

Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słopeń
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Recenzja rozprawy doktorskiej

Pani lek. Doroty Chmylko-Terlikowskiej p.t. „Analiza czynników wpływających na długość hospitalizacji u pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego”

Rada Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Promotor: prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Anita Bryńska

Zgodnie z uchwałą Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia 16 kwietnia 2025 roku, powołującą mnie do wypełnienia obowiązków recenzenta w przewodzie doktorskim Pani lek. Doroty Chmylko-Terlikowskiej przedkładam recenzję rozprawy przygotowanej pod kierownictwem naukowym Pani prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Anity Bryńskiej

Przebieg jadłowstrętu psychicznego jest najcięższy, a jego rokowanie najtrudniejsze spośród wszystkich jednostek ujętych w klasyfikacji ICD-11 oraz DSM—5 w kategorii zaburzeń związanych z odżywianiem i przyjmowaniem pokarmu. Proces leczenia wymaga współdziałania wielu specjalistów o uzupełniających się kompetencjach, a w wielu przypadkach nie może być prowadzony wyłącznie w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja związana jest najczęściej z zagrażającą zdrowiu lub niekiedy życiu niską masą ciała, pojawiającymi się w jej konsekwencji powikłaniami somatycznymi, a także nasilonymi objawami psychopatologicznymi lub zaburzeniami współwystępującymi. Pacjenci z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego często nie mają motywacji do leczenia, m.in. z powodu sprzeciwu w traktowaniu ich trudności w kategoriach chorobowych, lęku przed przytyciem, nasileniem i małą elastycznością myślenia charakterystycznego dla zaburzenia, wynikającego zarówno z faktu samego głodzenia się i zachodzących zmian biologicznych, jak i uzyskiwanych wtórnych korzyści z pojawienia się objawów. Z tego powodu decyzję o hospitalizacji bardzo często podejmują rodzice oraz personel medyczny wbrew aktualnym potrzebom pacjenta nastawionego na utrzymanie osiągniętego celu lub dalszą redukcję masy ciała, pomimo uzyskiwanych informacji o zagrożeniu dla swojego zdrowia lub życia. Sprzeczne oczekiwania pacjentów, ich rodzin oraz personelu medycznego

dotyczące pobytu na oddziale od samego początku zakłócają współpracę, a tym samym wpływają na krótko – i długoterminową efektywność procesu terapeutycznego. Pobyt na psychiatrycznym oddziale całodobowym, pojawiające się powikłania somatycznego lub dodatkowe objawy psychopatologiczne, kontrakt dietetyczny, którego celem jest przyrost masy ciała pacjenta, często od początku wzbudzają wiele emocji i wątpliwości wśród samych pacjentów, ale również ich opiekunów. Napięcie wielokrotnie udziela się również personelowi medycznemu i terapeutycznemu, zarówno oddziału psychiatrycznego, jak i pediatrycznego, powodując zakłócenia w opiece nad pacjentem, konieczność zmiany terapeuty lub rozdzielenia odpowiedzialności pomiędzy specjalistami. Odmienna perspektywa i cele wszystkich włączonych w proces terapeutyczny utrudniają jego prowadzenie i mogą wpływać na wyniki terapii. Leczenie na psychiatrycznym oddziale stacjonarnym może być koniecznością, niemniej jako postrzegana przez pacjentów najtrudniejsza forma oddziaływania nie powinna być nadmiernie przedłużana. Jednak zbyt krótki pobyt, niekiedy zakończony wbrew zaleceniom lekarskim na prośbę rodziców, nieprzynoszący jakichkolwiek zmian w myśleniu pacjentów, współpracy z rodzicami oraz zwiększenia ich wiedzy na temat zaburzenia może przyczynić się do konieczności ponownej hospitalizacji dziecka, a także przewlekania się objawów.

Praca doktorska Pani Doroty Chmyłko-Terlikowskiej wpisuje się w potrzebę prześledzenia czynników wpływających na długość pobytu na psychiatrycznym oddziale stacjonarnym pacjentów z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego.

Układ rozprawy i struktura podziału jej treści

Recenzowana rozprawa ma układ typowy dla monografii i składa się z kilku rozdziałów: spisu rycin oraz tabel, wykazu skrótów, streszczenia w języku polskim i angielskim, wprowadzenia, założenia i celu pracy, materiału i metody, wyników oraz ich omówienia i dyskusji, wniosków, znaczenia klinicznego uzyskanych wyników, kierunku dalszych badań i bibliografii. Do dysertacji dołączone jest oświadczenie Komisji Bioetycznej WUM z dn. 16.11.2020, w którym wskazano, że badanie nie stanowi eksperymentu medycznego w rozumieniu art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2018 r. poz. 617) i nie wymaga uzyskania opinii Komisji Bioetycznej przy WUM. Doktorantka dołączyła również kwestionariusz wykorzystywany do zebrania danych. Piśmiennictwo składa się z 408 pozycji przedstawionych w kolejności cytowania w tekście, według jednolitego systemu. Przegląd piśmiennictwa zawarty w omówionych rozdziałach nawiązuje bezpośrednio do tematu rozprawy doktorskiej Pani Doroty Chmyłko-Terlikowskiej i wskazuje na jej dobrą znajomość zagadnienia, którego podjęła się w swojej dysertacji.

W tekście cyframi w nawiasach kwadratowych oznaczono odwołania do publikacji, uwzględniające numer cytowania. Praca napisana jest w sposób czytelny, a uzyskane wyniki i ich analizy umieszczono w tekście w 13 tabelach, na 23 wykresach i 1 rysunku.

W rozdziale Wprowadzenie Doktorantka definicję i kryteria rozpoznania jądłowstrętu psychicznego, jego etiologię, uwzględniając czynniki predysponujące (indywidualne biologiczne i psychologiczne, rodzinne, społeczno-kulturowe), wywołujące, podtrzymujące, ze względu na zmiany psychologiczne i somatyczne. W dalszej części rozdziału Doktorantka odniosła się do epidemiologii zaburzenia, przebiegu, rokowania, czynników rokowniczych, umieralności i jej przyczyn, dodatkowych zaburzeń pojawiających się w przebiegu jądłowstrętu psychicznego, a także bardzo częstych i wielokrotnie niebezpiecznych dla zdrowia i życia powikłań somatycznych. Na końcu Wprowadzenia Kandydatka przybliżyła czytelnikowi proces terapeutyczny jądłowstrętu psychicznego, a także czynniki wpływające na długość hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych. Autorka zwraca również uwagę, że blisko 50% pacjentów z jądłowstrętem psychicznym opuszcza szpital bez osiągnięcia docelowej masy ciała ustalonej przez zespół leczący.

Celem pracy było zidentyfikowanie czynników predykcyjnych przerywania leczenia szpitalnego u chorych z jądłowstrętem psychicznym oraz czynników wpływających na długość hospitalizacji tej grupy pacjentów. Realizacja powyższego celu osiągnięto poprzez:

- (1) ocenę częstości występowania przedwczesnego zakończenia hospitalizacji wśród pacjentów z jądłowstrętem psychicznym;
- (2) oraz ocenę związku czynników socjodemograficznych, czynników związanych z leczeniem prowadzonym przed hospitalizacją oraz czynników związanych z pobytem w szpitalu z długością hospitalizacji lub przedterminowym jej zakończeniem.

Do retrospektywnego badania zakwalifikowano pacjentów hospitalizowanych w latach 2008-2022 w Oddziale Klinicznym Psychiatrii Wieku Rozwojowego Dziecięcego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz tych, którzy w czasie pandemii COVID-19 przebywali w oddziałach pediatrycznych szpitala a byli prowadzeni przez personel Oddziału Psychiatrii. Na podstawie analizy szpitalnego systemu informatycznego uzyskano informację, że w powyższych latach 428 hospitalizacji zostało zakończonych diagnozą jądłowstrętu psychicznego wg klasyfikacji ICD-10 (kody F50.0 i F 50.1). Część z wykazanych pacjentów była hospitalizowana kilkakrotnie. Po uwzględnieniu zmian organizacyjnych oddziału, związanych z pandemią Covid-19, wykluczeniu pobytów poprzedzonych lub zakończonych inną hospitalizacją psychiatryczną, połączonych hospitalizacji (wypisanie pacjenta z powodów pozapsychiatrycznych do innego oddziału i jego ponownego przyjęcia), odrzuceniu pobytów wygenerowanych błędnie oraz zawierających istotne braki niezbędnych informacji do ostatecznej analizy Autorka włączyła 313 hospitalizacji (pobyty 246 pacjentów). Dane były gromadzone z wykorzystaniem przygotowanego kwestionariusza, na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjentów. Przedterminowe zakończenie leczenia/pobytu w szpitalu Doktoranta zdefiniowała jako wypis pacjenta na prośbę

rodziców wbrew zaleceniom lekarskim. Natomiast za planowy koniec hospitalizacji uznawała zakończenie leczenia stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego. Doktoranta poddała analizie szereg czynników (zmiennych) mogących wykazywać związek z przedwczesnym zakończeniem leczenia oraz długością hospitalizacji. Wśród nich znalazły się czynniki: socjodemograficzne (m.in. wiek pacjenta w dniu przyjęcia, struktura rodziny, atmosfera w domu), związane z leczeniem prowadzonym przed hospitalizacją (m.in. wiek pierwszych objawów, maksymalne i minimalne BMI pacjenta, opieka psychiatryczna przed hospitalizacją) oraz związane z pobytem w szpitalu (m.in. tryb przyjęcia na oddział oraz wypisu, obecność odchyień w badaniach, BMI przy przyjęciu, włączenie farmakoterapii czy zmiana lekarza prowadzącego czy terapeuty).

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu SAS Enterprise Guide. Istotność statystyczna przyjęto na poziomie poniżej $p=0,05$. W analizie danych wykorzystano statystyki opisowe (m.in. średnie, mediany, odchylenia standardowe), natomiast analizę czynników wpływających na długość hospitalizacji wykonano za pomocą modelu regresji wielorakiej. Doktoranta przedstawiła kroki przeprowadzonego procesu analitycznego budowy wszystkich modeli regresji. Obliczenia były prowadzone w podziale na 2 kategorie: dla wypisów planowych - Model (1) oraz dla wypisów na żądanie - Model (2). W celu weryfikacji, czy istnieją zmienne mogące wpływać na prawdopodobieństwo wypisu pacjenta na żądanie w porównaniu do wypisów zgodnych z planem leczenia Doktorantka dokonała estymacji modelu dla zmiennych dychotomicznych (model logitowy) - Model (3).

Analizę i interpretację wyników badań własnych Doktorantka przedstawiła w czterech podrozdziałach:

1) Charakterystyka grupy badanej:

- dane demograficzne – średni wiek pacjentów wynosił 14,0 lat (SD = 1,69), wśród badanej grupy zdecydowanie przeważały dziewczęta (95%), pacjenci w większości mieszkali w mieście (77%), w województwie mazowieckim (83%), pochodzili z rodzin pełnych (62%) lub niepełnych (20,4%), czteroosobowych (40,6%), trzyosobowych (19,2%) lub pięcioosobowych (12,1%) i byli najmłodszym (30,4%) lub najstarszym (29,4%) z rodzeństwa. Większość ojców i matek pacjentów miała wykształcenie wyższe (43,1% vs 54,3%) lub średnie (20,4% vs 19,8%) oraz była aktywna zawodowo (78,3% vs 72,8%). Na uwagę zasługuje fakt dość wysokiego braku danych w analizowanych zmiennych (między ok. 14-21%);
- dane kliniczne – dla większości pacjentów była to pierwsza hospitalizacja (62,3%) lub druga (22,0%), po przeniesieniu z innego oddziału (48,6%) lub w trybie nagłym (41,9%); dla znacznej większości diagnozą przy wypisie był jądłowstręt psychiczny (86,6%), o podtypie restrykcyjnym (88,2%), a hospitalizację zakończono w trybie planowym (72,5%); wielu pacjentów nie korzystało z opieki psychiatrycznej przed hospitalizacją (57,5%), w czasie

hospitalizacji nie miało włączonego leczenia (53%), nie wymagało zmiany terapeuty (67,7%) lub lekarza prowadzącego (64,5%), a większość z nich miała stwierdzone odchylenia w badaniach laboratoryjnych (82,1%). Czas pobytu (w dniach) pacjenta w szpitalu wynosił – średnia 78,3, mediana 68,0 (SD=54,9). Długość hospitalizacji znacznej części pacjentów była krótsza od średniej wynoszącej 78 dni, ponieważ mediana czasu hospitalizacji jest o 10 dni krótsza. Pierwsze objawy u pacjentów pojawiły się średnio przed 13 r.ż. (śr. 12,6 lat; SD=1,6), najwyższe BMI przed zachorowaniem wynosiło średnio 19,1 (SD=3,1), a najniższe w trakcie choroby 13,5 (SD=1,7). Przy przyjęciu do szpitala BMI pacjenta wynosiło średnio 14,5 (SD=1,9), a przy wypisie 16,31 (SD=1,4).

- 2) Analiza czynników wpływających na długość hospitalizacji dla wypisów planowych – Model (1)
 - wysoki poziom dopasowania otrzymano już w 8 kroku selekcji zmiennych, dlatego estymację modelu przeprowadzono w odniesieniu do ośmiu zmiennych zależnych (liczba hospitalizacji, miejsce pochodzenia - miasto, wykształcenie matki - wyższe, pełna struktura rodziny, leczenie przed hospitalizacją, włączenie farmakoterapii w trakcie pobytu w szpitalu, zmiana terapeuty, uczestnictwo w terapii rodzinnej)
 - Model (1) poddano formalnej ocenie statystycznej - uzyskane wyniki wskazują na zgodność rozkładu reszt z rozkładem normalnym (test Jarque-Bera, $p=0,001$); ponadto wyniki testu Ramsey'ego RESET ($F=0,82$; $p=0,001$) pozwalają przyjąć, że model posiada poprawną postać funkcyjną.
 - zmienność czasu hospitalizacji w przypadku pacjentów z planowym wypisem została wyjaśniona przez Model (1) w blisko 86% ($F=11,09$; $p<0,0001$).
 - uzyskane wyniki pozwoliły przyjąć, że krótszy czas pobytu w szpitalu ma miejsce w przypadku pacjentów (w kolejności – pobyt krótszy średnio od 17 do 34 dni):
 - matek z wykształceniem wyższym,
 - pochodzących z rodzin pełnych,
 - uczestniczących w terapii rodzinnej,
 - u których w trakcie hospitalizacji włączono farmakoterapię,
 - dłuższy czas pobytu w szpitalu stwierdzano w przypadku pacjentów (w kolejności - pobyt dłuższy śr. o 28 do 11 dni):
 - mających wyższą liczbę hospitalizacji,
 - pochodzących z miasta,
 - korzystających z leczenia psychiatrycznego przed hospitalizacją,
 - u których doszło do zmiany terapeuty w trakcie hospitalizacji.
- 3) Analiza czynników wpływających na długość hospitalizacji dla wypisów na żądanie – Model (2)
 - zadawającą wartość współczynnika determinacji (R -kwadrat) (blisko 70%) uzyskano dopiero

w 10 kroku selekcji zmiennych; przeprowadzono estymację modelu z 10 zmiennymi (zgodnie z kryterium współczynnika determinacji): miejsce zamieszkania (miasto), liczba domowników, wykształcenie ojca (wyższe), aktywność zawodowa matki, nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu, nieprawidłowości w EKG, BMI przy przyjęciu, zmiana lekarza lub terapeuty w czasie hospitalizacji, występowanie chorób psychicznych w rodzinie.

- Model (2) poddano formalnej ocenie statystycznej - uzyskane wyniki wskazują na zgodność rozkładu reszt z rozkładem normalnym (test Jarque-Bera, $p=0,021$); wyniki testu Ramsey'a RESET ($F=0,55$; $p=0,012$) pozwalają przyjąć, że model posiada poprawną postać funkcyjną.
 - zmienność czasu hospitalizacji w przypadku pacjentów z wypisem na żądanie została wyjaśniona przez oszacowany Model (2) w blisko 70% ($F=2,74$; $p=0,0395$)
 - wyniki pozwoliły przyjąć, że krótszy czas pobytu w szpitalu w przypadku wypisu na żądanie ma miejsce w przypadku pacjentów (zmiennie wpływają na skrócenie pobytu o ok. 15-19 dni):
 - pochodzących z miasta; z rodzin z większą liczbą domowników; w których rodzinach zdiagnozowano choroby psychiczne
 - z wyższym BMI przed przyjęciem do oddziału.
 - z kolei dłuższy czas pobytu stwierdzono w przypadku pacjentów (w kolejności od 58 dni do 7 dni):
 - posiadających matki aktywne zawodowo,
 - z odchyleniami w badaniach laboratoryjnych,
 - posiadających ojców z wykształceniem wyższym,
 - u których dochodziło do zmiany terapeuty w trakcie hospitalizacji,
 - u których stwierdzono nieprawidłowości w badaniu EKG,
 - u których dochodziło do zmiany lekarza w trakcie hospitalizacji.
- 4) Analiza czynników wpływających na prawdopodobieństwo wypisów na żądanie - Model (3) – dokonano estymacji modelu dla zmiennych dychotomicznych (model logitowy); a jego jakościowej interpretacji dokonano w oparciu o iloraz szans dla poszczególnych zmiennych.
- na podstawie uzyskanych wyników przyjęto, że czynnikami zwiększającymi ryzyko wypisu pacjenta na żądanie były:
 - liczba hospitalizacji oraz liczba domowników,
 - wykształcenie wyższe lub średnie matki,
 - występowanie chorób psychicznych w rodzinie,
 - struktura rodziny (każdy typ rodziny inny niż pełna),
 - zmiana terapeuty w trakcie hospitalizacji.
 - z kolei czynnikami zmniejszającymi ryzyko wypisu pacjenta na żądanie były:

- jego wiek przy przyjęciu,
- podtyp restrykcyjny jadłowstrętu psychicznego,
- pochodzenie z miasta,
- wykształcenie średnie lub wyższe ojca,
- aktywność zawodowa matki,
- zmiana lekarza w trakcie hospitalizacji,
- uczestniczenie w terapii indywidualnej w trakcie hospitalizacji,
- BMI przy przyjęciu do szpitala,
- obecność odchyleń w badaniach laboratoryjnych,
- nieprawidłowości w ECHO serca i w EKG.

W Omówieniu wyników i dyskusji Doktorantka odniosła się do własnych wyników w kontekście już istniejącego piśmiennictwa, jak również podjęła próbę samodzielnej interpretacji uzyskanych wyników. Dyskusja przeprowadzona przez Doktorantkę świadczy o jego znajomości zagadnienia oraz umiejętności krytycznego spojrzenia na prowadzone badania, uzyskiwane wyniki, a co za tym idzie wyciągane wnioski. Ważne jest również przedstawienie przez Autorkę ograniczeń własnego badania, wpływu uzyskanych wyników na praktykę kliniczną, a także wskazanie możliwych kierunków eksploracji tematu.

Pracę kończy siedem wniosków nawiązujących do postawionego celu badania. Krótszy czas hospitalizacji zakończonej wypisem w trybie planowym był związany z otrzymaniem farmakoterapii lub uczestniczeniem w terapii rodzinnej w trakcie hospitalizacji, wychowywaniem się w rodzinie pełnej lub z wyższym wykształceniem matek. Natomiast wydłużenie pobytu w szpitalu wiązało się z większą liczbą hospitalizacji, objęciem ambulatoryjną opieką psychiatryczną przed pobytem w szpitalu, zmianą terapeuty w trakcie hospitalizacji lub zamieszkiwaniem w mieście. W przypadku pacjentów wypisywanych na żądanie czynnikami istotnie skracającymi czas pobytu było występowanie zaburzeń psychicznych w rodzinie, wyższe BMI pacjenta przed przyjęciem do oddziału, zamieszkiwanie na terenie miasta lub pochodzenie z rodziny z większą liczbą domowników. Natomiast w tej sytuacji na wydłużenie czasu pobytu wpływały nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych lub w EKG, zmiana terapeuty lub lekarza w trakcie hospitalizacji, aktywność zawodowa matek lub wyższy poziom wykształcenia ojców. Czynniki na najsilniej wpływającymi na ryzyko wypisu na żądanie okazały się: wyższy poziom wykształcenia matek (3,5-krotnie wyższe ryzyko) oraz występowanie chorób psychicznych w rodzinie (2,5-krotnie wyższe ryzyko). Wpływ miały również inne czynniki w tym: wychowywanie się w rodzinie niepełnej, większa liczba domowników, zmiana terapeuty w trakcie hospitalizacji lub większa liczba hospitalizacji przed pobytem w oddziale. Natomiast czynnikami zmniejszającymi ryzyko przedterminowego ukończenia hospitalizacji były: podtyp restrykcyjny zaburzenia (blisko 2-krotnie niższe ryzyko), udział w terapii indywidualnej w trakcie pobytu oraz wyższy

poziom wykształcenia ojca, a także obecność odchyleń w ECHO serca, EKG oraz badaniach laboratoryjnych, wyższe BMI przy przyjęciu do szpitala, starszy wiek pacjentów przy przyjęciu, zamieszkiwanie na terenie miasta, zmiana lekarza w trakcie hospitalizacji oraz aktywność zawodowa matki.

Uwagi

Przedstawiona do oceny monografia jest napisana przejrzystym językiem. Układ pracy jest czytelny, jest ona podzielona na rozdziały i podrozdziały, zilustrowana wykresami i tabelami, które ułatwiają czytelnikowi zapoznanie się z założeniami, wynikami, ale też interpretacją wyników i wyciąganymi wnioskami. Niezmiernie istotne jest, że Doktorantka dołączyła oświadczenie Komisji Bioetycznej (pomimo prowadzenia badań retrospektywnych, opartych o analizę danych medycznych, nie wymagających zgody Komisji), a także kwestionariusz swojego autorstwa.

W pracy brakuje informacji na temat osoby przeprowadzającej badania statystyczne, a także wyboru takiej, a nie innej metody statystycznej (model regresji wielorakiej, regresja logistyczna). W dyskusji znalazło się odniesienie tylko do wartości i ograniczeń badań retrospektywnych. W ocenie funkcjonowania szkolnego (pomimo, że nie okazało się one czynnikiem wpływającym na czasy i długość hospitalizacji) brano pod uwagę uzyskiwane przez pacjentów oceny. Może lepiej w przyszłych publikacjach zamienić „funkcjonowanie szkolne” na „uzyskiwane wyniki w szkole”? Funkcjonowanie szkolne obejmuje znacznie więcej aspektów, nie branych tutaj pod uwagę.

Istotne wydaje się również ustalenie czym było „zakończenie hospitalizacji w trybie planowym” (Doktorantka zdefiniowała je jako „zakończenie leczenia stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego”). Wydaje się istotne podanie konkretnego kryterium (np. masa ciała), ponieważ we wnioskach pojawia się założenie, że skrócenie hospitalizacji może wynikać z szybszego procesu zdrowienia lub a jej wydłużenie – z wolniejszego procesu zdrowienia. Na podstawie przytoczonej przez Doktorantkę literatury, ale również własnej znajomości zagadnienia wiadomo, że rokowanie w jadłowstręcie psychicznym jest ostrożne. Wiele pacjentów na tym etapie uzyskuje masę ciała ustaloną przez zespół terapeutyczny, jednak ich postawa, myślenie ulega niewielkim zmianom. Tym samym wyzdrowienie jest częściowe, a niejednokrotnie tylko pozorne, dotyczące jednego obszaru (zmiany masy ciała). Uzyskane wyniki wskazują na dużą zależność długości hospitalizacji z leczeniem farmakologicznym. W dyskusji Doktorantka odwołuje się m.in. do wpływu olanzapiny. Czy istnieją doniesienia na temat wpływu olanzapiny na inne objawy kryterialne jadłowstrętu psychicznego (np. myślenie, nadaktywność)? Ciekawi mnie również pogląd Doktorantki na temat stosowania leku tylko ze względu na opisywane objawy uboczne jego działania (wzrost łaknienia, zmiany metabolizmu). Czy są sytuacje, gdy jest to uprawnione?

Niewątpliwą trudnością, na którą wskazuje również Doktorantka, może być odniesienie się do danych charakteryzujących badane grupy w dotychczas przeprowadzonych badaniach. Większość podanych prac dotyczyła starszej młodzieży lub osób dorosłych (tylko w jednym badaniu średni wiek był poniżej 15 r.ż., w pozostałych od ok. 16 do 27 lat). Tym samym porównanie długości wywiadu, ilości hospitalizacji, ich czasu, BMI na różnych etapach zdrowia i choroby jest obciążone bardzo dużym błędem. Na podkreślenie zasługuje fakt, że analizowana przez Autorkę grupa była najmłodsza wiekowo. Jak zaznacza Doktorantka istotne byłoby przeprowadzenie badań wielośrodkowych na terenie Polski (których brakuje w różnych obszarach), włączając odmienne populacje, często z innym dostępem do leczenia, czynnikami społeczno-kulturowymi, pochodzącymi z różnych miejscowości itd. Ciekawe byłoby również porównanie wpływu na długość hospitalizacji samych schematów leczenia różniących się nieznacznie pomiędzy ośrodkami, ale co ważniejsze – na długoterminowe wyniki.

W recenzowanej dysertacji znajduje się 408 pozycji piśmiennictwa, jednak w wersji, którą otrzymałam do recenzji - w tekście cytowanych jest tylko 386 pozycji. Może to tylko błąd w dostarczeniu dysertacji.

Na wykresie 13 brakuje procentowego rozkładu hospitalizacji (są tylko konkretne liczby). W dysertacji Autorka odnosi się do BMI pacjentów. Jednak ze względu na wiek badanych BMI nie jest adekwatnym wskaźnikiem, w tym przypadku lepiej odnosić się do siatek centylowych BMI dla wieku. Chociaż rozumiem, że Autorka dysertacji korzystała z informacji zawartych w dokumentacji pacjenta. Podobnie w przypadku odnoszenia się do różnych publikacji, np. dotyczących powikłań somatycznych, warto uwzględnić np. wiek pacjenta i długość trwania zaburzenia (jeżeli w cytowanej publikacji nie było takiej informacji - to również warto o tym wspomnieć), a nie tylko podawać same BMI.

Wartość naukowa pracy

Doktorantka w recenzowanej rozprawie przeprowadza analizę przedstawionych celów pracy. Wnioski wynikające z poszczególnych publikacji są prawidłowo uzasadnione. W rozprawie doktorskiej pojawiają się istotne informacje, analizy w oparciu o umiejętnie wybrane czynniki, które Doktorantka odnosi do aktualnego piśmiennictwa, ale również stara się samodzielnie interpretować. Dysertacja stanowi cenny wkład w rozwój wiedzy dotyczącej omawianego obszaru.

Podsumowując pozytywne strony recenzowanej rozprawy należy podkreślić, że jest ona oparta na poprawnym warsztacie naukowym Autorki, a wszystkie wnioski oparte są na prawidłowej analizie przeprowadzonych badań.

Konkluzja

Recenzowana rozprawa doktorska stanowi oryginalne rozwiązanie przez jej Autorkę problemu naukowego z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży. Merytoryczna zawartość dysertacji wskazuje na to, że Autorka posiada ogólną wiedzę w omawianej dziedzinie oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. W konkluzji stwierdzam, że rozprawa doktorska Pani Doroty Chmyłko-Terlikowskiej „spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668)”.

Tym samym, składam wniosek do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie Doktorantki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z Pózna _____

Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Skopień
specjalista psychiatrii oraz psychoterapeuta

Pózna _____