

BŁAŻEJ KMIECIAK

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Prawa Medycznego
e-mail: bkmieciak@o2.pl

Elektrowstrząsy – od lęku do nadziei

Abstract. *The treatment of mentally ill people arouses special interest. Disorders such as schizophrenia, depression, phobia or mania are still largely a mystery for scientists. Although medicines used in psychiatry are increasingly effective, it must be emphasized that psychiatry does not have any methods allowing to use them successfully on all patients who experience these diseases / disorders. Searching for materials related to the treatment of mental illnesses one can find information on electroconvulsive therapy (ECT). It turns out that this therapy is successfully used in e.g. the treatment of deep depression. On the other hand, these interventions still arouse social anxiety. There is a fear that psychiatry uses unethical methods of treatment causing the suffering of patients. These methods have been shown e.g. in the film “One Flew Over the Cuckoo’s Nest”.*

Keywords: *Electroconvulsive Therapy (ECT), human rights, psychiatry, mental illness, human dignity*

Wprowadzenie

W latach 1966, 1967 i 1968 w szpitalu psychiatrycznym *Casa de Saúde Dr. Eiras* w Rio de Janeiro leczony był jeden z najpopularniejszych brazylijskich pisarzy – Paulo Coelho. Autor, jak sam podaje, znalazł się tam w związku z diagnozą lekarza psychiatry, w której określony został jako jednostka zbuntowana i aspołeczna. Coelho w swoich pamiętnikach zwrócił uwagę, że szpital był dla niego jak więzienie, w którym permanentnie panuje nastrój smutku: pacjenci nie mieli prawa kontaktować się telefonicznie ani listownie z rodziną, a wszelkie zachowania, które

mogłyby świadczyć o ich uzależnieniu, były rygorystycznie tępione. Wspomina także, że w momencie, gdy zaczęto podejrzewać go o lekomanie, lekarz zagroził, iż na siłę zaaplikuje mu insulinę oraz podda go przymusowej terapii elektrowstrząsowej. Coelho w pamiętniku przywołuje wypowiedź opiekującego się nim dr. Benjamina: „Więc zrób coś [...]. Przyzwyczaiłeś się do tej sytuacji. Posłuchaj, jeśli nic się nie zmieni, zapomnę o swojej odpowiedzialności lekarskiej i zwołam członków zespołu medycznego, żeby poddali cię elektrowstrząsom, zaaplikowali insulinę i glukozę – to, co sprawi, że zapomnisz i staniesz się bardziej posłuszny”. Omawiane refleksje wspomniany autor zawarł w tekście noszącym tytuł *Odpoczywając w więzieniu*. Coelho podkreślał w swoich codziennych zapiskach, że najtrudniejszy był dla niego brak informacji na temat planowanego terminu zakończenia terapii, co m.in. uświadomiło mu dysproporcję pomiędzy nim, posłusznym pacjentem, a personelem, który w imię dobra terapeutycznego mógł podejmować różne działania przymusowe, np. obowiązkowe strzyżenie włosów pacjentom¹.

Opisane powyżej wspomnienia ukazują rzeczywistość szpitala psychiatrycznego jako instytucji totalnie panującej nad pacjentem. Koncepcja instytucji totalnej powstała w 1961 r., a jej autorem był Erving Goffman. Wedle jego definicji instytucja totalna to miejsce, w którym w sposób formalny kieruje się życiem dużego skupiska osób znajdujących się na tym samym terenie. Goffman wyróżnił pięć kategorii tego rodzaju instytucji. Do pierwszej zaliczył organizacje niosące pomoc osobom, które samodzielnie nie potrafią egzystować: domy opieki, domy dla osób starszych. Drugą grupę stanowią instytucje udzielające pomocy osobom, które ze względu na objawy chorobowe mogą być niebezpieczne dla siebie lub innych: szpitale psychiatryczne oddziały dla chorych na gruźlicę. Do kolejnej kategorii należą miejsca odosobnienia przeznaczone dla sprawców czynów karalnych, w opinii Goffmana są to zarówno więzienia, jak i obozy koncentracyjne. Czwarta odnosi się do organizacji, w których na rozległych terenach wykonywana jest praca przez dużą liczbę pracowników: koszary, szkoły z internatem, obozy pracy. Do ostatniej grupy instytucji o totalnym charakterze Goffman zaliczył miejsca „ucieczki od świata”, w których ludzie szukają schronienia, wyciszenia, możliwości odbywania ćwiczeń duchowych: klasztory, seminaria, opactwa itd.² Choć wspomniana koncepcja spotkała się z krytyką części badaczy³, to jednak nie można pominąć faktu, iż także w czasach dzisiejszych szpital psychiatryczny

¹ P. Coelho, *Odpoczywając w więzieniu*, w: P. Grace i in. (red.), *Wolność – istota bycia człowiekiem*, Wyd. G + J, Warszawa 2009, ss. 328–343.

² E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011, ss. 14–15.

³ Wskazuje się w tym miejscu, że twierdzenie o automatycznym naruszaniu praw człowieka doświadczającego zaburzeń psychicznych nie ma uzasadnienia w konkretnych faktach oraz doświadczeniach klinicznych. Dodaje się poza tym, iż nie można w jednej grupie instytucji totalnych umieszczać szpitali psychiatrycznych oraz obozów koncentracyjnych. Zob. M. S. Davis, *Legitimators of the Sociological Investigation of Human Experience*, „Qualitative Sociology”

jest przykładem miejsca, które wzbudza z jednej strony lęk, a z drugiej społeczne zainteresowanie⁴. Odnosząc się do szeroko rozumianego lecznictwa psychiatrycznego, na pewnym etapie natrafiamy na wspomnianą przez Paulo Coelho metodę leczenia za pomocą elektrowstrząsów (dalej: EW). Janusz Heitzman, analizując historie oraz współczesne użycie elektrowstrząsów, podkreśla, że metoda ta wzbudza nadal lęk z racji na kojarzenie jej z drastycznymi obrazami zaczerpniętymi z filmów *Lot nad kukułczym gniazdem* oraz *Piękny umysł*. Wspomniany psychiatra wskazuje jednak, że podobne działania aktualnie stanowią przykład postępowania szczególnie istotnego w chwili ratowania życia pacjenta doświadczającego np. psychozy o katatonicznym charakterze lub depresji lekoopornej. Autor ten zwrócił uwagę również na powiązane z omawianą metodą, szeroko rozumiane zjawisko lęku przed osobami chorymi psychicznie. Heitzman, uwypuklając to zjawisko, podkreśla, że „Lęk [przed nimi – B.K.] był zawsze. Chorych psychicznie wręcz wzbudzano do wywoływania lęku. [...] To co niezrozumiałe i niepoznane zawsze budzi strach”⁵. Być może zatem podobne zjawisko odnieść można do wspomnianej powyżej metody terapii pacjentów za pomocą urządzeń elektrycznych. Być może lęk przed wspomnianą metodą wynika przede wszystkim z niezajomości jej sposobu działania. Jak zatem działają elektrowstrząsy? Czy w dzisiejszych czasach rozwoju nowoczesnej psychofarmakologii oraz mikrochirurgii nie ma leczniczej – mniej kontrowersyjnej – alternatywy? Być może są już dzisiaj dostępne inne metody psychochirurgiczne, które nie wywołując tak obecnego nadal społecznego lęku, są w stanie wpłynąć pozytywnie na stan zdrowia pacjenta?⁶

1. Elektryzująca historia

Zgodnie z oficjalnymi informacjami zabiegi elektrowstrząsów zostały wprowadzone do medycyny w 1938 r. Jak wskazuje Robert T. Hese: „Mimo upływu czasu i postępów psychofarmakoterapii nadal należą one do najskuteczniejszych metod leczenia w psychiatrii, nieraz ratujących życie. Dotychczas żaden lek przeciwdepresyjny nie okazał się bardziej skuteczny od ECT [elektrowstrząsów – B.K.] w terapii depresji”. Wspomniany psychiatra wskazuje ponadto, że „Według szacunkowych danych w samych Stanach Zjednoczonych co najmniej 50 000 pacjentów

vol. 20, 3/1997, ss. 375–376; R.M. Weinstein, *Goffman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients*, „Orthomolecular Psychiatry” vol. 11, 4/1982, ss. 267–271.

⁴ Zob. w tym kontekście: A. Ostrowska, *Postawy społeczeństwa polskiego wobec osób niepełnosprawnych*, w: E. Zakrzewska-Manterys, A. Gustavsson (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Żak, Warszawa 1997, s. 82.

⁵ P. Walewski, *Władza nad psyche – rozmowa z prof. Januszem Heitzmanem*, „Niezbędnik Inteligenta – Bioetyka: spory na życie i śmierć”, Seria tygodnika „Polityka” 3/2015, s. 53.

⁶ We wstępie autor wykorzystał niepublikowany fragment własnej pracy doktorskiej pt. *Prawa pacjenta i ich ochrona. Studium socjologiczne*.

rocznie jest leczonych elektrowstrząsami”⁷. Częstość powtarzana w środowisku psychiatrów historia opisuje, że Ugo Cerletti, jeden z twórców metody EW, wpadł na pomysł terapeutycznego wykorzystania prądu pod wpływem pewnego zdarzenia: włoski psychiatra był świadkiem sytuacji, w której pewien człowiek został porażony prądem. Po wspomnianym incydencie okazało się, iż osoba ta cierpiała na zaburzenia psychiczne, których objawy wykazywały mniejsze natężenie po wspomnianym incydencie⁸. Nie w pełni jest to jednak prawda. Historycy medycyny oraz psychiatrzy analizujący zagadnienie metody EW zaznaczają, że pierwsze próby jej wykorzystania odbywały się już na początku naszej ery, gdy w terapii licznych schorzeń proponowano wykorzystanie niskich ładunków prądu uzyskiwanego w wyniku pocierania bursztynów lub też gatunków ryb generujących prąd elektryczny. Podobne praktyki stosowane są nadal w ezoteryce oraz medycynie ludowej⁹. Jak podkreśla polski badacz wspomnianego zjawiska Tomasz Zyss, wprowadzenie szeroko stosowanych zabiegów EW połączone było ściśle z bardzo rozwiniętymi badaniami związanymi z wpływem drgawek ludzkiego ciała na poprawę stanu zdrowia konkretnej osoby. W analizach historycznych pojawił się bowiem pogląd wskazujący, że czynniki wywołujące padaczkę mogą mieć pozytywny wpływ na stan zdrowia psychicznego osoby ze schizofrenią. Dlatego też przez wiele lat podejmowano próby terapii, w których głównym elementem leczniczym było wykorzystanie sztucznie wywołanych drgawek ciała. Zdaniem Zysa „Głównym założeniem koncepcji terapeutycznej Meduny, dotyczącej stosowania napadów drgawkowych w leczeniu schizofrenii, był ówczesny pogląd (który w okresie późniejszym nie znalazł potwierdzenia), iż padaczka i schizofrenia są schorzeniami mającymi antagonistyczny charakter (>biologiczny antagonizm«)”¹⁰. Przywołany przez Zysa Laszko von Maduna był węgierskim psychiatrą sugerującym, że w zaburzeniach o charakterze schizofrenii dochodzi do zaniku komórek glejowych w mózgu. Z kolei w padaczce zaobserwować można odwrotną sytuację biologiczną, która wywoływana w sposób sztuczny mogła powodować zmniejszenie występowania objawów psychotycznych¹¹. Wspomniany Ugo Cerletti uznawany jest za twórcę metody EW wyłącznie w tym sensie, że jako pierwszy dokonał obserwacji sugerującej, iż odpowiednie zastosowanie drgawek ciała za pomocą prądu może przyczynić się niejako do wyciszenia objawów choroby¹².

⁷ R. T. Hese, *Miejsce elektrowstrząsów we współczesnej terapii psychiatrycznej*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” t. 7, 1/2007, s. 30.

⁸ Z podobnymi opisami autor spotkał się w trakcie pełnienia funkcji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

⁹ T. Zyss, R. Hese, A. Zięba, *Terapia wstrząsowa w psychiatrii – rys historyczny*, „Psychiatria Polska” 6/2008, s. 801.

¹⁰ *Ibidem*, s. 798.

¹¹ *Ibidem*,

¹² W Simon, *Elektrowstrząsy*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia bioetyki*, Wyd. Polwen, Radom 2008, s. 198.

Zabiegi EW zapisały się w społecznej pamięci przede wszystkim jako metoda, która bezpośrednio przyczynia się do wystąpienia szkody po stronie pacjenta. Największe kontrowersje związane z omawianymi działaniami dotyczą szczególnie sposobu ich przeprowadzania. Zwraca się uwagę, że przez wiele lat działania te wykonywane były nierzadko w sposób przymusowy, bez zastosowania środków zwiotczających mięśnie, znieczulenia lub narkozy. Jak podkreśla Janusz Heitzman, siłowe przytrzymywanie pacjenta było wprost powiązane z poglądem dotyczącym pozytywnych efektów doświadczanych przez pacjenta drgawek. Jak dodaje: „To skrepowanie było potrzebne, aby chorzy nie zrobili sobie krzywdy, np. spadając z łóżka, łamiąc się, odgryzając język. Może gdyby od samego początku stosować przy tych zabiegach znieczulenia, jak robi się to obecnie, odium nie byłoby tak straszne”¹³. Działania te zostały w bardzo dokładny sposób przedstawione w filmie *Lot nad kukułczym gniazdem*. Jeden z bohaterów tego filmu, Wielki Wódz, w literackim pierwowzorze określa miejsce wykonywania zabiegów EW mianem „wstrząsówki” lub „rzeźni umysłów”. Inny z bohaterów – Harding – w ten oto sposób definiuje omawianą metodę: „Wstrząsówką, drogi McMurphy, nazywamy potocznie gabinet z aparaturą elektrowstrząsową. Aparatura ta z powodzeniem zastępuje środki nasenne, krzesło elektryczne i narzędzia tortur. Zabieg jest chytrze pomyślany: prosty i tak szybki, że niemal bezbolesny, ale nikt mu się nie chce poddać po raz drugi. Za nic”¹⁴.

Paulo Coelho we wstępie do swojego pamiętnika wspomina, że lekarze kilka razy straszili go omawianymi tu zabiegami¹⁵. Ken Kesey z kolei podkreślał, że EW było stosowane nie tylko jako procedura terapeutyczna, ale nade wszystko jako działanie będące dla pacjenta karą¹⁶. Panikę przed elektrowstrząsami potęguje również fakt kojarzenia ich (a nierzadko mylenia) z zabiegami lobotomii. Wspomniana metoda psychochirurgiczna – obecnie zabroniona – polegała na przecinaniu połączeń pomiędzy płatami czołowymi (to w nich bowiem powstają urojenia) a pozostałą częścią mózgu (np. odpowiadającym za emocje układem limbicznym). Historycy psychiatrii podkreślają, że część chirurgów wycinała całe płaty czołowe. Takie działania w dzisiejszych czasach uznawane są za metodę barbarzyńską. Jak się jednak okazuje, podobne techniki cieszyły się dużym uznaniem jeszcze w latach 50. oraz 60. XX wieku. Celem lobotomii było zapobieganie agresywnym oraz autoagresywnym zachowaniom pacjentów chorych psychicznie.

¹³ P. Walewski, *Władza nad psyche...*, s. 53.

¹⁴ K. Kesey, *Lot nad kukułczym, gniazdem*, Świat Książki, Warszawa 2000, s. 52.

¹⁵ W książce pt. *Weronika postanawia umrzeć*, powstałej na bazie doświadczeń ze szpitala psychiatrycznego, Paulo Coelho – ustami jednego z bohaterów, Edwarda – w ten oto sposób opisuje elektrowstrząsy: „Gdy Edward poczuł wstrząs elektryczny, wróciło to, co dobrze znał – powoli tracił wzrok, tak jakby ktoś zasuwał zasłonę, aż wszystko zupełnie zniknęło. Nie czuł żadnego bólu, nie cierpiał, ale widział już innych pacjentów poddawanych elektrowstrząsom i wiedział, jak przeraźliwy byt to widok”. Zob. P. Coelho, *Weronika postanawia umrzeć*, Drzewo Babel, Warszawa 1998 (korzystałem z wersji elektronicznej, s. 98).

¹⁶ Ibidem,

Poprzez oddziaływanie chirurgiczne chciano zlikwidować źródła doznań określanych w czasach dzisiejszych mianem objawów psychotycznych lub też objawów pozytywnych psychozy. Chciano ponadto skrócić okres hospitalizacji. W efekcie powyższego pacjenci częstokroć doświadczyli trwałych zmian neuropsychologicznych (organiczno-osobowościowych): zachowywali się jak po rozległym udarze mózgu, nie kontrolowali czynności fizjologicznych, wymagali stałej opieki innych osób, doświadczyli trwałego upośledzenia czynności intelektualnych¹⁷. Metoda ta również została przedstawiona w książce oraz filmie *Lot nad kukułczym gniazdem*.

2. EW, czyli,...

Do stosowania EW używa się obecnie specjalnych aparatów określanych mianem konwulsatorów. W urządzeniach tych istnieje możliwość dokładnego dawkowania napięcia, natężenia oraz czasu przepływu prądu. Czas przepływu prądu waha się w granicach 0,1–1,5 s. Zalecane jest, aby w trakcie trwania zabiegu, wykonywanego pod narkozą, z zastosowaniem leków zwiotczających mięśnie, wykorzystywano do monitoringu aparat EEG. Coraz częściej w terapii stosuje się aparaty posiadające możliwość zredukowania energii impulsu z 170 J do 22 J, co zdaniem profesorów psychiatrii Adama Bilikiewicza i Stanisława Pużyńskiego „daje w efekcie parametry mające optymalną wartość stymulacji przy minimalnej wartości energii, a więc dające niewielkie działanie na oun. Profil impulsów jest podobny do naturalnych potencjałów występujących w mózgu”¹⁸. W efekcie modyfikacje te pozwalają na zminimalizowanie występowania objawów niepożądanych, takich jak zaburzenia pamięci. Aby zmniejszyć prawdopodobieństwo występowania podobnych objawów, istnieje także możliwość ustawienia elektrod tylko na jednej (niedominującej) półkuli¹⁹.

Ze stosowaniem zabiegów EW wiąże się pewien paradoks. Z jednej strony należy się zgodzić z Tomaszem Zyssem, który zaznacza, że „istotną rolę w utrzymaniu się zabiegów EW w repertuarze leczenia psychiatrycznego mogło mieć potwierdzenie skuteczności i bezpieczeństwa tej metody w badaniach eksperymen-

¹⁷ W Stanach Zjednoczonych szczególnym zainteresowaniem opinii publicznej cieszyła się informacja wskazująca, że siostra prezydenta Johna Kennedy’ego, Rosemary Kennedy, została poddana lobotomii w 1941 r. Postępowanie to miało doprowadzić do stabilizacji jej drastycznie zmieniających się nastrojów. W efekcie stan jej zdrowia w sposób istotny się pogorszył. Ataki szału oraz zmienność nastroju ustąpiły. Doszło niestety do emocjonalnego stępienia, całkowitego uzależnienia siostry prezydenta od otoczenia oraz istotnego obniżenia poziomu inteligencji. Zob. szerzej: M.A. Jacques, *Nauka psychologii. Część 3: Metodologia i teoria psychologii*, „Michael” 58/2010, XII, ss. 13–15. W części pracy dotyczącej lobotomii autor wykorzystał materiały zebrane w trakcie pisania własnej pracy doktorskiej.

¹⁸ A. Bilikiewicz, S. Pużyński, *Samoterapia zaburzeń psychicznych*, w: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria – podręcznik dla studentów psychiatrii*, PZWL, Warszawa 2006, s. 505.

¹⁹ Ibidem.

talnych...”²⁰ Część badań wskazuje na skuteczność omawianej terapii na poziomie 75–85%. Bilikiewicz i Pużyński zwracają uwagę, że np. w katatonii (rodzaj schizofrenii z niebezpiecznym dla życia osłupieniem) nierzadko wystarczają zaledwie 2–3 zabiegi (w standardowej kuracji jest ich najczęściej 10–12), by dostrzec spektakularny efekt, który najczęściej objawia się możliwością nawiązania komunikacji werbalnej z pacjentem, który wcześniej nie reagował na żadne bodźce²¹. W porównaniu z pozytywnymi efektami leczenia farmakologicznego na poziomie 30–40% w przypadku np. depresji, elektrowstrząsy mogą budzić nadzieję w sytuacjach kryzysu psychicznego²². Jak się jednak okazuje, EW z perspektywy społecznej nadal wzbudzają liczne obawy. Podobne opinie nie są obce przedstawicielom środowiska medycznego. W opinii Hansa Joachima Hauga i Reiner T. Schaub omawiana technika oddziaływań psychiatrycznych winna być stosowana jedynie w pojedynczych przypadkach. Wspomniani psychiatrzy zalecają, by z racji na liczne kontrowersje, jakie wywołuje metoda EW, zasięg jej stosowania był w miarę możliwości ograniczany²³. O wspomnianych kontrowersjach tak wypowiada się Tomasz Zyss: „Metodę tę opisywano jako »barbarzyński anachronizm«, »karny szok«, »metoda anihilacyjna«, »metoda niszcząca mózg i osobowość pacjenta«. Wielu uznaje ją za symbol niehumanitarnej i restrykcyjnej psychiatrii. Dla nieprofesjonalisty nosi ona znamię barbarzyństwa, bo polega na przepuszczeniu przez czaszkę (mózg) prądu elektrycznego”. Zyss trafnie dostrzega, że „Dla wielu lekarzy może wydawać się z kolei anachroniczna między innymi wobec małej wiedzy o ECT, błędnym wyobrażeniu o omnipotencji farmakoterapii oraz mnogości teorii tłumaczących działanie elektrowstrząsów; często podnosi się twierdzenie, że nie wiadomo, jak w ogóle działa. Opinia publiczna kojarzy jej stosowanie z działaniami represyjnymi, wstecnictwem lub bezradnością leczenia psychiatrycznego”²⁴. W tym momencie pojawia się w istocie fundamentalne pytanie: Czy wiadomo, jak działają elektrowstrząsy? Powyższa wątpliwość winna zostać doprecyzowana. Dlaczego bowiem po zabiegach EW obserwujemy niezwykle często spektakularne efekty, niespotykane w innych formach terapii?

Zdaniem ekspertów terapia ta posiada dokładnie taki sam efekt, jak dłużej trwające leczenie przeciwdepresyjne. Wskazuje się w tym miejscu, że stosowanie EW

²⁰ T. Zyss, *Elektrowstrząsy oraz inne nowe techniki stymulacji elektrycznej i magnetycznej w terapii depresji – zagadnienia placebo i zapewnienie warunków ślepej próby oraz inne problemy metodologiczne*, „Psychiatria Polska” 1/2011, s. 102.

²¹ A. Bilikiewicz, S. Pużyński, *Samoterapia zaburzeń psychicznych*, s. 505.

²² S. Orczyk, *Czy leki przeciwdepresyjne są rzeczywiście skuteczne?*, Synapsis Online, <http://online.synapsis.pl/Leczenie-farmakologiczne-depresji/Czy-leki-przeciwdepresyjne-sa-rzeczywiscie-skuteczne.html> [3.03.2015].

²³ H.J. Haug, R.T. Schaub, *Inne metody biologiczne*, w: H.J. Freyberger, W. Schneider, R.D. Stieglitz (red.), *Kompendium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*, PZWL, Warszawa 2005, s. 257.

²⁴ T. Zyss, *Kontrowersje i uwagi krytyczne dotyczące terapii elektrowstrząsowej*, „Psychiatria” t. 7, 1/2010, s. 40.

wpływa na zmniejszenie się liczby receptorów adrenergicznych przy jednoczesnej modyfikacji ich gęstości. Nieco bardziej obrazowo opisała wspomniane zjawisko Jennifer Perrin. Badaczka ta pracująca na Uniwersytecie w Aberdeen, w Szkocji, w swoich badaniach stara się zrozumieć zasady działania wspomnianej metody terapeutycznej. Zdaniem Perrin elektrowstrząsy można porównać do regulatora głośności w wieży Hi-Fi. Wyniki badań przeprowadzanych na pacjentach cierpiących na depresję lekooporną sugerują, że zabiegi prowadzą do usunięcia „nadkomunikacji” w mózgu. Mowa tutaj o mózgowych połączeniach funkcjonalnych, czyli wewnętrznych wzorach komunikacyjnych. Badania wykonane za pomocą fMRI – funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (*functional magnetic resonance imaging*), „przyniosły rezultaty, z których wynika, iż zastosowanie EW prowadzi do wyłączenia nadaktywnych połączeń pomiędzy regionami mózgu odpowiadającymi za nastrój i emocje. To dzięki temu u pacjentów »dotkniętych przez depresję« występuje poprawa w zakresie koncentracji uwagi. Nadal jednak nie wiadomo, dlaczego pomimo podobnej zasady działania pomiędzy EW i środkami antydepresyjnymi jedynie w pierwszym przypadku obserwujemy często spektakularny efekt”²⁵. Przyczyny pojawienia się tej niewiadomej wyjaśnia prof. Robert T. Hese, który podkreśla, że „Elektrowstrząsy są metodą empiryczną. Mimo że stosuje się je od wielu lat, nieznanym jest mechanizm ich terapeutycznego działania. Najwięcej badań przeprowadzono, stosując ECT na zwierzęcych modelach depresji, których wyniki trzeba traktować z ostrożnością ze względu na niemożność ich prostego odniesienia do psychiatrii klinicznej”²⁶. Jak dodaje wspomniany klinicysta, trudność z pełną oceną omawianych procedur terapeutycznych polega również na braku możliwości pełnego odniesienia ich rezultatów do skutków stosowania np. terapii farmakologicznej, która w przypadku terapii również posiada liczne tajemnice. Zaliczyć do nich należy chociażby wszelkie elementy związane ze stosowaniem preparatów placebo, a więc środków, które nie posiadając żadnej substancji czynnej, mają oddziaływać leczniczo na pacjenta, przekonanego o ich skuteczności²⁷.

3. Perspektywa socjoetyczna

Chcąc w pełni wskazać aktualną ocenę zabiegów EW, należy zaznaczyć, że w Polsce zaliczane są one do form terapii o podwyższonym ryzyku. Oznacza to, iż ich zastosowanie wymaga od lekarza uzyskania odrębnej zgody pacjenta²⁸. Warto również

²⁵ *Tajemnica terapii wstrząsami bliska rozwiązania?*, <http://www.biomedical.pl/aktualnosci/tajemnica-terapii-wstrzasami-bliska-rozwiazania-5459.html> [13.03.2015].

²⁶ R. T. Hese, *Miejsce elektrowstrząsów...*, s. 31.

²⁷ T. Zyss, *Elektrowstrząsy...*, s. 98.

²⁸ Par. 1 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody. Dz.U z 2012 r., poz. 494.

dodać, że omawiane oddziaływania lecznicze stosowane są często jako „metoda ostatniej szansy”, która poprzedzona jest licznymi konsultacjami, mającymi na celu wykrycie ewentualnych przeciwwskazań klinicznych (wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, przebyty, świeży zawał mięśnia sercowego, tętniak, odklejona siatkówka, zakrzepowe zapalenie żył). Stąd też nim pacjent trafi na salę zabiegową, najpierw poddawany jest konsultacji: neurologa, kardiologa lub internisty. Zdarzają się sytuacje, w których to negatywna ocena stanu zdrowia pacjenta uniemożliwia zastosowanie elektrowstrząsów. Z drugiej jednak strony należy podkreślić, że jak zaznaczył prof. Janusz Heitzman, w sytuacji doświadczania przez pacjenta stanów psychozy o charakterze katatonicznego osłupienia lub w przypadku wystąpienia objawów głębokiej depresji postępowanie to traktowane jest jako interwencja ratująca nie tylko zdrowie, ale i życie pacjenta. W podobnych sytuacjach niemożliwe jest uzyskanie zgody pacjenta na leczenie. Zgodnie z zapisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w podobnej sytuacji, lekarz może przeprowadzić zabieg po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Jeśli jednak oczekiwanie na postanowienie sądu spowodować może zagrożenie dla pacjenta, wówczas lekarz może podjąć interwencję leczniczą – w tym przypadku zastosować zabiegi EW – bez zgody sądu, wcześniej uzyskawszy w miarę możliwości opinię innego specjalisty²⁹.

Opisane w tym miejscu wskazania zapewne nie zniwelują licznych obaw, jakie pojawić się mogą w sytuacji, gdy podobnemu działaniu ma być poddawana kobieta w trzecim trymestrze ciąży. Z całą bowiem pewnością dla przeważającej części opinii publicznej może być zaskoczeniem, że stosowanie EW w ciąży nie tworzy żadnego zagrożenia dla rozwijającego się w organizmie matki dziecka. Tego typu niebezpieczeństwo istnieje natomiast w przypadku podawania leków psychotropowych, stabilizatorów nastroju lub środków przeciwdepresyjnych³⁰.

Z perspektywy szeroko pojętej etyki w zabiegach EW nie znajdziemy elementów, które powodowałyby, że określone działanie należy uznać za niedopuszczalne. Środowisko medyczne/psychiatryczne nauczone doświadczeniami historycznymi posiada pełną świadomość, iż w tak specyficznie postrzeganej przez społeczeństwo metodzie (także specyficznie realizowanej) wszelkie działania muszą być wykonywane w sposób w pełni transparentny. Stąd też w Polsce, ale także w innych krajach o ugruntowanym systemie demokracji działania przymusowe w powyższym zakresie mogą być wykonywane jedynie za zgodą sądu³¹. Warto również dodać, iż w Polsce od 10 lat analizą konkretnych sytuacji zastosowania wobec pacjenta przymusowych zabiegów EW zajmują się niezależni urzędnicy pełniący na terenie

²⁹ Art. 34 Ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 152 z późn. zm.

³⁰ Szerzej: A. Kalinowski, *Pozycja elektrowstrząsów w terapii zaburzeń psychicznych*, „Psychiatria Polska” 1/1991, ss. 61–69; M. Rzewuska, *Zaburzenia psychiczne w ciąży i poporodowe oraz ich leczenie*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 9/2009, ss. 18–28.

³¹ Wszyscy powyżej cytowani autorzy zwracali uwagę, iż środowisko psychiatrów w pełni dostrzega nadal istniejący w społeczeństwie lęk przed omawianą metodą.

konkretnego oddziału funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Wspomniani eksperci są niezależni od władz szpitala. Są oni pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie. Posiadając niezależną pozycję, mają możliwość krytycznej oceny konkretnej sytuacji³².

Pewne wątpliwości natury etycznej pojawiają się jednak w związku z najnowszymi trendami w psychochirurgii. Należy wspomnieć o głębokiej stymulacji mózgu – DBS (*deep brain stimulation*). Zdaniem Tomasza Zyssa podobna interwencja jest „uznana za najbardziej inwazyjną obecnie metodę leczenia psychiatrycznego. Polega ona na zaimplantowaniu, za pomocą technik stereotaktycznych, pary elektrod do głębokich struktur mózgowia”³³. W Polsce mamy już przykłady podejmowania podobnych interwencji w takich schorzeniach, jak: lekooporna epilepsja, choroba Parkinsona, dystonia, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne oraz przewlekły ból. Wspomniany autor wskazuje, iż uzasadnieniem dla podjęcia podobnych działań jest brak rezultatów w podejmowanych innych interwencjach medycznych, w tym w stosowanym uprzednio EW. Zdarzają się ponadto sytuacje, w których to część pacjentów nie reaguje nie tylko na elektrowstrząsy, ale również na leki. Zyss tym samym zwraca uwagę, że nieuniknione są tu obawy etyczne. Chirurgiczne zabiegi mające na celu modyfikację ludzkiej psychiki w sposób nieunikniony przypominają mogą interwencję w postaci lobotomii. Ponadto pojawiają się problemy z opracowaniem weryfikowalnych metodologicznie narzędzi służących do oceny skuteczności „instalowanych” w ludzkim organizmie prądowych stymulatorów. Część pacjentów – kwalifikowanych psychiatrycznie do zabiegów – nie może być poddana operacji z racji na stan somatyczny. W tym aspekcie warto również wskazać na niebezpieczeństwo pojawienia się technicznych możliwości zewnętrznego starowania ludzkimi emocjami³⁴.

Zasadne wydaje się w tym kontekście zwrócenie uwagi na działania, jakie podejmowane są w powyższym zakresie poza granicami Polski. Naukowcy z University Health Network w Toronto zastosowali metodę EW u 20 pacjentów cierpiących na depresję lekooporną. Jak podają w opublikowanych ma łamach „American Journal of Psychiatry” wynikach, u 12 pacjentów utrzymuje się stan, który sami określają jako wyraźna poprawa (pacjenci zostali wyposażeni w urządzenia, dzięki którym w pewnym stopniu sami regulowali poziom stymulacji Pola Brodmanna 25, a więc obszaru obficie wyposażonego w przekaźniki serotoniny). W wypadku jednak

³² Szerzej: B. Łoza, R. Wójcik, *Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego: nowe doświadczenia, stare błędy*, „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny” 1/2010, s. 38; B. Kmiecik, *Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego jako strażnik ładu społecznego*, w: E. Moczuk, B. Sagan (red.), *III Forum Socjologów Prawa „Prawo i ład społeczny”*, *Facultas Iuridica. Universitatis Ressoviensis*, Wyd. Mitel, Rzeszów 2010, s. 226.

³³ T. Zyss i wsp., *Głęboka stymulacja mózgu – najnowszą fizykalną metodą leczenia depresji*, „Psychiatria Polska” 3/2010, s. 301.

³⁴ Ibidem, s. 301; zob. także: T. Zyss, *Przeznaczona stymulacja stałoprądowa tDCS i inne pokrewne techniki w terapii zaburzeń psychicznych*, „Psychiatria Polska” 4/2010, ss. 505–518; P. Walewski, *Władza nad psyche...*, s. 53.

8 pozostałych pacjentów nie tylko nie dostrzeżono pozytywnej zmiany klinicznej, ale ponadto doszło do dwóch samobójstw³⁵.

W tym właśnie miejscu pojawiają się jednak istotne kontrowersje etyczne. Nie ma bowiem jasności, czy zasadne jest stosowanie tak inwazyjną metody, gdy brakuje jakichkolwiek wyników badań precyzyjnie potwierdzających skuteczność ich stosowania w odniesieniu do zaburzeń psychicznych. Ponadto pojawia się podobnej natury wątpliwość na etapie badań. Nie wiadomo bowiem – obserwując wyniki analiz – czy nie występuje w podobnych sytuacjach klinicznych efekt placebo. Być może już samo doświadczanie tak niecodziennych działań terapeutycznych u pewnych grup pacjentów powodować może pozytywne efekty? Warto zatem przeprowadzić badania zapewniające możliwość obiektywnej oceny ich skutków. Wydaje się jednak, że mało prawdopodobne jest podjęcie działań, które zniwelują niebezpieczeństwo wystąpienia efektu placebo. Omawiane zabiegi musiałyby być wykonywane wobec pacjentów nieprzytomnych, wcześniej nieinformowanych o planowanym postępowaniu. Warto pamiętać, że DBS jest w istocie „kolejną procedurą ostatniej szansy”. Badania stateczności zabiegów wymagają wybrania grupy, która ponadto po ich zastosowaniu nie będzie poddawana farmakoterapii. Czy jednak etyczne jest pozbawianie określonych pacjentów (w ramach eksperymentu) dostępu do środków leczniczych w chwili, w której obserwujemy postęp choroby? Czy możemy wprowadzać niebezpieczeństwo pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta?³⁶ Z drugiej jednak strony, czy psychiatra badacz ma moralne prawo zaprzestać poszukiwania odpowiedzi w momencie, w którym obserwuje, że stosownie DBS daje realne, bardzo pozytywne efekty u pacjentów dotkniętych schorzeniami neurologicznymi? Czy może przestać dociekać?

Na te pytania w znacznej większości znajdujemy odpowiedzi (oraz wyjaśniające podpowiedzi) w istniejących także w Polsce prawnych standardach przeprowadzania eksperymentów leczniczych oraz badawczych. Ich dopuszczenie, prowadzenie oraz kontynuowanie analizowane jest przez komisje bioetyczne, które mają obowiązek analizować, czy pacjent świadomie wyraził zgodę na leczenie, po wcześniejszym pełnym poinformowaniu o charakterze zabiegu. Z kolei eksperymentator ma obowiązek na bieżąco informować o wszelkich dostrzeganych negatywnych konsekwencjach własnych działań³⁷.

³⁵ Zob. *Implant w mózgu skutecznie leczy depresję*, <http://www.biomedical.pl/aktualnosci/implant-w-mozgu-skutecznie-leczy-depresje-2051.html> [19.03.2015]; *Stymulacja elektryczna mózgu pozwala walczyć z anoreksją*, <http://nauka.newsweek.pl/stymulacja-elektryczna-mozgu-pozwala-walczyc-z-anoreksja,102211,1,1.html> [19.03.2015]; *Czy los chorych na depresję leży w rękach neurochirurgów? Przypadek Sheili Cook*, <https://medtube.pl/tribune-pl/2011/03/czy-los-chorych-na-depresje-lezy-w-rekach-neurochirurgow-przypadek-sheili-cook/> [19.03.2015]; T. Zyss, *Głęboka stymulacja mózgu...*, s. 303; idem, *Stymulacja TMS w terapii depresji – problem miejsca stymulacji, czyli kilka słów o anatomii zaburzeń depresyjnych*, „Psychiatria Polska” 1/2013, ss. 75–87.

³⁶ T. Zyss i wsp., *Głęboka stymulacja mózgu...*

³⁷ Szerzej: Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej, Dz.U., poz. 489; Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11

Konkluzja

Gdy przyjrzymy się obecnym standardom stosowania zabiegów elektrowstrząsów, okazuje się, że wszelkie obawy o barbarzyński charakter wspomnianej metody uznać można za bezzasadne. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, iż metoda ta nadal wywołuje lęk z racji na świadomość stosowania w niej prądu jako środka leczniczego oraz kojarzenie jej z słusznie przerażającym zabiegiem lobotomii. Warto zwrócić uwagę, że w 1949 r. jej twórca, dr Antoni Moniz, uhonorowany został Nagrodą Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii. W komunikacie dotyczącym przyznania tej nagrody stwierdzono, że: „Przedczołowa leukotomia musi być mimo pewnych zastrzeżeń potraktowana jako jedno z najważniejszych odkryć, jakich kiedykolwiek dokonano w dziedzinie terapii psychiatrycznej”³⁸. Tym samym działania dr. Moniza, który w połowie lat 30. zaczął wczesne eksperymenty nad wspomnianą metodą psychochirurgiczną, zostały uznane za godne naśladowania. Patrząc na powyższe zdarzenia z perspektywy historycznej, posiadamy pełną świadomość, iż w efekcie zabiegów przerywania połączeń nerwowych tysiące osób znalazło się w stanie, w którym nie potrafili następnie samodzielnie funkcjonować. Moriz przeprowadzał operacje, mając pewne założenie kliniczne dotyczące ich skuteczności. Nie zwrócono jednak uwagi na niebezpieczeństwo tej metody. Nie brano również pod uwagę, że medycyna zarówno na początku II połowy XX wieku, jak i w czasach obecnych nadal dostrzega wiele niewiadomych w zakresie funkcjonowania ludzkiego mózgu³⁹. Z całą pewnością wskazanie, iż lobotomia jest przykładem działania innowacyjnego w naukach biomedycznych, rodzić może słuszny sprzeciw. Kojarzenie z nią współcześnie wykonywanych zabiegów elektrowstrząsów należy jednak uznać za całkowicie nieuzasadnione. Takie metody podejmowane są w ściśle określonych przypadkach. Działania te podlegają kontroli oraz weryfikacji prawno-medycznej podobnej do tej, która odnosi się do standardowych procedur chirurgicznych. Wykorzystywany w elektrowstrząsach prąd elektryczny nie ma spowodować u pacjenta ból. Jest on obecnie wykorzystywany w zaawansowanych interwencjach medycznych, które być może staną się realną szansą na wygranie z coraz częściej diagnozowanymi zaburzeniami depresyjnymi. Choć podobne działania wymagają jeszcze koniecznej weryfikacji oraz nadzoru odpowiednich gremiów bioetycznych, uznać należy, iż stanowią one próbę odkrycia tajemnicy, jaką skrywają nadal zaburzenia psychiczne. Warto

maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych, Dz.U. nr 47, poz. 480.

³⁸ A. Krajewski, *Rozpruwacze ludzkich mózgów*, „Newsweek”, http://niniwa22.cba.pl/rozpruwacze_ludzki_mozgow.htm [19.03.2015].

³⁹ Szerzej: S.K. Veggeberg, *Leczenie umysłu*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1996, ss. 109–113.

również pamiętać, że określanie w czasach dzisiejszych zabiegów EW mianem terapii wstrząsowej jest w istocie błędem merytorycznym. Obecne w podobnych interwencjach jako standard postępowania wykorzystuje się leki zwiotczające mięśnie, które uniemożliwiają pojawienie się konwulsji. Zapewne zabiegi EW przez wiele kolejnych lat wywoływać będą liczne obawy. Miejmy nadzieję, że z czasem takie podejście będzie w społeczeństwie coraz rzadsze. By jednak tak się stało, w środowisku medycznym żywa winna być fundamentalna zasada wprowadzona przez Hipokratesa: *primum non nocere*.

