

Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów

Medical students and stigma of depression. Part I. Stigmatization of patients

Julia Suwalska¹, Aleksandra Suwalska^{2,3}
Agnieszka Neumann-Podczaska⁴, Dorota Łojko³

¹ Studenckie Koło Neuropsychiatryczne Neuroscience, Katedra Psychiatrii UM w Poznaniu

² Pracownia Neuropsychobiologii, Katedra Psychiatrii UM w Poznaniu

³ Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu

⁴ Katedra Geriatrii i Gerontologii UM w Poznaniu

Summary

The stigmatization of the mentally ill is called the first barrier hampering their treatment and recovery: it leads to the rejection of such individuals, their discrimination and exclusion from participation in various areas of social life. It becomes particularly significant if the patients encounter this attitude among doctors, nurses and others healthcare professionals. The literature describes stigmatizing attitudes towards the mentally ill and it transpires that stigmatization and a negative approach can be found even among medical students, despite the fact that in the course of their studies they receive information on psychiatric disorders and their treatment. The attitude stigmatizing mental illnesses as presented by medical students may be related to their subsequent similar views as physicians, thus adversely affecting the quality of care offered to patients and cause self-stigmatization and its consequences. The paper presents a review of the literature on the stigmatization of patients suffering from depression by medical students and a review of the interventions proposed to-date, as well as a discussion of their effectiveness.

Słowa klucze: depresja, stygmatyzacja, studenci

Key words: depression, stigmatization, students

Wstęp

Wiedza społeczeństwa na temat chorób i zaburzeń psychicznych nie jest duża, ale okazuje się, że poziom tej wiedzy nie ma wpływu na występowanie zjawiska stygmatyzacji chorych psychicznie. Stygmatyzacją nazywamy postawę społecznej (uogólnionej) dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę właściwości fizyczne lub psychiczne, styl życia, system wartości czy inne atrybuty [1]. Negatywne skutki stygmatyzacji chorych psychicznie są dobrze udokumentowane [2, 3]. Prowadzi ona do odrzucenia jednostki, jej dyskryminacji i wyłączenia z funkcjonowania w różnych dziedzinach życia społecznego [4, 5]. Stygmatyzacja chorych psychicznie nazywana jest też pierwszą barierą w leczeniu i powrocie do zdrowia (cyt. za [5]). Mimo że w trakcie studiów studenci kierunków medycznych uzyskują informacje na temat depresji i jej leczenia, w literaturze opisywane są ich postawy i przekonania świadczące o stygmatyzacji chorych na depresję oraz inne zaburzenia psychiczne.

Stygmatyzacja chorych psychicznie przez studentów kierunków medycznych

W najnowszych badaniach prowadzonych w różnych krajach uzyskiwano spójne wyniki świadczące o tym, że wśród studentów kierunków medycznych osoby z zaburzeniami psychicznymi są stygmatyzowane. W opracowaniu Jamesa i wsp. [6] stwierdzono, że studenci stygmatyzujący chorych psychicznie mają bardziej wrogi stosunek do osób cierpiących na schizofrenię niż na depresję. Podobna niechęć występuje do uzależnień. To samo badanie wykazało pozytywne nastawienie studentów do osób chorych na AIDS i cukrzycę. Korszun i wsp. [7] skupili się na różnicy w nastawieniu studentów medycyny do chorych psychicznie oraz osób chorych na inne choroby. W badaniu wzięło udział 760 studentów z Wielkiej Brytanii, którzy wypełnili ankietę on-line. Zawierała ona pytania o stosunek do pacjentów chorujących na zapalenie płuc, depresję, psychozę, przyjmujących narkotyki dożylnie oraz chorych z przewlekłym bólem brzucha o nieznaną etiologię. Badanie wykazało, że osobiste doświadczenie leczenia choroby psychicznej lub występowanie choroby u członka rodziny lub przyjaciela powodowało mniej stygmatyzujące nastawienie. Mężczyźni wykazywali bardziej stygmatyzujące nastawienie dla prawie wszystkich wymienionych chorób niż kobiety. Co ciekawe, największą stygmatyzację studenci przejawiali w stosunku do pacjentów z niewyjaśnionym bólem brzucha, a piętnowanie to wzrastało wraz z rokiem studiów.

Yadav i wsp. [8] wykazali, że studenci medycyny częściej niż stażyści zgadzali się ze stwierdzeniem, że rozpoznanie depresji może zniszczyć choremu karierę, a także rzadziej wykazywali chęć zaproszenia na przyjęcie osoby chorej na depresję. Negatywne nastawienie wobec pacjentów z depresją związane było z przekonaniem o ich nieprzewidywalności, gorszej zdolności do rozmowy oraz do „wzięcia się w garść”. Obserwowano związek między stygmatyzującym nastawieniem i poziomem edukacji

medycznej badanych. Im dłuższy był okres edukacji, tym większa była przychylność studentów wobec pacjentów chorych na depresję.

W pracy Ahmedaniego i wsp. badano stygmatyzację pacjentów, a także chęć leczenia pacjentów uzależnionych od alkoholu lub nikotyny oraz osób chorych na depresję przez studentów medycyny i studentów kierunku kształcącego pracowników socjalnych. W badaniu wzięło udział 222 uczestników, którzy wypełnili ankietę on-line. Studenci obu kierunków nie różnili się chęcią leczenia wymienionych wcześniej schorzeń, obie grupy wykazały mniejszą chęć leczenia uzależnienia od alkoholu lub nikotyny niż leczenia depresji. Własna historia nie wpływała na chęć leczenia tych chorób, a mężczyźni wykazali mniejszą chęć pomocy [9].

Fernando i wsp. [10] przeprowadzili badanie negatywnego nastawienia studentów medycyny i lekarzy do różnych chorób psychicznych. Badania te miały miejsce na Sri Lance i w Wielkiej Brytanii. Uczestniczyło w nich ponad pół tysiąca studentów medycyny i kilkudziesięciu lekarzy. Pytania dotyczyły obecności i nasilenia stygmatyzacji chorych cierpiących na depresję, ale też schizofrenię, zaburzenia lękowe, otępienie, uzależnienie od alkoholu i narkotyków. Wyniki ujawniły wyższy poziom piętnowania pacjentów z depresją oraz uzależnieniem od narkotyków i alkoholu przez badanych ze Sri Lanki w porównaniu z grupą badaną z Wielkiej Brytanii. Studenci medycyny wykazywali bardziej negatywny stosunek do chorych na powyższe choroby niż lekarze. Najwyższy poziom stygmatyzacji występował w stosunku do pacjentów uzależnionych od narkotyków, alkoholu, pacjentów ze schizofrenią i depresją.

Arbanas [11] porównał postawy 325 chorwackich studentów medycyny i studentów innych kierunków wobec schizofrenii, depresji i zespołu stresu pourazowego. Badanie ujawniło, że zespół stresu pourazowego i depresja wywoływały taki sam poziom stygmatyzacji, niższy niż schizofrenia. Negatywne nastawienie było najmniej nasilone u studentów medycyny. Inne badanie w tym zakresie miało na celu zbadanie nastawienia studentów medycyny i lekarzy z Pakistanu do chorych na schizofrenię, depresję oraz uzależnionych od narkotyków i alkoholu [12]. Ponad połowa badanych miała negatywne odczucia w stosunku do osób chorych na wymienione wyżej choroby. Większość uczestników uważała, że możliwe jest wyleczenie z chorób psychicznych.

Ay i wsp. [13] przeprowadzili badanie ankietowe na trzech uniwersytetach w Turcji.

Ankieta zawierała historie o osobach ze schizofrenią i depresją oraz pytania ich dotyczące, co umożliwiło badaczom ustalenie, jakie nastawienie mają osoby badane do tych dwóch schorzeń. Badanie ujawniło, że studenci ostatniego roku studiów mieli mniej negatywne nastawienie do chorych niż studenci drugiego roku, jednak nadal wykazywali stygmatyzujące opinie i sądy. Jeśli chodzi o depresję, studenci szóstego roku wykazywali korzystną zmianę postawy wobec wizyty u lekarza, ujawnienia choroby i stosowania leków. Pomiedzy drugim a szóstym rokiem studiów zmniejszył się odsetek osób uważających osoby z depresją za niebezpieczne (z 11,3 do 7,7%). 90% studentów szóstego roku uważało depresję za czasową i podlegającą leczeniu w porównaniu z 75,7% studentów drugiego roku (różnica istotna statystycznie).

Interesujących danych dostarczają badania przeprowadzone w Nigerii [14]. Ighodaro i wsp. badali nastawienie do chorób psychicznych wśród studentów medycyny przed zajęciami z psychiatrii, studentów po kursie psychiatrii i lekarzy. Pytania dotyczyły przekonań dotyczących efektywności leczenia oraz nastawienia do zaburzeń psychicznych (schizofrenii, zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, depresji i zaburzeń lękowych) oraz chorób somatycznych – cukrzycy i nadciśnienia. Nie obserwowano istotnych różnic w nastawieniu do efektywności leczenia między studentami i lekarzami. Zajęcia z psychiatrii oraz doświadczenie zawodowe wykazywały znaczący korzystny wpływ na stygmatyzujące postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Podobne założenia mają badania obecnie prowadzone wśród polskich studentów medycyny w Klinice Psychiatrii w Poznaniu [15], będące częścią międzynarodowego projektu, w którym wykorzystywany jest kwestionariusz International Depression Literacy Survey [16] opracowany przez Brain & Mind Research Institute.

Badanie ankietowe przeprowadzone wśród lekarzy i studentów medycyny z Pakistanu [17], w którym wzięło udział około 500 uczestników, pokazało, że najbardziej negatywne nastawienie ankietowani mieli wobec schizofrenii, manii, uzależnienia od alkoholu i narkotyków. Ponad 60% uczestników postrzegało osoby chore psychicznie jako niebezpieczne. W przypadku depresji, lęku, uzależnienia od alkoholu i narkotyków około połowa badanych uważała, że chorzy są sami sobie winni lub że powinni „wziąć się w garść”. Otępienie i schizofrenia były postrzegane jako choroby o najgorszym rokowaniu.

Takie negatywne nastawienia mogą rozwinąć się bardzo wcześnie. Studenci medycyny nawet początkowych lat mieli już ugruntowane poglądy o poszczególnych grupach pacjentów. Mniej sympatyzowali z chorymi, co do których mieli przekonanie, że są „odpowiedzialni” za swój stan, np. z osobami z zaburzeniami jedzenia [2, 18]. Lekarze bezpośrednio po studiach mieli stygmatyzujące opinie o chorych psychicznie, powiązane z brakiem wiedzy na temat tych chorób i lękiem [19]. Jeśli badani studenci medycyny kierunków medycznych mieli kontakt z chorymi psychicznie, ich podejście było znacznie bardziej życzliwe [13].

Interwencje/zapobieganie

W dostępnej literaturze na temat zapobiegania stygmatyzacji chorych psychicznie przedstawiano propozycje dotyczące ogółu zaburzeń psychicznych. Na podstawie wcześniejszych badań dotyczących interwencji przeciwko stygmatyzacji wskazuje się, że (niezależnie od rodzaju choroby/zaburzenia psychicznego) osobno należy ukierunkowywać te działania na wiedzę, postawy i zachowania [20]. Opisywane procedury proponowane są dla różnych zaburzeń psychicznych, w tym dla depresji. W systematycznym przeglądzie piśmiennictwa (do kwietnia 2010 r.) Yamaguchi i wsp. [21] przedstawili opisane w literaturze interwencje przeciwko stygmatyzacji chorych psychicznie przez studentów, a mianowicie bezpośredni kontakt z chorymi, edukację z wykorzystaniem filmowego „kontaktu” z chorymi, wykłady, odgrywanie

ról, edukację – czytanie zadanych lektur, zastosowanie e-programów edukacyjnych. Przegląd obejmował badania randomizowane z grupą kontrolną lub z powtórzeniem typu follow-up. Badanie skuteczności interwencji w zmniejszaniu stygmatyzacji chorych psychicznie przez studentów obejmowało analizę następujących wyników: a) wiedza o chorobach i zaburzeniach psychicznych, b) atrybucje/postawy względem chorych psychicznie, c) dystans w sytuacjach społecznych wobec takich chorych, d) postawy wobec korzystania/szukania pomocy.

Wiedza o chorobach i o chorych poprawiała się istotnie i zmiany te utrzymywały się w badaniach typu follow-up po uczestniczeniu w wykładach, po bezpośrednim kontakcie oraz po zastosowaniu w interwencji filmów edukacyjnych oraz filmów z pacjentami. Zmiany postawy wobec chorych psychicznie badano przy użyciu interwencji w postaci bezpośredniego kontaktu z chorymi, takiego kontaktu w postaci filmów, programów komputerowych, wykładów, odgrywania ról, a nawet symulacji omamów słuchowych (w porównaniu z grupą bez podejmowanych działań). Żadna z zastosowanych interwencji wśród studentów medycyny nie przyniosła znaczących efektów. W porównaniu do kontrolnej grupy bez interwencji, na zmiany postawy społecznej (redukcję dystansu) skutecznie wpłynęły interwencje z zastosowaniem bezpośredniego kontaktu i (z mniejszą skutecznością) wykłady. W badaniach z grupą kontrolną poprawę w zakresie postawy wobec korzystania/poszukiwania pomocy stwierdzono po zastosowaniu wykładów i zmiany te utrzymywały się w badaniach typu follow-up.

W systematycznym przeglądzie literatury Stubbs [22] przedstawiła wnioski na temat skuteczności interwencji zaproponowanych, by zmniejszyć stygmatyzację chorych psychicznie przez studentów kierunków medycznych i pracowników opieki zdrowotnej. W literaturze przedstawiano różnorodne typy interwencji: odgrywanie ról, staż w zakresie pierwszej pomocy w chorobach psychicznych, edukacja (interwencje edukacyjne), wysłanie jednorazowo e-maila z informacjami dotyczącymi stygmatyzacji, bezpośredni kontakt z chorym, edukacja z elementami bezpośredniego kontaktu, połączenie wykładu i bezpośredniego kontaktu z chorym, połączenie wykładu i nagrywanego kontaktu z chorym, bezpośredni kontakt z chorym rówieśnikiem, bezpośredni kontakt z opiekunem osoby chorej. Interwencje obejmujące bezpośredni kontakt z osobami chorymi, materiały filmowe czy edukacyjny e-mail skutecznie zmniejszały stygmatyzowanie pacjentów przez studentów i lekarzy, jednak ten wpływ, niestety, zmniejszał się z upływem czasu. Nie potwierdzono skuteczności odgrywania ról [22].

Ungar i wsp. [23] twierdzą, że treść takich interwencji kierowanych do studentów medycyny/lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia musi być inna niż w ogólnospołecznych kampaniach przeciwko stygmatyzacji. W opinii autorów przybliżenie biomedycznego modelu może zwiększać negatywne nastawienia wśród ogółu populacji (taki chory jest nieprzewidywalny, nie podlega kontroli, jego stan jest nieodwracalny/nieuleczalny) [23, 24]. Jednocześnie wobec osób zawodowo zajmujących się pacjentami z zaburzeniami/chorobami psychicznymi podkreślenie biologicznego (organicznego) podłoża zaburzeń psychicznych czyni je mniej „czynnościowymi”,

a bardziej biologicznymi, a więc podlegającymi leczeniu, kontroli [23]. Takie medyczne (biologiczne) poglądy prowadzą do zmniejszenia dystansu w sytuacjach klinicznych i pesymizmu co do wyników leczenia, a to oznacza mniejszą stygmatyzację, mniejszą dyskryminację chorych. W interwencjach tego typu skierowanych do studentów/lekarzy proponowano np. przedstawianie skanów mózgu osób chorych/leczonych/wyleczonych z zaburzeniami/chorobami psychicznymi [25].

Podsumowanie

Studenci kierunków medycznych wykazują postawy stygmatyzujące wobec chorych na depresję i inne choroby psychiczne. Poglądy i zachowania te utrzymują się, a nawet czasami ulegają wzmocnieniu już w trakcie pracy zawodowej. W systematycznych przeglądach literatury na temat skuteczności interwencji zmniejszających stygmatyzację chorych psychicznie, zarówno wśród studentów, jak i wśród pracowników opieki medycznej [21, 22], mało jest danych, by zalecić określone działania poprawiające wiedzę na temat chorych psychicznie, redukujące stygmatyzujące postawy i zachowania. Opracowanie skutecznych interwencji jest istotne, ponieważ badania wskazują, że negatywne postawy profesjonalnych pracowników opieki zdrowotnej wywierają niekorzystny wpływ na jakość opieki [2].

Proponuje się, by w kampanii przeciwko stygmatyzacji zastosować wielowymiarowe podejście: wyjaśnianie w modelu zarówno psychospołecznym, jak i biogenetycznym/medycznym [25] i różnicowanie metod w różnych grupach (studenci lat niższych/wyższych, edukacja podyplomowa i ogół populacji). Stosowane interwencje powinny uwzględniać zmiany w zakresie postaw i zachowań, a nie tylko wiedzy, oraz powinny być powtarzane.

W interwencjach zmniejszających stygmatyzację chorych psychicznie u studentów medycyny należy również akcentować, że osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą żyć w społeczeństwie i być aktywne [2, 24], z jednocześnie biomedycznym wyjaśnieniem przyczyn i przebiegu chorób oraz zaburzeń psychicznych. Jest to szczególnie ważne, ponieważ postawa studentów medycyny piętnująca osoby z zaburzeniami psychicznymi może wiązać się z podobnymi ich poglądami już jako lekarzy, a tym samym wpływać niekorzystnie na jakość opieki nad chorymi.

Piśmiennictwo

1. Jackowska E. *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(6): 655–670.
2. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. *Discrimination against people with mental illness: What can psychiatrists do?* Adv. Psychiatr. Treat. 2010; 16: 53–59.
3. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Florez J. i wsp. *WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists*. World Psychiatry 2010; 9(3): 131–144.

4. Podogrodzka-Niell M, Tyszkowska M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(6): 1201–1211.
5. Abbey S, Charbonneau M, Tranulis C, Moss P, Baici W, Dabby L. i wsp. *Stigma and discrimination*. Can. J. Psychiatry 2011; 56(10): 1–9.
6. James BO, Omoaregba JO, Okogbenin EO. *Stigmatising attitudes towards persons with mental illness: a survey of medical students and interns from southern Nigeria*. Ment. Illn. 2012; 4(1): e8.
7. Korszun A, Dinos S, Ahmed K, Bhui K. *Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma?* Acad. Psychiatry 2012; 36(3): 197–204.
8. Yadav, T, Arya K, Kataria D, Balhara YP. *Impact of psychiatric education and training on attitude of medical students towards mentally ill: A comparative analysis*. Ind. Psychiatry J. 2012; 21(1): 22–31.
9. Ahmedani BK, Kubiak SP, Rios-Bedoya CF, Mickus M, Anthony JC. *Willingness to treat drug dependence and depression: comparisons of future health professionals. Substance abuse and rehabilitation*. Subst. Abuse Rehabil. 2011; 2011(2): 43–51.
10. Fernando SM, Deane FP, McLeod HJ. *Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2010; 45(7): 733–739.
11. Arbanas G. *Adolescents' attitudes toward schizophrenia, depression and PTSD*. J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. 2008; 46(3): 45–51.
12. Naeem F, Ayub M, Javed Z, Irfan M, Haral F, Kingdon D. *Stigma and psychiatric illness. A survey of attitude of medical students and doctors in Lahore, Pakistan*. J. Ayub Med. Coll. Abbottabad 2006; 18(3): 46–49.
13. Ay P, Save D, Fidanoglu O. *Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006; 41(1): 63–67.
14. Ighodaro A, Stefanovics E, Makanjuola V, Rosenheck R. *An assessment of attitudes towards people with mental illness among medical students and physicians in Ibadan, Nigeria*. Acad. Psychiatry 2015; 39(3): 280–285.
15. Suwalska J. *Ocena wiedzy studentów na temat depresji i jej leczenia przy zastosowaniu kwestionariusza International Depression Literacy Survey*. W: Leśny J, Nyćkowiak J. red. *Badania i rozwój młodych naukowców w Polsce. Nauki medyczne i nauki o zdrowiu. Część I*. Poznań: Młodzi naukowcy; 2016. s. 98–103.
16. Hickie IB, Luscombe GM, Davenport TA, Burns JM, Highet NJ. *Perspectives of young people on depression: awareness, experiences, attitudes and treatment preferences*. Early Interv. Psychiatry 2007; 1(4): 333–339.
17. Imran N, Haider II. *The stigmatization of psychiatric illness: What attitudes do medical students and family physicians hold towards people with mental illness?* Pak. J. Med. Sci. 2007; 23(3): 318.
18. Wilkinson DG, Greer S, Toone BK. *Medical students' attitudes to psychiatry*. Psychol. Med. 1983; 13(01): 185–192.
19. Filipic I, Pavicic D, Filipic A, Hotujac L, Begic D, Grubisin J. i wsp. *Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire*. Coll. Antropol. 2003; 27(1): 301–307.
20. Kassam A, Glozier N, Leese M, Loughran J, Thornicroft G. *A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students*. BMC Med. Educ. 2011; 11: 51.

21. Yamaguchi S, Wu SI, Biswas M, Yate M, Aoki Y, Barley EA. i wsp. *Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review*. J. Nerv. Ment. Dis. 2013; 201(6): 490–503.
22. Stubbs A. *Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature*. Australas. Psychiatry 2014; 22(6): 579–584
23. Ungar T, Knaak S. *The hidden medical logic of mental health stigma*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2013; 47(7): 611–612.
24. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. “*A disease like any other*”? *A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence*. Am. J. Psychiatry 2010; 167(11): 1321–1330.
25. Corrigan PW, Watson AC. *At issue: Stop the stigma: call mental illness a brain disease*. Schizophr. Bull. 2004; 30(3): 477–479.

Adres: Aleksandra Suwalska
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
60-701 Poznań, ul. Fredry 10

Otrzymano: 7.02.2016

Zrecenzowano: 20.03.2016

Otrzymano po poprawie: 7.05.2016

Przyjęto do druku: 3.06.2016