirozenějších informačních zdrojů, který je přístupný široké škále populace. EKT je ztvárňována i ve filmech, jejichž ústřední motiv se samotným zákrokem vůbec nespojuje. EKT pak často bývá vyobrazena v jediné scéně, což již z podstaty věci neumožňuje zobrazení skutečné povahy EKT, a tak dochází k prohlubování dezinformací. Další významnou roli sehrává fakt, že samotný průběh EKT spočívající v aplikaci elektrického výboje do mozku je divácky atraktivní. Ztvárnění EKT je ve většině filmů negativního charakteru (McDonald & Walter, 2009). Na druhou stranu nelze na producenty klást požadavek, aby zákrok zobrazovali v úplnosti se všemi souvisejícími okolnostmi. Přesto by bylo z hlediska edukace bylo vhodné, aby se filmový průmysl zaměřil i produkci dokumentárních filmů zahrnujících komplexní informace o EKT, včetně zkušeností pacientů (Walter, 1998).

Naproti tomu poezie referuje o EKT ve velmi pozitivním světle, když témata básní jsou převážně osvětová. Autoři předkládají vlastní zkušenosti spojené se neutěšeným životem před absolvováním EKT, do básní rovněž promítají nenaplněné obavy ze zákroku či kritizují rozšířené stigma spojené s touto metodou (Walter et al, 2002).

K masovému šíření neověřených informací však může docházet na internetu, který nepodléhá žádné centrální kontrole. Je tak pouze na odpovědnosti provozovatelů internetových stránek, zda a jakým způsobem proti případným dezinformacím zasáhnou. Úskalím je situace, kdy jsou provozovatelé internetových stránek samotní dezinformátoři (podrobněji viz podkapitola o antipsychiatrickém hnutí a odpůrcích EKT). Za významnou internetovou platformu lze v dnešní době považovat YouTube, který umožňuje každému nahrání audiovizuálního obsahu a jeho sdílení s ostatními. Ze studie Genc et al (2020) vyplývá, že negativní obraz EKT ve videích nadále přetrvává. Podává se z ní však i doporučení pro odborníky, aby svou osvětovou činnost směřovali právě na tuto platformu.

Nejautentičtější způsobem předávání informací jsou reference samotných pacientů, kteří mohou své zkušenosti se zákrokem dále zprostředkovávat ostatním. Sdílení zkušeností ze strany pacientů rozšiřuje obecné povědomí o průběhu a účincích EKT, na druhou stranu jde o subjektivní prožitek pacienta, který může být ovlivněn individuální povahou příslušné duševní poruchy. Z tohoto hlediska může při předávání informací docházet k určitým zkreslením.

2.3 Programy podporující změnu postojů

Převážně negativní představy o povaze elektrokonvulzivní terapie je možné usměrňovat prostřednictvím osvětové činnosti. Osvětová činnost představuje patrně jediný způsob, jakým lze se stigmatizací elektrokonvulzivní terapie bojovat. Díky ní existuje předpoklad, že případní budoucí pacienti a jejich okolí nebudou vůči této metodě apriorně zaujatí, a proto se významným způsobem zvýší šance na jejich úspěšnou léčbu. Mezi takovou formu destigmatizace lze zařadit programy od samotného vzdělávání až po možnost zúčastnit se samotné EKT z pohledu pozorovatele. Podrobněji jsou popsány níže.

2.3.1 Pregraduální vzdělávání

Za velmi přínosnou edukativní metodu lze považovat praktickou i teoretickou výuku studentů již v rámci studia na vysoké škole, zejména u studentů lékařských fakult, psychologie, sociálních pracovníků a zdravotních sester (Lutchman et al, 2001). V rámci tohoto přístupu přijdou studenti přímo do kontaktu s reálným využitím elektrokonvulzivní terapie. Vlastní a nezprostředkovaná zkušenost může sehrát v rámci destigmatizace významnou roli. Shodují se na tom níže uvedení autoři, kteří doporučují, aby se zvažilo zařazení především praktické výuky do pregraduálního kurikula.

Příkladem jsou přímo zahraniční výzkumy zaměřené na vliv teoretické a praktické výuky, které se shodují na tom, že jakákoliv intervence zlepšuje úroveň znalostí o EKT a přispívá k budování pozitivnějšího postoje k EKT na základě odborných informací (Ithman et al, 2018; Shah et al, 2009). Ukazuje se, že praktická výuka (absolvování stáže na psychiatrii a přímé pozorování EKT) má o něco vyšší úspěšnost v utváření kladnějšího postoje k EKT, než číste teoretická přednáška. Autoři studií vyzývají k tomu, aby se stala stáž na oddělení elektrokonvulzivní terapie součástí povinného kurikula v rámci studia vysoké školy (Ithman et al, 2018).

Další alternativou je zavedení krátkodobého školicího programu o EKT, který kombinuje několik druhů edukace. Oldewening et al (2007) se ve své studii zaměřili právě na vliv vzdělávacího programu u studentů, kteří se připravují na povolání zdravotní sestry nebo pomocného zdravotnického pracovníka. Školicí program probíhal ve 2 dnech a obsahoval následující bloky: vzdělávací přednáška (30minut), edukační video o EKT (15 minut), prohlídka pracoviště, kde probíhá EKT (15minut) a pozorování pacienta při aplikaci EKT (10minut). Před zahájením programu a po ukončení školení účastníci vyplnili dotazník zaměřený na postoje k EKT. Autoři dospěli k závěrům, že cílená

intervence ve formě školicího programu má výrazný vliv na změnu postojů vůči EKT, která může přispět k vytvoření si příznivějšího vztahu k EKT.

Mezi další doporučení, která by mohla zvýšit informovanost studentů, patří zařazení programu, ve kterém přicházejí studenti přímo do kontaktu s pacientem, který podstoupil EKT. Ve výzkumu Solomon et al (2016) měli studenti po předchozím absolvování teoretické a praktické výuky o EKT možnost zúčastnit se 30minutové interakce s pacientem a jeho blízkým. Studenti se měli především během rozhovoru zaměřit na získání anamnézy pacienta a jeho poznatků ohledně EKT, včetně vnímaných nežádoucích účincích. Opět v této studii studenti vyplňovali dotazníky o znalostech a postojích o EKT před a po intervenci. Po absolvování teoretické přednášky došlo ke signifikantnímu zlepšení postoje, přičemž k dalšímu zlepšení došlo bezprostředně i po sledování EKT a interakci s pacientem.

2.3.2 Informační materiál

Nedostatečná informovanost o nejrozumnějších možnostech léčby duševních onemocnění způsobuje snížené vyhledávání některých služeb, v tomto případě elektrokonvulzivní terapie. Má-li se změnit její frekvence využívání a pohled na ni, je zapotřebí mít k dispozici kvalitní edukační materiál. Především takový, který je dostupný pro širokou veřejnost a pacienty, neboť odborná veřejnost by měla být edukována hlavně prostřednictvím výuky.

Mnoho výzkumů se shoduje na tom, že jednou z efektivních forem předání informací o elektrokonvulzivní terapii je informační brožura či leták (Andrews & Hasking, 2004; Hoffman et al, 2018). Ty mohou být lehce dostupné veřejnosti v ordinacích praktických lékařů, psychiatrů a klinických psychologů nebo na webových stránkách nemocnic. Z hlediska časové náročnosti je tato forma edukace nejpřístupnější, a ačkoliv by měl být vždy pacient řádně informován o metodě svým psychiatrem, může brožura sloužit k důkladnějšímu ukotvení informací.

Na základě těchto zjištění, je v příloze 1, uveden informační poster, který byl vytvořen na základě nejnovějších poznatků o elektrokonvulzivní terapii. Poster je určený pro pacienty a jejich příbuzné, jimž by mohl být poskytnut v nemocnicích v České republice.

2.3.3 Videoedukace

Zahraniční výzkumy se shodují na tom, že intervence v podobě edukačních videí mají příznivý dopad na změnu postojů k elektrokonvulzivní terapii. Byla provedena řada studií, které porovnávají postoje před a po zhlédnutí vzdělávacího videa, z nichž vyplývá, že vzdělávání a odborné přípravy mají své nezastupitelné místo v oblasti prevence stigmatu EKT (Nagarajan et al, 2021; Pawlak et al, 2021; Tsai et al, 2020). Konkrétně se toto zlepšení projevilo u skupiny pacientů s depresí, studentů medicíny, laické veřejnosti, rodinných příslušníků a u psychiatrů. Video vytvořená konkrétně za účelem edukace tak mají obrovský potenciál oproti masovým médiím, která využívají obraz EKT za jinými než edukativními účely.

Pawlak (n. d.) vytvořil krátké výukové video ve formě komentované prezentace trvající zhruba 7 minut, které je k dispozici na platformě YouTube (<https://cutt.ly/uhveyYa>). Prezentace zahrnovala oblast historie EKT, provedení EKT, indikace, vedlejší účinky a účinnost léčby. K posouzení dopadu videa na postoje k EKT psychiatrů a stážistů na psychiatrii sloužila administrace dotazníku před a po zhlédnutí videa. Dotazník na znalosti a postoje (Questionnaire on Attitudes and Knowledge of ECT, QuAKE) obsahoval 16 položek, přičemž každá položka byla hodnocena body na stupnici od 1 do 5. Vyšší skóre znamenalo negativnější postoj k EKT. Dotazník obsahoval i sociodemografické informace včetně otázek zaměřených na zkušenosti s EKT. Celkové skóre v QuAKE se signifikantně zlepšilo, tj. skóre před zhlédnutím videa bylo vyšší než po intervenci. Profesionální zkušenost s EKT byla spojena s nižším zlepšením skóre v QuAKE. Nicméně u respondentů s negativnějším postojem k EKT před intervencí docházelo pravděpodobněji ke zlepšení jejich představ o EKT po zhlédnutí videa (Pawlak et al, 2021). To poukazuje na význam použití videa v edukaci odborné veřejnosti, ale i pacientů a jejich rodinných příslušníků, na čemž se shodují i další autoři studií (Kitay et al, 2020; Tsai et al, 2020). Tato forma šíření osvěty je nenákladná, efektivní a dobře dostupná pro kohokoliv.

Vzhledem k tomu, že pacienti a jejich rodinní příslušníci dostávají především informace od svých lékařů nebo je čerpají z médií (Dan et al, 2014), může docházet k nepřesnému pochopení náležitostí týkajících se EKT, které pak vyvolávají obavy a úzkost ze samotné léčby. Za účelem prozkoumání potenciálního využití edukačního videa u pacientů byla provedena rozsáhlá studie se vzorkem 1068 pacientů s depresí (Tsai et al, 2020). Účastníci výzkumu hodnotili znalosti a postoje k EKT před a po zhlédnutí videa.

K měření znalostí a postojů byla využita škála znalostí a postojů (ECT perceptions and knowledge scale, ECT-PK), kterou na základě systematické rešerše studií, odborné konzultace a psychometrické analýzy, sestavil samotný autor článku (Tsai et al, 2019). Rovněž vytvořil 8minutové edukační video, které je zpřístupněno veřejnosti na platformě YouTube (https://www.youtube.com/watch?v=R1X5xyb_gDE&t=158s). Video bylo navrženo především k tomu, aby předalo divákům informace o EKT, které jsou podloženy výzkumy a současně se soustředí i na mýty a mylné představy o EKT. Ve videu vystupuje laická veřejnost, která popisuje své znalosti a představy o metodě, po ní následují odborníci, kteří problematiku EKT vysvětlují. Přidanou hodnotou videa jsou i svědectví lidí, kteří podstoupili EKT. U pacientů se výrazně zvýšilo pozitivní vnímání a znalosti o EKT po zhlédnutí videa. Především v oblasti vnímání, u položek „EKT může být život zachraňující metoda“ a „Mám obavy, že EKT může být bolestivá“, došlo k nejvýraznějšímu nárustu. U znalostních položek došlo ke zlepšení především u „EKT je jedna z nejbezpečnějších lékařských zákroků“, „EKT lze bezpečně aplikovat i u starších osob“. U 2 položek došlo naopak ke snížení znalostí po zhlédnutí videa, jednalo se o položky „Během EKT se používají myorelaxancia“ a „EKT vyvolá u pacienta záchvat nebo křeče“. Důležité je zmínit, že po zhlédnutí videa se zvýšil počet účastníků, kteří by byli ochotni podstoupit EKT, a to až u poloviny ze zúčastněných.

Předchozí studie se zabývají ryze postoji a znalostmi, které ovlivňují vnímání EKT, osobnostní charakteristiky však nezahrnují. Studie z roku 2022 (Cheung et al) je první, která empiricky zjišťuje, zda edukační videa s emocionálním kontextem podporují pozitivnější vnímání EKT ve srovnání s informační brožurou. A zároveň zda rys empatie hraje roli v případném efektu zlepšení postojů a znalostí.

Účastníci byli ve výzkumu náhodně rozděleni do jedné ze tří skupin dle typu získání informací o EKT (žádné informace, vědecky podložený poster nebo emotivní video). Dále byl použit dotazník na měření postojů a znalostí a dvě subškály z revidovaného dotazníku pro měření rysů empatie. Informační poster byl vytvořen na základě příručky Národního institutu pro zdraví a excelenci v péči (NICE), který zahrnoval především vědecké důkazy. Edukační video vytvořil hlavní autor za pomoci nadace, která se zaměřuje na zkušenosti pacientů, sester a ošetřovatelů s EKT.

Ukázalo se, že edukační video byla jediná forma intervence, která pozitivně ovlivnila znalosti a postoje k EKT. Video bylo přínosné zejména pro ty, kteří měli nízkou úroveň empatie. Tyto výsledky podporují zjištění, které naznačuje, že intervence

s emocionálním kontextem mohou být efektivnější než pouhé předávání informací (Rosselli et al, 1995).

2.3.4 Přítomnost rodinného příslušníka u EKT

Při léčbě pacienta je důležitá podpora jeho rodinných členů a blízkých. Jejich postoj k elektrokonvulzivní terapii, tak může hrát zásadní roli v rozhodování o podstoupení této léčby. Aspekt, který by mohl přispět k pozitivnějšímu vnímání EKT, a snížit tak překážky jejího využívání, je přítomnost rodinného příslušníka při EKT. Ti pak mohou dále předávat své přímé zkušenosti s EKT v roli pozorovatele a odbourávat mýty, které jsou s touto metodou spjaté. Přítomnost rodinných příslušníků při EKT je tak možným způsobem, jak se vypořádat se stigmatizací a předsudky spojenými s touto metodou (Evans & Staudenmier, 2005).

Přestože má pacient právo na přítomnost rodinného příslušníka při léčebných zákrocích, z různých důvodů k tomu v praxi nedochází. Jedná se zejména o obavy ze soudních sporů, kolapsu ošetřovaného, narušení léčby, narušení koncentrace u lékařského personálu, případně může být důvodem neumožnění přítomnosti rodinného příslušníka probíhající výuka mladších lékařů či studentů (Marco et al, 2015). Výjimku z práva na přítomnost člena rodiny u lékařského zákroku netvoří ani elektrokonvulzivní terapie. Za zamyšlením určitě stojí, zda se při odmítání rodinných příslušníků během lékařských zákroků nedopouští poskytovatel zdravotní služby etického pochybení.

Elias et al (2019) představili zcela ojedinělou prospektivní studii, která systematicky zkoumala přítomnost člena rodiny během EKT. Do výzkumu zahrnuli pacienty, kteří poskytli souhlas s přítomností rodinného příslušníka u výkonu EKT. Celkem se EKT zúčastnilo 21 rodinných příslušníků, kteří byli přítomni pouze při jednom léčebném zákroku. Před samotným výkonem byl člen z rodiny adekvátně poučen o EKT a volitelně měl k dispozici zhlédnutí vzdělávacího videa. Po absolvování celé procedury každý účastník vyplnil dotazník.

Většina zúčastněných (76 %) považovala účast při EKT za uklidňující, dokonce jim přinesla příjemný a obohacující zážitek. Jen málo z nich uvádělo, že jim procedura vyvolávala úzkost (24 %). Ukázalo se, že sledování EKT rodinným příslušníkům pomohlo zmírnit obavy a přineslo jim nové poznatky o metodě. V kontrastu s předchozími znalostmi a postoji si účastníci uvědomili, že elektrokonvulzivní terapie je bezpečná metoda, která má krátké trvání a je prováděna profesionálně. Důležité je zmínit, že během výkonu nedošlo k žádným komplikacím, které by plynuly z přítomnosti rodinného příslušníka.

Během výkonu žádný účastník neopustil léčebnou místnost ani se nepokoušel zasahovat do procesu léčby. Z toho plyne, že určitá úzkost, která se u účastníků vyskytovala, mohla být pouze přechodná.

Samotní autoři uvádějí limity studie zejména z hlediska metodologie. Pro porovnání výsledků nebyla zahrnuta kontrolní skupina, která by nebyla přítomna u EKT, ani nebyly zjišťovány zkušenosti pacientů s přítomností rodinného příslušníka. Dalším limitujícím faktorem je zahrnutí převážně pacientů, kteří dobrovolně podstupují léčbu. Nedobrovolné podstoupení léčby by mohlo hrát roli ve vnímání léčby z pohledu rodinného příslušníka.

I přes limity studie, zjištění autorů pozitivně vyznívají pro programy, které zahrnují rodinné příslušníky jako součást léčebné procedury (Coffey & Coffey, 2016). Jejich přítomnost během EKT může potenciálně snížit stigma této metody, podpořit vzdělávání v oblasti EKT, a tím přispět k její akceptaci a využitelnosti.

3 Stigmatizace

Osoby trpící duševní poruchou se často musí potýkat s problémem stigmatizace, která je zapříčiněna nedostatkem relevantních a odborných informací. S tímto problémem se však potýká i samotná elektrokonvulzivní terapie, která v tomto ohledu patří vzhledem ke své povaze mezi nejvíce stigmatizací zatížené léčebné metody, přičemž nesprávné informace o jejím průběhu a vedlejších účincích jsou nadále šířeny. Stigmatizace elektrokonvulzivní terapie proto navzdory četným snahám o nápravu těchto negativních asociací nadále přetrvává.

3.1 Příčiny stigmatizace

Patrně nejmasovějším způsobem ovlivnila náhled veřejnosti na elektrokonvulzivní terapii kinematografie, a to zejména filmy *Changeling* a *Přelet nad kukaččím hnízdem*. Prvně uvedený film vykresluje údajně skutečný příběh z roku 1928, ve kterém je protagonista potrestán aplikací elektrokonvulzivní terapie (Read et al, 2019). Ta byla nicméně poprvé použita až v roce 1938. Ve filmu *Přelet nad kukaččím hnízdem* je elektrokonvulzivní terapie rovněž aplikována v rámci trestu, pacient se pak nachází v téměř vegetativním stavu (Gergel, 2022). V obou případech jde přitom o významné světové filmy se značným diváckým dosahem. Z rozsáhlé studie filmových scén od roku 1948 vyplývá, že ve většině případů bývá elektrokonvulzivní terapie použita jako nástroj represe, která poškozuje zdraví pacienta (Sienaert, 2016). Obdobně bývá elektrokonvulzivní terapie zobrazována i v hudbě a literatuře (Kališová, 2019).

Laická veřejnost čerpá poznatky o elektrokonvulzivní terapii především z médií (McFarquhar & Thompson, 2008). V hromadných sdělovacích prostředcích jsou však převážně prezentovány dominantně nedostatečné nebo dokonce mylné informace (Hořínková, 2017). V médiích nebývá zmíněná podstata elektrokonvulzivní terapie, přičemž její znatelný a nezpochybnitelný přínos pro pacienty je často pomíjen (Loria, 2020). Podle rešerše britských novinových článků z roku 2009 vyznívalo pro elektrokonvulzivní terapii kladně pouhých 11 %, přičemž celých 32 % o ní referovalo ve zcela negativně stigmatizujícím světle (Euba & Crugel, 2009).

Odborníci z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v rámci svého dotazníku zjišťovali postoje veřejnosti k elektrokonvulzivní terapii. Zúčastnilo se jej celkem 555 respondentů – 50 % laiků, 25 % pracovníků ve zdravotnictví a 25 % studentů medicíny

v 5. ročníku před stáží na psychiatrii. Necelých 40 % respondentů mělo za to, že se jedná o represivní metodu. 87 % respondentů pak bylo přesvědčeno, že tato metoda má nežádoucí účinky. Nicméně 70 % laiků a 92 % zdravotníků by souhlasilo s aplikací metody u svého příbuzného (Kališová, 2019).

Výše uvedená stigmatizace elektrokonvulzivní terapie má negativní důsledky především na samotné pacienty, kteří kvůli mylným představám o její povaze mohou tento postup odmítat, ačkoliv se může jednat o pro ně nejefektivnější léčebnou metodu.

3.2 Antipsychiatrické hnutí a odpůrci EKT

Kontroverzní nahlížení elektrokonvulzivní terapie zatížené stigmaty podstatným způsobem zapříčinilo tzv. antipsychiatrické hnutí, jehož myšlenky i přes současné výzkumy a studie vyvracející trvale negativní vlivy této metody na zdraví pacienta nadále rezonují veřejným prostorem a část společnosti tak setrvává na původním stanovisku o devastujících účincích elektrokonvulzivní terapie.

Antipsychiatrické hnutí vzniklo v šedesátých letech minulého století. Bylo představováno psychiatry a psychology kritizujícími tehdejší psychiatrické závěry a postupy. Impulzem pro vznik tohoto hnutí bylo jejich domnění, že se psychiatrie až příliš ukvapeně přeorientovala na biologické způsoby léčby spočívající v aplikaci elektrokonvulzivní metody a psychofarmak (Jandourek, 2012). Podstatou antipsychiatrického hnutí bylo popírání existence duševních onemocnění jakožto projevů nemoci. Duševní onemocnění pokládalo toliko za reakci na psychosociální stres (Příkryl, 2010).

Nedostatek klinických důkazů a kvalifikovaných výzkumů umožnil zejména v počátku antipsychiatrickému hnutí ideologickou kritiku elektrokonvulzivní terapie. Navíc jejich kritika podmínek v psychiatrických nemocnicích byla částečně podložená, což částečně dodávalo hnutí legitimitu. Jejich odsouzení elektrokonvulzivní terapie vycházelo z jejich obecné premisy, že duševní onemocnění představují mýtus a uměle vytvořený konstrukt státu, jehož prostřednictvím může vykonávat kontrolu nad svými občany (Ottoosson & Fink, 2012). Představitelé tohoto hnutí dokonce připodobňovali elektrokonvulzivní terapii k represivním aktivitám totalitních režimů (Szasz, 1960).

Stoupenci antipsychiatrického hnutí se postupně rozštěpili do mnoha dílčích uskupení. V nejryzejší formě na myšlenky antipsychiatrického hnutí navázala scientologická církev a její výkonná složka označená jako Občanská komise pro lidská práva. Organizace neuznává psychiatrii jako vědecký ani medicínský obor, a to především

z důvodu používání „brutálních“ metod léčby, přičemž jako argument uvádí právě elektrokonvulzivní terapii (Příkryl, 2010). Kromě uvedeného nejvýznamnějšího proudu ideologické kritiky existují i další uskupení výrazně odsuzující elektrokonvulzivní terapii, např. Občané proti psychiatrickým útokům (<http://www.psychassault.org/>) nebo Výbor pro pravdu v psychiatrii. (https://www.ect.org/ctip_about.shtml).

V méně ideologické formě stále pokračují diskuse ohledně přínosu, respektive negativních dopadů elektrokonvulzivní terapie na zdraví pacientů i na odborné úrovni. Tyto kritiky zpochybňují schválení metody, efektivitu a zdůrazňují význam na placebo efektu. Z významné části se opírají o subjektivní zkušenosti pacientů (Read, 2022). Je však nutné dodat, že nevýhody a nežádoucí účinky elektrokonvulzivní terapie jsou vytrhávány z kontextu (Kališová, 2020).

3.3 Etické hledisko EKT

Paracelsus, jeden ze zakladatelů moderní medicíny, již v 16. století konstatoval „medicína stojí na čtyřech pilířích: filozofii, astronomii, alchymii a etice“ (1530, cituji dle Borzelleca, 2000, s. 3). Ačkoliv určité pilíře jsou s odstupem několika set let již překonané, otázka etiky v současné medicíně vstoupila do popředí. Právě v případě elektrokonvulzivní metody je etická problematika předmětem nejen laických, ale i odborných diskusí.

Primárním důvodem vyhraněných ambivalentních postojů je zejména faktický průběh elektrokonvulzivní metody, kdy v důsledku průchodu elektrického výboje mozkem dochází ke kontrolovanému záchvatu. Takový průběh je v rozporu s obecnou představou o lékařském zákroku, což může vyvolávat apriorní obavy (Read et al, 2019). S představou elektrického výboje aplikovaného přímo do mozku ve spojení s konvenčním mediálním obrazem elektrokonvulzivní metody coby odvrácené strany psychiatrie (Sienaert, 2016) souvisí mnoho etických otázek. Ty nejdiskutovanější jsou shrnuty níže.

Za hlavní etickou otázku lze považovat skutečnost, že v mnoha případech je k elektrokonvulzivní terapii přistoupeno bez udělení informovaného souhlasu ze strany pacienta (Methfessel et al, 2018). Takový postup je zasažením do principu autonomie pacienta jakožto jedné ze složek konceptu principialismu, tedy v současné době nejrozšířenějšího přístupu biomedicínské etiky (Kuře et al, 2021). Zalta et al (2002) uvádí vymezení G. Dworkina, podle kterého je ve filozofické rovině provedení lékařského zákroku bez uděleného souhlasu ospravedlňováno, zájmem pomoci osobě, jejíž autonomie je omezena. Provedením elektrokonvulzivní terapie může být postupně autonomie pacienta, kterou pozbyl v důsledku duševní poruchy, obnovena a znovuvytvořena

(Hořínková, 2017). Takový přístup je aprobován i právně, neboť je promítnut v zákoně o zdravotních službách.

Jak je uvedeno výše, samotný průběh elektrokonvulzivní terapie spočívající v aplikaci elektrického výboje do mozku vyvolává kontroverze. V této souvislosti se poukazuje zejména na skutečnost, že mozkové buňky přijímají elektrické signály o zlomku jednoho voltu, přičemž během elektrokonvulzivní terapie dochází k mnohonásobně vyššímu napětí, z čehož bývá dovozováno nevyhnutelné poškození mozku (Sienaert, 2016). Etické výhrady k elektrokonvulzivní metody vedené uvedenými argumentačními liniemi se však v drtivé většině případů opírají o nekvalifikované výzkumy či studie s pochybnou validitou, které jsou zapříčiněny především nedostatečnou podložeností (Read et al, 2019). Navzdory těmto etickým námitkám dosud nebylo prokázáno, že by elektrokonvulzivní terapie vedla k trvalým poškozením mozku (Kaster et al, 2021), především nebylo prokázáno zvýšené riziko demence (Osler et al, 2018) nebo mrtvice (Rozing et al, 2019). Rovněž výsledky počítačové tomografie ani magnetické rezonance nepotvrzují vliv elektrokonvulzivní terapie na poškození mozku (Coffey et al, 1991).

Spornou otázkou je rovněž hledisko spravedlnosti, respektive spravedlivé distribuce zdravotních služeb. Elektrokonvulzivní terapie je aplikována ročně okolo milionu lidí po celém světě (Prudic et al, 2001), přičemž tento způsob léčby stojí okolo 10.000 USD ročně (Ross et al, 2018). Z důvodu jednak vysoké finanční nákladnosti, ale i technických požadavků se přístup k elektrokonvulzivní terapii v jednotlivých zemích zásadně liší. V České republice je elektrokonvulzivní metoda dostupná v 66 % psychiatrických zařízení (Hořínková, 2017). Uvedené diskuse jsou minimálně v České republice pouze etického charakteru, neboť dle platné legislativy poskytovatel zdravotní péče je povinen poskytnout nejlepší dostupnou léčbu. Daná povinnost zároveň odráží princip autonomie, podle něhož má právo pacient rozhodnout o způsobu a průběhu své léčby.

Návrh výzkumného projektu

4 Výzkumný problém

Návrh výzkumného projektu v této bakalářské práci se zabývá postoji a znalostmi týkajícími se elektrokonvulzivní terapie u studentů psychologie a medicíny. Elektrokonvulzivní terapie stále patří mezi stigmatizovanou metodu nejen u laické, ale i odborné veřejnosti (Aki et al, 2013). Příčinou může být několik faktorů, mezi které bezpochyby patří informovanost o EKT a úroveň znalostí, které následně utvářejí postoje k samotné EKT. Zároveň může hrát určitou roli samotná zkušenost daného člověka s EKT nebo jeho blízkého (Hořínková, 2017).

Navrhovaný výzkum se částečně opírá o předchozí zahraniční výzkumy a o disertační práci Hořínkové (2017). Studie, které se zabývají postoji a znalostmi o EKT, pocházejí z různých zemí. Pro svoji práci jsem zahrnula studie z těchto zemí: Velká Británie, Německo, Turecko, Indie, Izrael, Jižní Afrika, Polsko, Irsko a USA. Studie byly provedeny v letech 2006–2021.

Podle mých zjištění v České republice dosud nebyl proveden žádný výzkum zabývající se přímo touto problematikou. Oblast postojů a znalostí o EKT zpracovala Hořínková ve své disertační práci (2017), ovšem její výzkumný soubor byl zastoupen pouze studenty medicíny, nikoliv však zároveň i studenty psychologie.

Výzkumné týmy Aki et al (2013) a Çelik et al (2021) jsou jediné dvě studie, které se zabývaly problematikou postojů a znalostí u skupin studentů psychologie a medicíny. Ve studii Aki et al (2013) se potvrdilo, že studenti medicíny dosahují vyšší úrovně znalostí o EKT oproti studentům psychologie a laické veřejnosti. Ukázalo se, že mají i pozitivnější přístup k této metodě. Uklidňujícím zjištěním je, že všichni studenti medicíny věděli, že při výkonu je pacient v plné anestezii. Ani jedna ze skupin studentů nepovažuje metodu EKT jako prostředek k trestání. Naproti tomu výzkum Çelik et al (2021) nepotvrdil, že by studenti medicíny měli více znalostí o EKT než studenti psychologie.

Obě studie však dospěly ke shodnému závěru, že studenti psychologie mají obecně negativnější postoj k EKT. Z hlediska těchto zjištění vyplývá, že teoretická i praktická výuka u studentů medicíny hraje důležitou roli při zvyšování úrovně znalostí o EKT a snižování prevalence negativních postojů k EKT. Podobně zaměřené kurzy by byly potřeba i pro studenty psychologie, neboť kliničtí psychologové hrají důležitou roli v oblasti prevence duševního zdraví.

Polská studie provedená v roce 2020 zmapovala znalosti a postoje k EKT celkem u 1370 studentů různých fakult a veřejnosti. Ukázalo se, že obecné povědomí o EKT je na velmi nízké úrovni, a to ať už mezi veřejností či studentů jak nelékařských, tak lékařských oborů. Mnoho respondentů uvádělo jako hlavní zdroj informací především populární filmy, které přijímali bez konfrontace s jinými zdroji o EKT (Kramarczyk et al, 2020).

Zahraniční výzkumy zahrnující různé skupiny probandů (studenty medicíny, lékařské pracovníky, laickou veřejnost), přinášejí rozdílná zjištění ohledně souvislosti znalostí o elektrokonvulzivní terapii a postojů k ní. Existuje určitá spojitost mezi pozitivními postoji k EKT a vysokou úrovní znalostí o této metodě (Bhat et al, 2020; Byrne et al, 2006; Rafoul et al, 2020; Wilhelmy et al, 2018). Nicméně toto zjištění se nepotvrdilo ve výzkumu, který zahrnoval i studenty psychologie (Çelik et al 2021).

Zdroje informací o EKT, které většinou pocházely z médií a filmového průmyslu, a nedostatek znalostí o EKT, vedly převážně k negativním postojům k EKT (Kramarczyk et al, 2020; McFarquhar et al, 2008). Dan et al (2014) však uvádějí, že nezjistili žádný signifikantní rozdíl mezi pacienty a jejich blízkými z hlediska čerpání zdrojů o EKT a jejich postoji. Lišila se však úroveň znalostí, tj. respondenti, kteří měli informace od lékaře, zaznamenali vyšší skóre než ti, kteří byli informováni jinou formou.

Četné výzkumy se zabývají i ovlivňováním znalostí a postojů, jejich výstupy jsou vesměs pozitivního charakteru. Velkou roli v utváření postojů u studentů medicíny hraje absolvování stáže na oddělení, kde provádějí elektrokonvulzivní léčbu. Rovněž zhlédnutí edukačního videa týkajícího se EKT během výuky má vliv na utváření postojů (Clements & Turkington, 2021; Cheung et al, 2022; Pranjakovic et al, 2017; Ithman et al, 2018). Předchozí zkušenost s EKT, ať už vlastní nebo někoho blízkého či známého, ve studiích nemá zásadní vliv na znalosti a postoje (Alexander et al, 2019).

Vzhledem k tomu, že se ukazuje, že u skupiny laické veřejnosti zahrnující pacienty a příbuzné převládá negativní postoj k metodě EKT související s nedostatkem informací o EKT, je nutné, aby zdravotníci pracovníci a kliničtí psychologové předávali správné informace o EKT (Dan et al, 2014). Zvýšila by se tak ochota podstoupit tento typ léčby. Právě proto jsem se rozhodla zmapovat postoje a znalosti u budoucích lékařů a klinických psychologů, kteří hrají důležitou roli při komunikaci s pacientem a během jeho edukaci o metodě.

5 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Navrhovaný výzkumný projekt má především za cíl zjistit úroveň znalostí a postoje k elektrokonvulzivní terapii u studentů medicíny a psychologie. Reaguje tak na zjištěné poznatky z literárně přehledové části, které poukazují na důležitost této problematiky. Projekt se soustředí na skupinu budoucích lékařů a klinických psychologů, tedy skupinu, která bude nepostradatelná v oblasti osvětové činnosti. Více o zvoleném výběrovém souboru v kapitole 7.

Hlavní výzkumná otázka zní: **Jaká je úroveň znalostí o EKT a jaké postoje k EKT převládají u studentů medicíny a psychologie?**

Pozornost bude zaměřena zejména na to, zda je dána souvislost mezi množstvím informací o EKT a otevřenějším přístupem k této metodě. Především z nejnovějšího výzkumu Çelik et al (2021) plyne, že přínos teoretické a praktické výuky vede ke změně postojů. Pokud by se ukázalo, že skupina studentů v ČR vykazuje nízkou úroveň znalostí a negativní postoje k EKT, stálo by za zvážení zavedení předmětu o EKT do povinného kurikula.

S tím souvisí obecnější výzkumná otázka: **Jaké jsou hlavní zdroje informací o elektrokonvulzivní terapii?**

Cílem výzkumu je také porovnat jednotlivé skupiny mezi sebou a zjistit tak případné odlišnosti v úrovni znalostí a postojích. Z toho plyne další výzkumná otázka: **Existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi skupinami v celkovém skóre ve vyplňovaném dotazníku znalostí a postojů k EKT?**

Z hlediska popsanych výzkumů a jejich závěrů (viz kapitola 2 a 4) vyplývají následující hypotézy:

H1: Vyšší úroveň znalostí o EKT pozitivně koreluje s kladnějším postojem k EKT.

H2: Odborný zdroj informací vytváří pozitivní postoj k EKT a větší znalost EKT než informace z médií.

Odborný zdroj informací je v tomto kontextu definován jako informace získané v rámci výuky či konference a informace z odborné literatury (lékařské a psychologické knihy). *Média* zahrnují informace z internetu, filmů a televize a novin.

H3: Předchozí zkušenost s EKT ovlivní pozitivně postoj k EKT a zvýší úroveň znalostí.

Pod termínem *předchozí zkušenost s EKT* rozumíme v tomto návrhu výzkumu situaci, kdy student absolvoval stáž na psychiatrii a měl možnost zhlédnout výkon EKT nebo v rámci výuky viděl edukativní video.

H4: Skupina studentů vykazující pozitivnější postoj k EKT doporučí tuto metodu léčby pacientům pravděpodobněji než skupina s negativnějším postojem.

H5: Studenti medicíny vykazují statisticky signifikantně vyšší úroveň znalostí a pozitivnější postoj k EKT než studenti psychologie.

Zároveň posledním cílem výzkumné části bakalářské práce je vytvořit informační poster, který je výsledkem získaných znalostí z provedené literární rešerše. Poster může v budoucnu sloužit jako zdroj informací pro pacienty a jejich blízké.

6 Design výzkumného projektu

6.1 Typ výzkumu

Pro tuto výzkumnou práci byla zvolena kvantitativní metoda, konkrétně sběr dat pomocí dotazníku, který je rozdělený na 3 hlavní oblasti: *Postoje k EKT*, *Znalosti o EKT* a *Sociodemografický dotazník, zahrnující zkušenosti s EKT*. Design výzkumu je postaven na základě předchozích zahraničních výzkumů (Aki et al, 2013; Alexander et al, 2019; Bhat et al, 2020) a disertační práce (Hořínková, 2017).

6.2 Metody získávání dat

Sběr dat bude probíhat formou dotazníku, který bude k dispozici v online verzi i v tištěné verzi. Tištěná verze bude sloužit zejména ke sběru dat od studentů medicíny a psychologie z Prahy, kde je možnost distribuovat dotazníky přímo ve výuce nebo v rámci stáže na psychiatrii. Online podoba dotazníku bude sloužit hlavně ke sběru dat od respondentů nepocházejících z Prahy.

Dotazník na postoje k EKT bude obsahovat 22 položek s využitím 3bodové Likertovy škály (rozhodně souhlasím, naprosto nesouhlasím, nevím). Modifikovaný dotazník na postoje k EKT (EAQ – ECT Attitudes Questionnaire) byl vytvořen na základě rozsáhlé analýzy předchozích výzkumů (Alexander et al, 2019) a v roce 2019 byl validován. Dotazník je složen ze 2 hlavních složek „Morální a etické vnímání EKT“ a „EKT jako poslední možnost léčby“. Celková spolehlivost testu (reliabilita) je dostačující (Cronbachova α , 0.87). Česká verze dotazníku, která byla použita v rámci předmětu Základy psychometrie a psychodiagnostiky, je k dispozici v tabulce 1 níže.

Výběr dotazníku zaměřený na znalosti nebyl snadný, neboť neexistuje žádný standardizovaný dotazník. Na základě analýzy výzkumů zabývajících se znalostmi a postoji k EKT byl vybrán dotazník ze studie Bhat et al (2020). Kritérii rozhodujícími pro výběr dotazníku byla dostupnost plné verze dotazníku a manuál k jeho vyhodnocení. Vybraný dotazník obsahuje 31 položek týkajících se různých aspektů EKT (informovaný souhlas, postup léčby, vedlejší účinky atd.). První položka je zaměřena na primární zdroj informací o EKT, která bude vyražena a přesunuta do sociodemografického dotazníku. Ve zbývajících částech dotazníku má každá položka přiřazené 3 možnosti odpovědi – možnost označující správnou znalost, nesprávnou znalost a „nevím“ (označující nedostatek informací o tom, jaká je odpověď na otázku).

Současně s dotazníkem mapujícím vnímání a znalosti o EKT budou respondenti požádáni o vyplnění sociodemografického dotazníku. Tento dotazník se bude zaměřovat na základní parametry: pohlaví, věk, vzdělání (konkrétní ročník studia; specializace/směrování po škole), sídlo univerzity. Součástí bude i položka zaměřená na zdroje informací o EKT a doplňující otázky na zkušenosti s EKT. Konkrétně se jedná tyto otázky:

1. Znáte někoho, kdo podstoupil elektrokonvulzivní terapii?
2. Měli jste v rámci studia možnost zúčastnit se stáže na psychiatrii?
 - a. Pokud ano, bylo Vám umožněno vidět průběh EKT?
3. Bylo Vám v rámci výuky promítnuto edukační video o EKT?
4. V případě, že byste trpěli depresí, byli byste ochotni podstoupit EKT?
5. Doporučili byste v budoucnu tento typ léčby svým pacientům?

Tabulka 1 – Dotazník postojů k EKT (EAQ)

1. Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je v některých případech život zachraňující metoda.	Morální a etické vnímání EKT
2. Podpořil/a bych člena rodiny nebo blízkého přítele, aby podstoupil EKT, pokud mu to bylo doporučeno.	
3. Elektrokonvulzivní terapie je často používána u lidí, kteří ji nepotřebují.	
4. EKT je někdy využívána k trestání agresivních a nespolupracujících pacientů.	
5. Elektrokonvulzivní terapie je nehumánní léčba.	
6. Vedlejší účinky EKT jsou horší než vedlejší účinky antidepresiv.	
7. Léčba elektrokonvulzivní terapií je zastaralá.	
8. Léčba pomocí EKT by měla být zakázána.	
9. EKT zlepšuje stav rychleji než léky.	
10. Léčbu EKT může podstoupit každý bez rozdílu.	
11. Elektrokonvulzivní terapie je nejhorší možnost léčby.	
12. Elektrokonvulzivní terapie je krutá metoda.	
13. Dal/a bych přednost návštěvě u zubaře před léčbou EKT.	
14. EKT je nebezpečná metoda a neměla by se používat.	
15. Obávám se, že EKT způsobuje trvalé problémy s pamětí.	
16. Mám strach z představy, že bych musel/a podstoupit EKT.	
17. EKT by nikdy neměla být aplikována proti vůli pacienta.	
18. Nemyslím si, že by si někdy pacient sám zvolil EKT jako první možnost léčby.	
19. Pokud EKT u pacienta nepomůže, žádná jiná léčba nebude úspěšná.	EKT jako poslední možnost léčby
20. Jakmile je jednou člověku aplikována elektrokonvulzivní terapie, je EKT jedinou možnou metodou v případě budoucího onemocnění.	
21. EKT se používá jako poslední možnost léčby, když nejsou úspěšné jiné metody léčby.	
22. Nechtěl/a bych, aby kdokoliv věděl, že jsem podstoupil/a EKT, kromě ošetřujícího týmu a rodiny.	

6.3 Metody zpracování a analýza dat

Interpretace dat z dotazníku bude probíhat na základě manuálu, který byl k dispozici v článku o validizaci dotazníku EAQ. Respondent může celkem získat 44 bodů s tím, že 0 bodů je uděleno za každou zápornou odpověď, 1 bod za každou neutrální odpověď a 2 body za každou kladnou odpověď. Reverzně skórované položky bude potřeba před vyhodnocením převést (Alexander et al, 2019). K porozumění úrovně znalostí respondentů je využito toto skórování: správná odpověď 1 bod, nesprávná odpověď nebo možnost „nevím“ 0 bodů. Podle uvedeného skórování se bude celkové skóre pohybovat od 0 do 30 bodů (Bhat et al, 2020).

Pro vyhodnocení získaných dat bude využit statistický program Jamovi. Výsledky každého respondenta budou anonymizovány pomocí identifikačních čísel, která jim budou přiřazena.

Nejprve budou data zpracována pomocí deskriptivní statistiky (průměry a SD) pro přehlednější popis vzorku a vybraných proměnných. Tím bude získána i odpověď na hlavní výzkumnou otázku.

Pro porovnání rozdílů mezi skupinami (H5) bude použit dvouvýběrový t-test pro dva nezávislé výběry. Pro ověření normality dat se nabízí Shapirův-Wilkův test. V případě nenormálního rozdělení dat bude použit Mann-Whitney U-test pro zjištění rozdílů mezi studenty medicíny a psychologie. Pro ověření H2 bude použit opět t-test. Hladina významnosti bude u obou testování stanovena na $\alpha = 0,05$.

K zjištění vztahu mezi znalostmi a postoji k EKT (H1) budou korelovány celkové skóre z testů pomocí Spearmanova korelačního koeficientu (r_s). Taktéž H3 budeme ověřovat pomocí korelace.

Pro ověření H4 bude zvolena logistická regrese, která pomůže odhalit, zda na základě otevřenějšího přístupu k EKT a dalších proměnných může dojít k tomu, že v budoucnu studenti spíše doporučí metodu pacientovi.

Působení dalších proměnných (věk, místo vzdělání, zkušenost s EKT, pohlaví atd.) na výsledky v dotazníku EAQ a znalostí bude vypočítán pomocí analýzy rozptylů (ANOVA).

6.4 Etika výzkumu

Navrhovaný výzkum si klade za cíl zjistit postoje studentů medicíny a psychologie k EKT. Získané výsledky tak mohou představovat podklad v rámci destigmatizačních programů. Motivací respondentů by tak měla být především skutečnost, že závěry učiněné

na základě jejich odpovědí mohou být použity při osvětové činnosti, díky čemuž se může zvýšit pravděpodobnost udělení souhlasu pacientů s podstoupením EKT.

V rámci výzkumu bude potřeba získat od respondentů informovaný souhlas o účasti na výzkumu, který bude součástí dotazníku (v online i tištěné formě). V rámci informací o podobě výzkumu bude respondentům sděleno, že jejich účast na výzkumu je zcela dobrovolná, přičemž budou moci kdykoliv od výzkumu odstoupit. Respondenti budou také vyrozuměni, že odpovědi budou zpracovávány anonymně. V případě jejich zájmu o zaslání výsledků z výzkumu, bude možnost se obrátit na emailovou adresu výzkumníka.

Ve výzkumu budou použity dotazníky od autorů zahraničních studií. Výzkumník požádá samotné autory o udělení výslovného souhlasu k použití jejich dotazníků k výzkumným účelům v rámci bakalářské práce. Zároveň bude potřeba anglickou verzi přeložit do českého jazyka. Z toho důvodu bude zajištěn zpětný překlad dotazníku.

Plánovaný výzkum bude též předmětem žádosti o schválení jeho provedení ze strany etické komise Filozofické fakulty Univerzity Karlovy.

7 Výzkumný soubor

Zkoumaný vzorek populace v této bakalářské práci bude zastoupen studenty medicíny a psychologie z celé České republiky. Studenti medicíny a psychologie budou vybráni z posledního ročníku studia, neboť pro účely této práce je nezbytné, aby měli absolvovaný předmět psychiatrie či klinické psychologie (tzv. 5. ročník studia u studentů psychologie, 6. ročník studia u studentů medicíny). Studenti medicíny a psychologie, tj. budoucí lékaři a kliničtí psychologové, hrají důležitou roli v oblasti prevence duševního zdraví. Přicházejí do kontaktu přímo s pacienty, a mohou tak pracovat na budování pozitivních postojů k této metodě.

Studenti budou osloveni v hlavním městě Praha, ale i v dalších městech ČR, a to pro účely srovnání sociodemografických charakteristik, znalostí a postojů k EKT. Online dotazníky budou zaslány prostřednictvím osob na sekretariátu fakult a kateder. V případě nízké návratnosti dotazníků bude využit i způsob sdílení na sociálních sítích. V takové situaci bude potřeba náležitě zdůraznit, že se do výzkumů můžou zapojit pouze studenti posledních ročníků.

Vzhledem ke kvantitativní metodě sběru dat by bylo vhodné získat odpovědi od zhruba 300 respondentů s rovnoměrným zastoupením všech skupin. Bude se jednat o nepravděpodobnostní kvótní výběr, neboť ve výzkumu jsou určité charakteristiky, které je potřeba zohlednit (vzdělání, místo vzdělání, zkušenost s EKT atd.). Velikost kvót se bude odvíjet od celkového počtu studentů medicíny a psychologie v ČR, aby se dala výsledná data co nejlépe aplikovat na ostatní skupinu studentů.

8 Diskuse

Zásadní přínos navrženého projektu spočívá v jeho specifickém designu. Projekt je zaměřený výlučně na studenty medicíny a psychologie, tedy budoucí profesionály v oblasti psychiatrie či klinické psychologie. Ze své pozice tedy budou mít příležitost podílet se na vytváření komplexního obrazu o EKT, který je zbaven hluboce zakořeněné stigmatizace. Činit tak budou moci zejména poskytováním relevantních informací pacientům, ale i obecným rozšiřováním povědomí o této léčebné metodě.

Pokud by ze získaných dat vyplynulo, že skupina studentů v ČR vykazuje nízkou úroveň znalostí s převládajícími negativními postoji k EKT, bylo by vhodné zvážit začlenění informací o EKT do osnov předmětů obou oborů. Takový postup je v souladu s výzkumem Ithman et al (2018).

Za předpokladu, že by se potvrdily jednotlivé hypotézy, bylo by možné učinit následující dílčí závěry. Potvrzení vztahu mezi znalostmi a postoji (H1) by odhalilo naléhavou potřebu zvýšené edukace. Zvýšená úroveň znalostí by tak mohla hrát zásadní roli při destigmatizace EKT. S tím souvisí H2, která vychází z předpokladu, že odborné a racionálního zhodnocení zažitých stereotypů a mýtů o EKT. V případě potvrzení H3 by bylo vhodné do osnov oborů zahrnout přímo praktickou výuku. Potvrzení H4 o vyšší pravděpodobnosti doporučení EKT ze strany osob s kladným k postojem by vedlo k dílčímu závěru, že kladný postoj zvyšuje šanci doporučení léčby pacientovi, tedy i jeho efektivní léčby. Pokud by došlo ke statisticky signifikantnímu rozdílu mezi oběma zkoumanými skupinami (H5), tato skutečnost by dala podnět ke zvážení zařazení výukového bloku o EKT i do osnov oboru psychologie. Zároveň by došlo k odstranění rozporů mezi studiemi Aki et al (2013) a Çelik et al (2021), ze kterých se nepodává jednoznačná odpověď na otázku.

Za hlavní limit navrženého projektu lze označit absenci standardizovaného dotazníku na měření znalostí a postojů k EKT. Tato skutečnost by může mít hlavně ten důsledek, že znemožňuje kvalifikované srovnání výsledků a závěrů s jinými studiemi. Tuto okolnost může navíc umocňovat i samotný překlad dotazníkových metod, kdy v důsledku určitých lingvistických diskrepancí může dojít k mírně odlišným interpretacím. Další limit navrženého projektu spočívá v případné nižší motivaci respondentů k vyplnění dotazníku, což může být způsobeno samotným obecným vnímáním EKT, která je širokou veřejností vnímána v převážně negativním světle. V neposlední řadě nelze odhlížet od faktu,

že výběrový soubor reflektoval pouze úzkou výseč populace, tudíž z něj nelze extrahovat obecnější závěry na širokou veřejnost.

Navržený výzkum je deskriptivního charakteru, z něhož mohou být poznatky využity v navazujících výzkumech, které by byly zaměřeny již na konkrétní způsoby intervencí zaměřených na změnu postojů. Z již provedených výzkumů vyplývá, že edukace v podobě teoretické a praktické výuky přispívá k lepší orientaci v problematice EKT. Jak již bylo uvedeno výše, pozornost by v rámci dalších výzkumů mohla být věnována porovnání jednotlivých intervenčních metod. V rámci budoucích zkoumání by též bylo vhodné zahrnout vliv osobnostních charakteristik, které mohou hrát roli při utváření postojů k EKT. Vlivem empatie na postoje k EKT se dosud zabýval pouze jediný výzkum, a to Cheung et al (2022).

Společenský přínos navrženého výzkumu lze spatřovat ve vytvoření informativního posteru, který na dvou stranách komplexně popisuje základní informace o EKT. Zároveň obsahuje autentické výpovědi pacientů, což může sehrát rozhodující roli při rozhodování, zdali EKT podstoupit. Poster může být navíc distribuován i v nemocnicích či ordinacích ambulantních lékařů, kteří by tak jeho poskytováním mohli přirozenou cestou rozšiřovat povědomí o EKT. Tento způsob rozšiřování informací o EKT by mohl být přínosný mimo jiné proto, že někteří psychiatři vzhledem ke svému apriorně negativním postoji k EKT o této léčebné metodě vůbec neinformují.

Závěr

Tato bakalářská práce se v literárně přehledové části zabývala obecnými aspekty spojenými s elektrokonvulzivní terapií, jejichž ucelené předložení může představovat podklad pro kritické posouzení tématu. Zejména byl čtenáři přiblížen průběh elektrokonvulzivní terapie s ohledem na přínos pro pacienta, ale i nežádoucí účinky. Důraz byl kladen hlavně na převládající postoje široké veřejnosti a na důvody způsobující stigmatizaci elektrokonvulzivní terapie. Rovněž byly představeny metody, jejichž prostřednictvím lze populaci edukovat a postupně se snažit odstraňovat zažitá stereotypy a mýty.

V rámci této bakalářské práce byl představen i návrh výzkumného projektu zaměřený na znalosti a postoje studentů medicíny a psychologie, což je skupina, která může v budoucnu významným způsobem působit na vnímání elektrokonvulzivní terapie širokou veřejností. Výzkumný projekt včetně svých hypotéz je koncipován tak, aby identifikoval problematické oblasti u obou výzkumných skupin, což může sloužit jako podklad pro související výzkumy či osvětové aktivity, tedy činnosti zaměřené na změnu postojů.

Dosavadní výzkumy zaměřené na destigmatizační metody ukazují, že intervence ve formě emocionálně zabarveného obsahu mohou být efektivnější než pouhé předávání informací (Rosselli et al, 1995). Závěry dalších výzkumů (Kitay et al, 2020; Pawlak et al, 2021; Tsai et al, 2020) poukazují na to, že videa představují vysoce efektivní a nenáročný způsob předávání informací o elektrokonvulzivní terapii. Rovněž autentická výpověď pacientů zvyšuje edukativní přínos těchto videí (Tsai et al, 2019). Z hlediska výukové hodnoty nelze přehlížet ani přítomnost studentů při provádění elektrokonvulzivní terapie, neboť provedený výzkum (Ithman et al, 2018) zdůrazňuje pozitiva tohoto přístupu. Za obecně velmi efektivní, nenákladnou a nenáročnou formu osvěty lze považovat poskytování informačních brožur se základní charakteristikou elektrokonvulzivní terapie, což dokládají studie Andrews & Hasking (2004) a Hoffman et al (2018).

Z tohoto důvodu je součástí této bakalářské práce i informační brožura (poster) shrnující nejzásadnější informace o elektrokonvulzivní terapii včetně informovaného souhlasu, průběhu zákroku, nežádoucích účinků, ale i autentických citátů pacientů.

Za zásadní společenský přínos této práce lze považovat předložení uceleného pohledu na elektrokonvulzivní terapii, ale i návrh výzkumu u specifického okruhu respondentů, kteří se v budoucnu mohou zasadit o změnu postojů k této léčebné metodě. Významný

společenský přínos představuje právě i vytvoření informační brožury, která v krátkosti informuje pacienty a jejich blízké o základních aspektech tohoto druhu léčby.

Závěrem je dáno k úvaze zamyšlení nad vytvořením samotného edukativního videomateriálu, který by navázal na navrženým projektem získaná data, případně zařazení více prakticky orientovaných výukových bloků do osnov obou studijních oborů.

Seznam použité literatury:

Aki, O. E., Ak, S., Sonmez, Y. E., & Demir, B. (2013). Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy among medical students, psychology students, and the general public. *The Journal of ECT*, 29(1), 45-50. <http://doi.org/10.1097/YCT.0b013e31826c9f05>

Albrecht, J., & Kališová, L. (2018). Elektrokonvulzivní terapie na počátku 21. století. *Postgraduální medicína*, 20 (6).

Albrecht, J., Švecová, N., Sákrová, A., Mareš, T., Buday, J., Podgorná, G., Magyarová, E., Raboch, J. & Anders, M. (2021, červenec). *Clinical measurement of the time to re-orientation in electroconvulsive therapy for a depressive episode*. Poster prezentovaný na konferenci 19th International Forum on Mood and Anxiety Disorders, Online.

Alexander, L., Malone, K., Counihan, E., Kennedy, J., Roddy, D., & Delaney, L. (2020). Assessing public attitudes to electroconvulsive therapy: validation of the Modified ECT Attitudes Questionnaire using a systematic analysis. *The Journal of ECT*, 36(1), 47-53. <http://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000612>

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Andrade, C., Chanpattana, W., Kramer, B. A., Kunigiri, G., Gangadhar, B. N., & Kitphati, R. (2010). The practice of electroconvulsive therapy in Asia: variations and deviations from the guidelines-a response to Dr Grunhaus. *The Journal of ECT*, 26(1), 34-36. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3181d03773>

Andrade, C., Arumugham, S. S., & Thirthalli, J. (2016). Adverse effects of electroconvulsive therapy. *Psychiatric Clinics*, 39(3), 513-530. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.04.004>

Andrews, M., & Hasking, P. (2004). Effect of two educational interventions on knowledge and attitudes towards electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*, 20(4), 230-236. <https://doi.org/10.1097/00124509-200412000-00008>

Angst, J., Angst, K., Baruffol, I., & Meinherz-Surbeck, R. (1992). ECT-induced and drug-induced hypomania. *Convulsive therapy*, 8(3), 179-185.

Baghai, T. C., & Möller, H. J. (2022). *Electroconvulsive therapy and its different indications*. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(1), 105-117. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.1/tcbaghai>

Besse, M., Methfessel, I., Wiltfang, J., & Zilles, D. (2017). Electroconvulsive therapy in nonconsenting patients. *Der Nervenarzt*, 88(1), 46-52. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0043-3>

Bhat, B. A., Dar, S. A., Hussain, A., & Mir, R. A. (2020). Electroconvulsive Therapy: Knowledge and Attitudes Among Medical Interns and the General Public. *MAMC Journal of Medical Sciences*, 6(2), 100. http://doi.org/10.4103/mamcjms.mamcjms_6_20

Buccelli, C., Di Lorenzo, P., Paternoster, M., D'Urso, G., Graziano, V., & Niola, M. (2016). Electroconvulsive therapy in Italy: will public controversies ever stop? *The Journal of ECT*, 32(3), 207-211. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000301>

Byrne, P., Cassidy, B., & Higgins, P. (2006). Knowledge and attitudes toward electroconvulsive therapy among health care professionals and students. *The Journal of ECT*, 22(2), 133-138.

Çelik, S., Atasoy, N., Ercan, S., & Oğuz, M. (2021). Brief information module: The examination of psychology and medical students knowledge and attitudes toward Electro-Convulsive Therapy (ECT). *Turkish J Clinical Psychiatry*, 24, 77-85. <http://doi.org/10.5505/kpd.2020.47135>

Clements, P., & Turkington, A. (2021). Attitudes of medical students to electroconvulsive therapy. *BJPsych Open*, 7(1), 15-15. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.97>

Coffey, C. E., Weiner, R. D., Djang, W. T., Figiel, G. S., Soady, S. A., Patterson, L. J., ... & Wilkinson, W. E. (1991). Brain Anatomic Effects of Electroconvulsive Therapy A Prospective Magnetic Resonance Imaging Study. *Archives of general psychiatry*, 48(11), 1013-1021. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810350053008>

Coffey, M. J., & Coffey, C. E. (2016). Patient-centered electroconvulsive therapy care: a call to action. *The Journal of ECT*, 32(2), 78-79. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000266>

Crow, T. J. (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia bulletin*, 11(3), 471-488. <https://doi.org/10.1093/schbul/11.3.471>

Dan, A., Grover, S., & Chakrabarti, S. (2014). Knowledge and attitude of patients with psychiatric disorders and their relatives toward electroconvulsive therapy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(3), 264-269. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.135376>

Doležal, A. (2017). Dříve vyslovená přání: Právní a etické úvahy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 7(2), 1-15.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada Publishing.

Eitan, R., & Lerer, B. (2022). Nonpharmacological, somatic treatments of depression: electroconvulsive therapy and novel brain stimulation modalities. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8 (2), 241–258. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.2/reitan>

Elias, A., Ang, A., Schneider, A., & George, K. (2019). Family presence during electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*, 35(2), 91-94.
<https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000559>

Euba, R., & Crugel, M. (2009). The depiction of electroconvulsive therapy in the British press. *The Journal of ECT*, 25(4), 265-269.
<https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3181a4879f>

Evans, G., & Staudenmier, J. J. (2005). Family member presence during electroconvulsive therapy: patient rights versus medical culture. *The Journal of ECT*, 21(1), 48-49.
<https://doi.org/10.1097/01.yct.0000155848.30290.3b>

Fink, M. (2009). *Electroconvulsive therapy: A guide for professionals and their patients*. Oxford University Press.

Fink, P. J. (1992). *Stigma and mental illness*. American Psychiatric Pub.

Gazdag, G., Takács, R., Ungvari, G. S., & Sienaert, P. (2012). The practice of consenting to electroconvulsive therapy in the European Union. *The Journal of ECT*, 28(1), 4-6.
<https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e318223c63c>

Genc, E. S., Wu, H. E., Pinjari, O. F., Fernandez, L. A., Henchcliffe, B. E., Husain, M., & Selek, S. (2020). Image of electroconvulsive therapy in YouTube videos. *The Journal of ECT*, 36(3), 19-21. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000658>

Gergel, T. (2022). ‘Shock tactics’, ethics and fear: an academic and personal perspective on the case against electroconvulsive therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 220(3), 109-112. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.116>

Gillernová, I. (2000). *Slovník základních pojmů z psychologie*. Fortuna.

Goldman, D. (1949). Brief stimulus electric shock therapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 110(1), 36-45.

Grover, S., Sahoo, S., Rabha, A., & Koirala, R. (2019). ECT in schizophrenia: a review of the evidence. *Acta Neuropsychiatrica*, 31(3), 115-127. <https://doi.org/10.1017/neu.2018.32>

Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Jiří Budka.

Hermida, A. P., Sterina, E., Schwab, P. P., Browning, C. M., Chapman, H. M., Pinheiro, A. P. M., & Mori, N. (2022). Ultrabrief right unilateral electroconvulsive therapy for the treatment of the neuropsychiatric symptoms of dementia with Lewy bodies. *The Journal of ECT*, 38(1), 39-44. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000809>

Hoffman, G. A., McLellan, J., Hoogendoorn, V., & Beck, A. W. (2018). Electroconvulsive therapy: the impact of a brief educational intervention on public knowledge and attitudes. *International Quarterly of Community Health Education*, 38(2), 129-136. <https://doi.org/10.1177%2F0272684X17749939>

Holečková, A. (2014). Informovaný souhlas na gerontopsychiatrických odděleních. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 4(2), 1-12.

Hořínková (2017). Vnímání a postavení elektrokonvulzivní terapie v současné psychiatrii. [Disertační práce, Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. <https://is.muni.cz/th/bugik/>

Hosák, L. (2010). *Novinky v elektrokonvulzivní terapii*. Psychiatrie pro praxi, 11(1), 22–24.

Chan, C. Y. W., Abidin, E., Seow, E., Subramaniam, M., Liu, J., Peh, C. X., & Tor, P. C. (2019). Clinical effectiveness and speed of response of electroconvulsive therapy in treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(7), 416-422. <https://doi.org/10.1111/pcn.12855>

Cheung, O., Baker, M., & Tabraham, P. (2022). Improving attitudes toward electroconvulsive therapy. *BJPsych bulletin*, 46(1), 4-10. <https://doi.org/10.1192/bjb.2021.5>

Ithman, M., O'Connell, C., Ogunleye, A., Lee, S., Chamberlain, B., & Ramalingam, A. (2018). Pre-and post-clerkship knowledge, perceptions, and acceptability of electroconvulsive therapy (ECT) in 3rd year medical students. *Psychiatric Quarterly*, 89(4), 869-880. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9585-4>

Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 271–287.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.3/ajablensky>

Jandourek, J. (2012). *Slovník sociologických pojmů*. Grada Publishing as.

Jesalpura, V. R., Dave, K. K., Chauhan, H. Y., Desai, P. B., Gediya, A. J., Patel, D. V., & Gandhi, H. A. (2021). Electro convulsive therapy: knowledge and attitude among medical students. *Indian Journal of Applied-Basic Medical Sciences*, 23(36), 375-384.
<https://doi.org/10.48165/ijabms.2021.23129>

Jiráček, R. (2013). *Demence s Lewyho tělísky*. Psychiatrie pro praxi, 14(4): 158–160.

Kališová, L. (2019). *Elektrokonvulzivní léčba – teorie a praxe*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Kališová, L. (2020). *Stigmatizující metody léčby a péče v psychiatrii*. [Habilitační práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/124244>

Kaster, T. S., Vigod, S. N., Gomes, T., Sutradhar, R., Wijesundera, D. N., & Blumberger, D. M. (2021). Risk of serious medical events in patients with depression treated with electroconvulsive therapy: a propensity score-matched, retrospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 8(8), 686-695. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00168-1)

Kellner, C. H., Obbels, J., & Sienaert, P. (2019). When to consider electroconvulsive therapy (ECT): an expert review with clinical recommendations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(4), 304–315. <https://doi.org/10.1111/acps.13134>

Kellner, C., Knapp, R., Husain, M., Rasmussen, K., Sampson, S., Cullum, M., . . . Petrides, G. (2010). Bifrontal, bitemporal and right unilateral electrode placement in ECT: Randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 196(3), 226-234.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066183>

Khan, A., Mirolo, M. H., Hughes, D., & Bierut, L. (1993). Electroconvulsive therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(3), 497-513.
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30162-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30162-X)

Kirov, G., Jauhar, S., Sienaert, P., Kellner, C. H., & McLoughlin, D. M. (2021). Electroconvulsive therapy for depression: 80 years of progress. *The British Journal of Psychiatry*, 219(5), 594-597. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.37>

Kitay, B., Martin, A., Chilton, J., Amsalem, D., Duvivier, R., & Goldenberg, M. (2020). Electroconvulsive therapy: a video-based educational resource using standardized patients. *Academic Psychiatry*, 44(5), 531-537. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01292-z>

Köhler, R. (2014). *Elektrokonvulzivní terapie*. *Psychiatrie pro praxi*, 15(1): 19-22.

Kramarczyk, K., Ćwiek, A., Kurczab, B., Czok, M., Bratek, A., & Kucia, K. (2020). Does pop-culture affect perception of medical procedures? Report on knowledge and attitude towards electroconvulsive therapy among Polish students. *Psychiatria Polska*, 54(3), 603-612. <https://doi.org/10.12740/PP/109157>

Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie* (2., aktualiz. a přeprac. vyd). Portál.

Kuře, J., Veselská, R., Vysočanová, P., Kintrová, K., Zvoníček, V., Pavlík, M., Halámková, J. & Sláma, O. (2021). *Kapitoly z lékařské etiky*. Masarykova univerzita.

Lava-Parmele, S., Lava, C., & Parmele, J. B. (2021). The Historical Struggles of Modified Electroconvulsive Therapy: How Anesthesia Came to the Rescue. *Journal of anesthesia history*, 7(2), 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.janh.2021.03.001>

Leiknes, K. A., Schweder, L. J. V., & Høie, B. (2012). Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide. *Brain and behavior*, 2(3), 283-344. <https://doi.org/10.1002/brb3.37>

Lesage, A., Lemasson, M., Medina, K., Tsopmo, J., Sebti, N., Potvin, S., & Patry, S. (2016). The prevalence of electroconvulsive therapy use since 1973: a meta-analysis. *The Journal of ECT*, 32(4), 236-242. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000320>

Lima, N. N., Nascimento, V. B., Peixoto, J. A., Moreira, M. M., Neto, M. L., Almeida, J. C., ... & Reis, A. O. (2013). Electroconvulsive therapy use in adolescents: a systematic review. *Annals of general psychiatry*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-17>

Loria, E. (2020). A desirable convulsive threshold. Some reflections about electroconvulsive therapy (ECT). *European journal of analytic philosophy*, 16(2), 123-144. <https://doi.org/10.31820/ejap.16.2.6>

Lutchman, R., D., Stevens, T., Bashir, A. & Orrell, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards and knowledge of electroconvulsive therapy. *Journal of mental health*, 10(2), 141-150. <https://doi.org/10.1080/09638230124779>

Ma, Y., Rosenheck, R., Ye, B., Fan, N., & He, H. (2020). Effectiveness of electroconvulsive therapy in patients with “less treatment-resistant” depression by the Maudsley Staging Model. *Brain & Behavior*, 10(7), 1–7. <https://doi.org/10.1002/brb3.1654>

Mádlová, K., Kališová, L., Albrecht, J., & Michalec, J. (2015). Historický přehled vývoje elektrokonvulzivní terapie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 111(6), 306–313

Mádlová, K., & Albrecht, J. (2016). Elektrokonvulzivní terapie a její vliv na kognitivní funkce. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(1), 36–43.

Marco, C. A., Jesus, J., Phillips, E., & Larkin, G. L. (2015). Should Families Watch CPR in the Emergency Department? *ACEP Now*, 34, 14.

Martin, D. M., Katalinic, N., Ingram, A., Schweitzer, I., Smith, D. J., Hadzi-Pavlovic, D., & Loo, C. K. (2013). A new early cognitive screening measure to detect cognitive side-effects of electroconvulsive therapy? *The Journal of Psychiatric Research*, 47(12), 1967-1974. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.08.021>

Martin, D. M., Tor, P. C., Waite, S., Mohan, T., Davidson, D., Sarma, S., ... & Loo, C. K. (2021). The utility of the brief ECT cognitive screen (BECS) for early prediction of cognitive adverse effects from ECT: A CARE network study. *The Journal of Psychiatric Research*, 145, 250-255. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.023>

McDonald, A., & Walter, G. (2009). Hollywood and ECT. *International Review of Psychiatry*, 21(3), 200-206. <https://doi.org/10.1080/09540260902747888>

McFarquhar, T. F., & Thompson, J. (2008). Knowledge and attitudes regarding electroconvulsive therapy among medical students and the general public. *The Journal of ECT*, 24(4), 244-253. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e318168be4a>

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. <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1293296>

Mutz, J., Vipulanathan, V., Carter, B., Hurlemann, R., Fu, C. H., & Young, A. H. (2019). Comparative efficacy and acceptability of non-surgical brain stimulation for the acute treatment of major depressive episodes in adults: systematic review and network meta-analysis. *The British Medical Journal*, 364. <https://doi.org/10.1136/bmj.11079>

Nagarajan, P., Balachandar, G., Menon, V., & Saravanan, B. (2021). Effect of a video-assisted teaching program about ECT on knowledge and attitude of caregivers of patients with major mental illness. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(1), 45-50. <https://doi.org/10.1177%2F0253717620938038>

Oldewening, K., Lange, R. T., Willan, S., Strangway, C., Kang, N., & Iverson, G. L. (2007). Effects of an education training program on attitudes to electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*, 23(2), 82-88. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3180421a0a>

Ondruška, M. (2012). Dříve vyslovené přání. *Zdravotnické fórum*, 12, 14.

Osler, M., Rosing, M. P., Christensen, G. T., Andersen, P. K., & Jørgensen, M. B. (2018). Electroconvulsive therapy and risk of dementia in patients with affective disorders: a cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 348-356. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30056-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30056-7)

Ottosson, J. O., & Fink, M. (2012). *Ethics in electroconvulsive therapy*. Routledge.

Passione, R. (2006). *Ugo Cerletti: Scritti sull'elettroshock*. FrancoAngeli

Pawlak, S., Wathélet, M., Olivier, F., Fovet, T., & Amad, A. (2021). Impact of an educational video on the representations of electroconvulsive therapy among psychiatrists in Hauts-de-France and Occitanie. *L'encephale*, 47 (5), 441–444. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.02.019>

Pawlak, S. (n.d.). *L'electroconvulsivothérapie*. Dostupné z <https://cutt.ly/uhveyYa>

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. <https://doi.org/10.1097%2F01.pra.0000361277.65468.ef>

Philpot, M., Treloar, A., Gormley, N., & Gustafson, L. (2002). Barriers to the use of electroconvulsive therapy in the elderly: a European survey. *European psychiatry*, 17(1), 41-45. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(02\)00620-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00620-X)

Popiolek, K., Bejerot, S., Landén, M., & Nordenskjöld, A. (2022). Association of Clinical and Demographic Characteristics With Response to Electroconvulsive Therapy in Mania. *JAMA Network Open*, 5(6). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.18330>

Pranjkovic, T., Degmecic, D., Flajsman, A. M., Gazdag, G., Ungvari, G. S., & Kuzman, M. R. (2017). Observing electroconvulsive therapy changes students' attitudes: a survey of Croatian medical students. *The Journal of ECT*, 33(1), 26-29. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000336>

Prudic, J., Olfson, M., & Sackeim, H. A. (2001). Electro-convulsive therapy practices in the community. *Psychological medicine*, 31(5), 929-934.
<https://doi.org/10.1017/S0033291701003750>

Příkryl, R. (2010). Antipsychiecké hnutí. *Psychiatrie pro praxi*, 11 (1), 40–41.

Raboch, J., Uhlíková, P., Hellerová, P., Anders, M., & Šusta, M. (2014). Psychiatrie: Doporučené postupy v psychiatrické péči. *Psychiatrická společnost ČLS JEP*: 183–188.

Rafoul, B., Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., & Roe, D. (2020). Knowledge about, attitudes toward, and willingness to undergo electroconvulsive therapy among mental health patients, staff, and family members. *International Journal of Mental Health*, 49(3), 215-228. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1702613>

Read, J., Cunliffe, S., Jauhar, S., & McLoughlin, D. M. (2019). Should we stop using electroconvulsive therapy? *The British Medical journal*, 364.
<https://doi.org/10.1136/bmj.k5233>

Read, J. (2022). A response to yet another defence of ECT in the absence of robust efficacy and safety evidence. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31.
<https://doi.org/10.1017/S2045796021000846>

Reasoner, J., & Rondeau, B. (2021). *Anesthetic Considerations In Electroconvulsive Therapy*. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576431/>

Ross EL, Zivin K, Maixner DF. (2018). Cost-effectiveness of electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy/psychotherapy for treatment-resistant depression in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(7): 713–22. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0768>

Rosselli, F., Skelly, J. J., & Mackie, D. M. (1995). Processing rational and emotional messages: The cognitive and affective mediation of persuasion. *Journal of experimental social psychology*, 31(2), 163-190. <https://doi.org/10.1006/jesp.1995.1008>

Rozing, M. P., Jørgensen, M. B., & Osler, M. (2019). Electroconvulsive therapy and later stroke in patients with affective disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 214(3), 168-170. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.150>

Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., ... & Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905-1917. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1905>

Sackeim, H. A., Prudic, J., Devanand, D. P., Nobler, M. S., Lisanby, S. H., Peyser, S., ... & Clark, J. (2000). A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. *Archives of general psychiatry*, 57(5), 425-434. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.5.425>

Sackeim, H. A., Prudic, J., Fuller, R., Keilp, J., Lavori, P. W., & Olfson, M. (2007). The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacology*, 32(1), 244-254. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301180>

Sackeim, H. A., Prudic, J., Nobler, M. S., Fitzsimons, L., Lisanby, S. H., Payne, N., ... & Devanand, D. P. (2008). Effects of pulse width and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. *Brain stimulation*, 1(2), 71-83. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2008.03.001>

Shah, N., & Averill, P. M. (2009). Third-year medical students' understanding, knowledge, and attitudes toward the use of electroconvulsive therapy: a pre-exposure and postexposure survey. *The Journal of ECT*, 25(4), 261-264. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3181a48779>

Sharma, N., Ghai, S., & Grover, S. (2017). Knowledge and attitude of nursing students toward electroconvulsive therapy. *The journal of neurosciences in rural practice*, 8(S 01), 7-12. https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp_441_16

Shoirah, H. & Hamoda, H. M. (2011). Electroconvulsive therapy in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11 (1), 127-37. <https://doi.org/10.1586/ern.10.178>

Shorter, E. (2004). The History of ECT: Unsolved Mysteries. *Psychiatric Times*, 21(2), 93.

Schnur, D. B., Mukherjee, S., Sackeim, H. A., Lee, C., & Roth, S. D. (1992). Symptomatic predictors of ECT response in medication-nonresponsive manic patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 53 (2), 63-66.

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>

Snyder, H. R. (2013). Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychological bulletin*, 139(1), 81. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028727>

Solomon, S., Simiyon, M., & Vedachalam, A. (2016). Effectiveness of an educational intervention on medical students' knowledge about and attitude towards electroconvulsive therapy. *Academic Psychiatry*, 40(2), 295-298. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0415-9>

Subramanian, S., Lopez, R., Zorumski, C. F., & Cristancho, P. (2022). Electroconvulsive therapy in treatment resistant depression. *Journal of the Neurological Sciences*, 434, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.120095>

Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113–118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>

Šustek, P., & Holčapek, T. (2016). *Zdravotnické právo*. Wolters Kluwer.

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. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000571>

Tor, P. C., Bautovich, A., Wang, M. J., Martin, D., Harvey, S. B., & Loo, C. (2015). A systematic review and meta-analysis of brief versus ultrabrief right unilateral electroconvulsive therapy for depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(9).

Tørring, N., Sanghani, S. N., Petrides, G., Kellner, C. H., & Østergaard, S. D. (2017). The mortality rate of electroconvulsive therapy: a systematic review and pooled analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(5), 388-397. <https://doi.org/10.1111/acps.12721>

Tsai, J., (2018). *Promoting ECT for veterans with depression*. Dostupné z https://www.youtube.com/watch?v=R1X5xyb_gDE&t=158s

Tsai, J., Huang, M., Wilkinson, S. T., Edelen, C., Rosenheck, R. A., & Holtzheimer, P. E. (2019). A measure to assess perceptions and knowledge about electroconvulsive therapy: development and psychometric properties. *The Journal of ECT*, 36(1), 1-6. <https://doi.org/10.1097/yct.0000000000000609>

Tsai, J., Huang, M., Rosenheck, R. A., & Wilkinson, S. (2020). A randomized controlled trial of video psychoeducation for electroconvulsive therapy in the United States. *Psychiatric Services*, 71(6), 562-569. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900448>

Tsai, J., Huang, M., Wilkinson, S. T., & Edelen, C. (2020). Effects of video psychoeducation on perceptions and knowledge about electroconvulsive therapy. *Psychiatry Research*, 286, 112844. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112844>

Uppal, V., Dourish, J., & Macfarlane, A. (2010). Anaesthesia for electroconvulsive therapy. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 10(6), 192-196. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkq039>

Van Waarde, J. A., & Stek, M. L. (2001). Electroconvulsive therapy effective and safe in 55 patients aged 56 years and older with mood disorders and physical comorbidity. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 145(35), 1693-1697.

Vasavada, M. M., Leaver, A. M., Njau, S., Joshi, S. H., Ercoli, L., Hellemann, G., ... & Espinoza, R. (2017). Short and long term cognitive outcomes in patients with major depression treated with electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*, 33(4), 278. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000426>

Veřejný ochránce práv (2019). Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata. Dostupné z https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/21-2016-NZ-MLU_SZ-ochranne_leceni.pdf

de Vreede, I. M., Burger, H., & van Vliet, I. M. (2005). Prediction of response to ECT with routinely collected data in major depression. *Journal of affective disorders*, 86(2-3), 323-327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.03.008>

Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie* (2., přeprac. a rozš. vyd). Grada.

Walter, G. (1998). Portrayal of ECT in movies from Australia and New Zealand. *The Journal of ECT*, 14(1), 56-60.

Walter, G., Fisher, K., & Harte, A. (2002). ECT in poetry. *The Journal of ECT*, 18(1), 47-53. <https://doi.org/10.1097/00124509-200203000-00013>

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. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.015>

Zalta, E. N., Nodelman, U., Allen, C., & Anderson, R. L. (2002). *Stanford encyclopedia of philosophy*. Dostupné z <https://plato.stanford.edu/entries/paternalism/>

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. (2012). In *Sbírka zákonů* (s.1026-1365). Praha: Ministerstvo vnitra.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). (2011). In *Sbírka zákonů* (s. 4730-4801). Praha: Ministerstvo vnitra

Zervas, I. M., Theleritis, C., & Soldatos, C. R. (2012). Using ECT in schizophrenia: a review from a clinical perspective. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 13(2), 96–105. <https://doi.org/10.3109/15622975.2011.564653>

Seznam zkratek:

APA	American Psychological Association
BECS	Brief ECT Cognitive Screen
DLB	Demence s Lewyho tělísky
EAQ	ECT Attitudes Questionnaire
ECT-PK	ECT perceptions and knowledge
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
EKT	Elektrokonvulzivní terapie
GCS	Glasgow Coma Scale
MOCA	Montrealský kognitivní test
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
TTR	Time to recovery
QUAKE	Questionnaire on Attitudes and Knowledge of ECT

Elektrokonvulzivní terapie

INFORMAČNÍ LETÁK PRO
PACIENTY A JEJICH BLÍZKÉ



Co je to elektrokonvulzivní terapie?

Elektrokonvulzivní terapie, zkráceně EKT a mezi širokou veřejností často používaný název „elektrošoková terapie“, patří k bezpečné metodě, která je v psychiatrii zavedena již přes 80 let. U tohoto typu léčby se používá malé množství léčebného elektrického proudu, které působí na Váš mozek a vyvolává tak umělý epileptický záchvat. Nebojte se, samotná aplikace léčebného proudu trvá v průměru pouze 8 sekund. Elektrokonvulzivní terapie se provádí pouze v celkové anestezii a za využití léků, které umožňují svalovou relaxaci, pro prevenci úrazů. EKT vyvolává nejrůznější neurochemické změny ve Vašem mozku, které působí na mozková centra, podílející se na Vaší náladě, myšlení, spánku a chuti k jídlu. Díky tomu se můžete začít cítit lépe a zotavovat se z Vaší nemoci.

“Dříve jsem vůbec netušil, že existuje léčba, která vám může skutečně zachránit život.”

Komu je EKT doporučována?

V ČR NEDOŠLO K ŽÁDNÉMU
ÚMRTÍ V SOUVISLOSTI S
ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIÍ



Váš psychiatr Vám doporučí elektrokonvulzivní terapii v těchto případech:

- trpíte středně těžkou až těžkou depresí několik let
- vyzkoušeli jste několik typů antidepresiv, a přesto Vám nepomáhají
- Váš život je ohrožen, protože odmítáte jíst a pít
- cítíte se tak špatně, že máte myšlenky na sebevraždu nebo se sebepoškozujete
- trpíte schizofrenií s přidruženou poruchou nálady
- další indikace ...

Nezapomeňte se vždy zeptat svého lékaře, zda pro Vás není EKT vhodná metoda léčby.

ROČNĚ PODSTOUPÍ EKT
V ČR 1000 PACIENTŮ

Co se bude dít při samotné elektrokonvulzivní terapii?

Vzhledem k tomu, že výkon probíhá v plné anestezii, budete požádáni, abyste po určitou dobu nepili a nejedli. Ráno, v den zákroku si však potřebné léky můžete zapít douškem vody. Před samotným zákrokem si dojděte na toaletu. Následně Vás zdravotní personál dovede do místnosti určené k provedení EKT. Budete požádáni, abyste si lehli na lůžko, vyzuli si boty, sundali si brýle a šperky.

Následně Vám anesteziologická sestra zavede kanylu pro podání léků a další personál Vás připojí na monitorovací přístroje (EKG, EEG), včetně měření krevního tlaku, pulsu a krevní saturace. Budou Vám též nalepeny elektrody pro provedení EKT. Anesteziolog Vám na obličej umístí kyslíkovou masku a jakmile usnete, bude Vám aplikována elektrokonvulzivní terapie.

Po probuzení strávíte zhruba 30 minut na pooperačním pokoji, kde budete ještě napojeni na měřicí přístroje a budete mít prostor pro odpočinek.

Jak se budu cítit po výkonu?

Bezprostředně po provedení EKT se můžete cítit unaveně, zmateně a můžete pociťovat bolesti hlavy či svalů. V případě těchto obtíží Vám bude k dispozici personál, který Vám může podat léky na zmírnění bolesti.



“Před absolvováním elektrokonvulzivní terapie jsem se cítila hrozně, dokonce jsem měla sebevražedné sklony. Byla jsem ochotná vyzkoušet cokoliv. Naštěstí mi psychiatr doporučil elektrokonvulzivní terapii.”

Jaké jsou benefity této léčby?

EKT je účinná a rychlá léčebná metoda, funguje rychleji než samotná antidepressiva.

MINIMUM JE 6 -12 SEZENÍ

Jaké jsou vedlejší účinky EKT?

Po EKT u Vás mohou nastat problémy s pamětí, především můžete mít problém vybavit si nedávné události, jména, telefonní čísla či adresy. Ve většině případů však tyto problémy odezní během několik dní či týdnů, nejpozději do 3 měsíců.

V případě, že byste zaznamenali, že Vaše potíže stále přetrvávají, obraťte se na svého lékaře.

“Před elektrokonvulzivní terapií jsem měl velké obavy ze ztráty paměti. Psychiatr mě ale přesvědčil, že ztráta paměti je jen přechodná. Podstatné však je, že výhody této metoda výrazně převažují.“

Kolik aplikací EKT bude potřeba?

Pacienti podstupují léčbu zhruba 2–3 týdně. Počet aplikací se přizpůsobuje individuálně, průměrně je to však 6–12 sezení. Následně Vám může být doporučena pokračovací a udržovací léčba.

BĚHEM DNE BY S VÁMI MĚLA BÝT BLÍZKÁ OSOBA, V PŘÍPADĚ NÁHLÝCH OBTÍŽÍCH.

Doporučení pro ambulantní pacienty

Zhruba po 2 hodinách po zákroku můžete odejít v doprovodu dospělé osoby domů.

Po anestezii nepijte nejméně 1 den alkohol a dodržujte klidný režim. Taktéž se vyhněte důležitým rozhodnutím, včetně podepisování právních dokumentů.

V den provedení EKT se nedoporučuje řídit automobilové vozidlo.

Může být EKT aplikována i bez mé vůle?

NE, JEN POKUD SE JEDNÁ O PŘÍPAD Z TZV. VITÁLNÍ INDIKACE



Před zahájením léčby budete vždy vyzváni k podepsání souhlasu s léčbou EKT a anestezií. Než podepíšete souhlas, měl by Vám lékař poskytnout dostatečné informace o EKT. V případě nejasností a dalších dotazů se na něj neváhejte kdykoliv obrátit. Svým podpisem vyjadřujete jednoznačný souhlas s léčbou.

Nastávají však i situace, kdy pacient není schopen vyjádřit souhlas s léčbou, vzhledem k závažnosti jeho duševního stavu. Jedná se o tzv. vitální indikaci, kdy je pacientovi poskytnuta EKT bez jeho souhlasu. Toto rozhodnutí je však život zachraňující krok.

„Když se mě psychiatr zeptal, co by mi mohlo pomoci, bez váhání jsem odpověděl: „Elektrokonvulzivní terapie mi již jednou pomohla, proto bych chtěl zákrok podstoupit znovu.““

Kde v Praze poskytují EKT?

- Psychiatrická nemocnice Bohnice
- Psychiatrická klinika I.LF UK a VFN
- Ústřední vojenská nemocnice
- Národní ústav duševního zdraví

INFORMAČNÍ LETÁK BYL VYTVOŘEN NA ZÁKLADĚ ODBORNÝCH ZDROJŮ