

**Oponentní posudek disertační práce pro obhajobu PhD. titulu v oboru neurověd:**

**Lucie Motlová :Rodinná psychoedukace u schizofrenie : Zdravotní a sociální aspekty.**

Autorka předkládá uvedenou práci na 48 stranách textu s přílohami, se seznamem prací, publikovaných v impaktovaných i neimpaktovaných časopisech, seznamem přednášek a s dokumentací ostatních příslušných údajů.

Seznam literatury sice není číslován, ale obsahuje 122 citací, přiměřeně recentních, s většinou zastoupenými pracemi , publikovanými po roce 2000.

Text je pečlivě provedený, jazykově jasný, uspořádaný a přehledný. Je doplněn tabulkami.

Dr.Motlová ve své práci navazuje na poměrně nové požadavky léčby recidivujících psychických poruch obecně a poruch schizofrenního spektra zvláště, který se výrazněji projevil s tendencí moderní psychiatrické péče přesunout důraz z léčby hospitalizační na léčbu ambulantní, kdy deinstitucionalizace a důraz na komunitní péči vrací duševně nemocné do jejich přirozeného prostředí.

Toto zaměření na druhé straně přesunuje automaticky část péče a zodpovědnosti na pacientovy blízké, zejména blízké příbuzné, protože schopnost o sebe pečovat může být u postiženého zhoršená. Zdravotnický systém tak spoléhá na příbuzné jako na odpovědné jedince, kteří zajistí léčbu postiženého a zabrání nákladným hospitalizacím.

Je již dostatečně známo, že reakce příbuzných na projevy nemocných může ovlivňovat dlouhodobý průběh schizofrenie a zvyšovat riziko relapsu, při čemž se odhaduje, že 50-80% jedinců s onemocněním schizofrenního okruhu žije s příbuznými nebo je s nimi v pravidelném kontaktu.

Méně je známo to, že rodiny pacientů se schizofrenií zažívají násilí z jejich strany až v 10 – 40%, což je podstatně vyšší než je frekvence násilí v obecné populaci.

Při průzkumu preferencí pacientů, ohledně účasti příbuzných v léčbě před rokem 2000 (Perrault et al.-1999), bylo zjištěno, že více než jedna třetina poprvé hospitalizovaných pacientů považovala množství a kvalitu informací, poskytovaných jejich příbuzným za nedostatečné.

Autorka navazovala na zahraniční práce, kde bylo, pokud se týká léčby schizofrenie dosud publikováno více než 30 randomizovaných klinických studií, v nichž byla prokázána redukce relapsů u pacientů. Delší programy, alespoň šestiměsíční, významně snižují frekvenci relapsů a rehospitalizací během dvou i víceletého sledování, aniž by současně zvyšovaly náklady na ambulantní péči. Krátkodobé programy zpravidla vedou ke zlepšení informovanosti účastníků a k redukci břímě u příbuzných.

Rodinná psychoedukace vychází z předpokladu o negativním vlivu stresujícího prostředí na průběh schizofrenie. Model „stres- zranitelnost“ předpokládá, že průběh schizofrenie je výsledkem dynamického spolupůsobení biologické zranitelnosti, stresu a odolnosti, neboli schopnosti stresu čelit. Na křehkém neurokognitivním terénu může vlivem chronického stresu snadněji docházet k dekompenzacím. Chronickým stresorem může být i rodinná atmosféra.

Cílem rodinné psychoedukace je tento chronický stres, kterému může být pacient vystaven, odstranit či zmírnit, a zajistit pacientovi bezpečné, předvídatelné a přiměřeně stimulující prostředí. Současně je třeba posílit pacientovu schopnost stresu čelit. Pacient bude stresu čelit lépe, pokud se naučí základům zvládnání nemoci, tedy pokud pochopí význam medikace, omezení nadužívání návykových látek, vytvoří si síť sociálních kontaktů, a bude se zabývat smysluplnými aktivitami.

Rodinná psychoedukace spočívá v poskytnutí informací o biologickém původu schizofrenie a tím koriguje mylné a zkreslené nemocných a příbuzných o příčinách nemoci, jež jsou potenciálním zdrojem nedorozumění a pocitů viny. Rodičovské pocity viny vedou k

hyperprotektivním postojům a z hlediska dlouhodobého průběhu nemoci jsou nevýhodné. Speciální pozornost je věnována významu medikace v prevenci relapsu, protože bylo zjištěno, že informace o lécích motivují k užívání. Během psychoedukačního programu se identifikují možné překážky ve vztahu k medikaci, jako jsou na příklad předsudky vůči lékům, automatické dysfunkční myšlenky o léku, lékaři, o nemoci, o sobě a o druhých. Účastníci se učí jak mohou o léčbě spolurozhodovat, tím se z pasivních příjemců léčby stávají jejími aktivními účastníky.

Schizofrenní příznaky jsou dalším významným tématem : zatímco příbuzní snadno identifikují pozitivní schizofrenní symptomy jako chorobné, o příznacích negativních a z okruhu psychomotorického ochuzení informace nemají a domnívají se, že jde o projevy ztráty vůle či lenost.

Cílem studie bylo jednak analyzovat účinnost klinicky vedeného psychoedukačního programu, administrovaného co nejdříve po propuštění pacienta z hospitalizace a jednak zjištění názorů a spokojenosti účastníků po absolvování programu. Autorka ověřovala hypotézu, jež konstatovala, že zařazení do krátkodobého profesionálně vedeného rodinného psychoedukačního programu ke standardní léčbě redukuje frekvenci relapsů a délku případných rehospitalizací během následujícího roku sledování.

Po podepsání informovaného souhlasu bylo osloveno 120 pacientů s diagnózou schizofrenního spektra při propuštění ze dvou psychiatrických zařízení. Na pracovišti A, se nabízela rodinn psychoedukace všem pacientům propuštěným s diagnózou sch. spektra bylo osloveno 86 pacientů, pozvání přijalo 53 pacientů. Na pacovišti B, kde se rodinná psychoedukace neprovádí, bylo osloveno 34 propuštěných pacientů.

Účastníci psychoedukace měli v porovnání s neúčastníky kratší průměrnou dobu případné rehospitalizace (5.89 dní, proti 17.78 dní).

Pravděpodobnost rehospitalizace během jednoho roku sledování byla vyšší pro pacienty z pracoviště, které psychoedukaci nenabízelo.

Kratší průměrná doba případných rehospitalizací účastníků psychoedukace, vysoká účast pacientů s první epizodou schizofrenie a pozitivní hodnocení účastníků svědčí dle autorky pro to, že rodinná psychoedukace může minimalizovat nežádoucí zdravotní a sociální dopady schizofrenie. Proto by tento preventivní a ekonomicky nenáročný program měl být poskytován již v začátcích onemocnění.

Autorka popisuje metody hodnocení a statistické zpracování vzorku, které jsou přiměřené. Byla odkázána zčásti na použití dotazníkových metod, které mohou být úskalím podobného výzkum, ale kterému se sociálně orientovaný výzkum může těžko vyhnout.

Otázku bych si dovolil položit následující :

Zda přece jen výsledek nemohl být ovlivněn selekcí pacientů a rodin vyššího sociálního statutu, nikoli vědomě, ale prostým faktem charakteru institucí, ze kterých skupiny byly vybrány a zda byla zaznamenána shoda či neshoda dle stupně vzdělání a sociálního zařazení ?

Závěrem mohu konstatovat, že dizertantka MUDr Lucie Motlová předloženou prací prokázala znalost metod vědecké práce se schopností zaměřit se na nosné, prakticky i teoreticky aktuální téma, které je příspěvkem ke zdokonalení a zlepšení péče o schizofrenní pacienty a splnila tak podmínky zákona pro přidělení titulu PhD. v oboru neurověd. Proto doporučuji, aby komise přijala její obhajobu a dala podnět k doončení příslušného řízení.

V Praze , dne 19.5.2007

Prof.MUDr.Petr Zvolský, DrSc.