

Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część II. Autostygmatyzacja

Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma

Julia Suwalska¹, Aleksandra Suwalska^{2,3}, Marta Szczygieł²,
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

Summary

Up to 30% of medical students suffer from depression. They have better access to health-care, but still receive appropriate treatment less frequently than people with depression in the general population. Most of them do not seek medical help as depression is perceived as a stigmatizing disorder, which leads to self-stigma and hampers early diagnosis and treatment. Thus, self-stigma means less effective therapy, unfavorable prognosis and relapses. According to the literature, self-stigma results in lowered self-esteem and is a major obstacle in the performance of social roles at work and in personal life. Stigmatization and self-stigma of depression among medical students are also associated with effects in their later professional life: they can lead to long-term consequences in the process of treating their patients in the future. Currently there are no unequivocal research results indicating the most effective ways of reducing stigmatization and self-stigma. It is necessary to educate about the symptoms and treatment of depression and to implement diverse intervention techniques to change behaviors and attitudes as early as possible.

Słowa kluczowe: depresja, stygmatyzacja, autostygmatyzacja

Key words: depression, stigmatization, self-stigma

Depresja u studentów medycyny

Studenci medycyny częściej chorują na depresję i inne zaburzenia psychiczne niż ma to miejsce w populacji ogólnej, a ich jakość życia jest niższa niż u innych osób w ich wieku. Częstość występowania depresji u studentów medycyny wynosi 10–25% [1–5]. W przeglądzie literatury z lat 1990–2010, Ibrahim i wsp. [6] stwierdzili, że rozpowszechnienie depresji wśród studentów kierunków medycznych wynosi ponad 30%, co znacznie przewyższa częstość w populacji ogólnej, ocenianej np. w USA na 9% [7]. Również badania wśród polskich studentów wykazały, że aż 21,7% studentów korzystało z pomocy psychologa bądź psychiatry, natomiast dalsze 36,5% deklarowało chęć uzyskania opieki psychologa [8]. Częstość występowania depresji zależy od przyjętych kryteriów diagnostycznych i stosowanych narzędzi badawczych oraz wieku osób badanych, a dokładniej od roku studiów, na którym przeprowadzano badania. Rosal i wsp. stwierdzili, że częstość depresji wśród studentów rozpoczynających studia medyczne jest zbliżona do jej częstości w populacji ogólnej młodych osób, jednak w grupie studentów medycyny odsetek osób z depresją rośnie z czasem trwania studiów znacznie bardziej niż w grupie porównawczej [9]. Natomiast w badaniu Mojs i wsp. [10] studenci pierwszego roku medycyny mieli znacznie wyższe nasilenie objawów depresji niż studenci kolejnych roczników. Wiele czynników ma wpływ na występowanie depresji u studentów – błędne koło stresu, lęku i zaburzeń nastroju już od początku studiów medycznych związane jest z częstym brakiem snu, nieprawidłowym odżywianiem się, brakiem regularnej aktywności fizycznej, wysokimi oczekiwaniami własnymi i społecznymi oraz niewystarczającymi systemami wsparcia. Przegląd badań nad mechanizmami depresji u studentów zostanie przedstawiony w odrębnym opracowaniu.

Stygmatyzacja i autostygmatyzacja

Stygmatyzacja odnosi się do postawy społecznej dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę właściwości fizyczne lub psychiczne, styl życia, system wartości czy inne atrybuty [11]. Stygmatyzacja osoby chorej psychicznie jest wieloetapowym procesem prowadzącym do odrzucenia jednostki, jej dyskryminacji i wyłączenia z funkcjonowania w różnych dziedzinach życia społecznego [12, 13]. Chory często jest jednocześnie obiektem stygmatyzacji społecznej i jako osoba wywodząca się ze stygmatyzującego społeczeństwa podziela opinie ogółu i ulega autostygmatyzacji [14]. Autostygmatyzacja (ang. self-stigma), nazywana w piśmiennictwie „drugą chorobą”, skutkuje obniżoną samoocena i jest główną przeszkodą w pełnieniu ról społecznych, w pracy i w życiu osobistym [12].

Autostygmatyzacja studentów medycyny

Mimo że studenci medycyny w trakcie studiów uzyskują informacje na temat zaburzeń psychicznych i ich leczenia, często nie traktują depresji jako choroby wymagającej terapii [5]. Wydawać by się mogło, że mają oni lepszy dostęp do opieki

zdrowotnej, ale mimo to rzadziej otrzymują właściwe leczenie niż osoby z depresją w populacji ogólnej [15, 16]. Dzieje się tak, ponieważ, jak stwierdzono [17], ponad połowa studentów z objawami depresji obawia się, że ujawnienie ich choroby może być ryzykowne. W tej grupie ponad 60% studentów uważało, że poszukiwanie pomocy oznaczałoby, że własne umiejętności radzenia sobie są niewystarczające. Wyniki te wskazują, że studenci z depresją czują się naznaczeni przez kolegów i nauczycieli akademickich, a ta stygmatyzacja/autostygmatyzacja związana z depresją i korzystaniem z psychiatrycznej opieki medycznej może stanowić przeszkodę w poszukiwaniach leczenia [1, 15, 16]. W grupie depresyjnych pacjentów pierwszego i drugiego roku medycyny aż u 30% stygmatyzacja stanowiła przeszkodę w korzystaniu z profesjonalnej pomocy. Niemal 40% studentów jako barierę w podjęciu leczenia podało brak poufności, a 24% – obawę, że informacja o terapii znajdzie się w ich dokumentacji na uczelni [15]. Studenci obawiają się również, że ujawnienie ich depresji może wpłynąć negatywnie na ich edukację medyczną lub zmniejszyć ich szanse w staraniach o rezydenturę [1, 15, 16]. Rosenthal i Okie [5] cytują wypowiedzi studentów, którzy nie szukają leczenia z powodu depresji, bo „jako student medycyny po prostu powinienes sobie z tym poradzić”. Pośród studentów medycyny z depresją tylko ¼ jest leczona [1]. W badaniach dotyczących stygmatyzacji i autostygmatyzacji studentów medycyny pytano studentów o różne aspekty postrzegania chorych, a równocześnie – przy zastosowaniu kwestionariuszy, wywiadów i ankiet, oceniano u nich występowanie objawów depresji, nasilenie stresu oraz poczucie wypalenia (burn-out syndrom).

Schwenk i wsp. [17] badali wszystkich studentów Uniwersytetu Medycznego w Michigan przy użyciu ankiety on-line dotyczącej objawów depresji u studentów medycyny i ich postrzegania osób z depresją. Spośród 505 osób, które wypełniły ankietę, u 14,3% zaobserwowano objawy umiarkowanej do ciężkiej depresji. Te osoby, w porównaniu ze studentami bez objawów depresji lub z depresją o łagodnym nasileniu, częściej zaznaczały odpowiedź: „gdybym miał depresję, inni studenci mniej respektowaliby moją opinię” (56,0% vs 23,7%), obawiały się również, że pracownicy uczelni postrzegaliby ich jako niezdolnych do wypełniania swoich obowiązków. Mężczyźni częściej niż kobiety uważali, że studenci z depresją mogą zagrażać pacjentom (36,3% vs 20,1%). Studenci pierwszego i drugiego roku częściej niż studenci trzeciego i czwartego roku uważali, że szukanie pomocy w depresji sprawiłoby, że czuliby się mniej inteligentni (34,1% vs 22,9%).

Nieuwsma i Pepper [18] badali przekonania na temat etiologii depresji i postrzegania stygmatyzacji w depresji oraz możliwości kontroli nastroju i skuteczności różnych sposobów leczenia tego schorzenia. Porównano opinie studentów, którzy podawali, że już wcześniej leczyli się z powodu depresji, z tymi, którzy depresji nie doświadczyli. Wyniki pokazały, że uczestnicy, którzy w przeszłości chorowali na depresję, uważali, że wiąże się ona z większą stygmatyzacją, niż ci, którzy na nią nigdy nie chorowali. Model etiologiczny, który uznawali za przyczynę depresji, nie miał związku z ich postrzeganiem stygmatyzacji związanej z depresją. Przyczyny depresji wybierane przez studentów korelowały natomiast z preferowanym sposobem leczenia i przekonaniem o możliwości kontroli nastroju.

Badania Givensa i Tjia [15] miały na celu ocenę objawów depresji przy użyciu Kwestionariusza (Inwentarza) Depresji Becka oraz określenie barier w szukaniu po-

mocy u specjalistów wśród studentów cierpiących na depresję. W grupie 194 studentów Uniwersytetu Medycznego w Kalifornii 24% uczestników stwierdzono objawy depresji. Tylko 22% z nich korzystało z ambulatoryjnej opieki psychiatry. Najczęściej podawane przeszkody w szukaniu pomocy to: brak czasu (48%), brak poufności (37%), stygmatyzacja związana z leczeniem zaburzeń psychicznych (30%), cena (28%), a także obawa przed niechcianą interwencją (26%).

W badaniu Chenga i wsp. [19] przeprowadzonym on-line wzięło udział 1010 studentów medycyny z czterech uczelni medycznych w Australii. Pytano ich m.in. o przekonania dotyczące innych osób chorujących na depresję oraz o poczucie autostygmatyzacji (spośród respondentów 25% podało, że chorowało wcześniej na depresję). Większość studentów nie zgodziła się ze stwierdzeniami odnoszącymi się do autostygmatyzacji, ale ponad 4/5 podtrzymywało przekonania stygmatyzujące chorych na depresję (w tym „depresja nie jest prawdziwą, medyczną chorobą”). Większe poczucie stygmatyzacji w stosunku do siebie wykazywali ci studenci (ponad 1/3 ogółu), którzy mieli wyższy poziom stresu (według użytej w badaniu skali). Osoby, które zgłosiły wcześniejszą historię własnych zaburzeń lękowych, wykazywały większą stygmatyzację osób chorujących na depresję.

Chew-Graham i wsp. [16] badali przyczyny stresu oraz nastawienie studentów medycyny do szukania pomocy w przypadku zaburzeń psychicznych. Badanie zostało przeprowadzone wśród studentów medycyny na uniwersytecie w Manchesterze za pomocą częściowo ustrukturyzowanych wywiadów. Grupa badana była reprezentatywna, dobrana pod względem płci, pochodzenia etnicznego i obywatelstwa (obywatele Wielkiej Brytanii bądź nie). Studenci przyznali, że studiowanie medycyny wiąże się z dużym stresem. Zgłosili też, że stygmatyzacja związana z chorobami psychicznymi, dominuje wśród studentów i nie przemija z czasem, a jest nadal obecna, także potem w trakcie pracy. Unikanie profesjonalnej pomocy zaczyna się wcześniej i jest powiązane z przekonaniem, że zaburzenie psychiczne będzie postrzegane jako oznaka słabości i spowoduje negatywne konsekwencje związane z rozwojem kariery zawodowej.

Badanie Wimsatta i wsp. [20] miało na celu wczesne wykrywanie czynników wywołujących poczucie stygmatyzacji wśród studentów medycyny z depresją, a także zaprojektowanie programów redukujących stygmatyzację. Badanie przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza, który oceniał objawy depresji, stosunek do osób chorych psychicznie i potencjalne źródła stygmatyzacji związanej z depresją. Niemal 15% studentów podało, że w przeszłości rozpoznano u nich depresję. Większość badanych wskazała, że jeśli miałyby depresję, czułaby się zawstydzona, gdyby ich znajomi o tym wiedzieli. Wielu z nich wyrażało przekonanie, że ujawnienie depresji mogłoby negatywnie wpłynąć na rozwój ich kariery. Badanie wykazało trzy podstawowe czynniki stygmatyzacji: postrzeganie depresji jako osobistej słabości, obawa przed odkryciem choroby przez innych oraz przekonanie o społecznej lub zawodowej dyskryminacji. Studenci wiążący depresję z osobistą słabością oceniali leczenie jako mniej efektywne, a środowisko akademickie jako bardziej rywalizujące. Ci, którzy wskazywali na stygmatyzację społeczną, uważali leczenie i konsultacje ze specjalistą za mniej pomocne, a depresję wiązali z niezdolnością do radzenia sobie. Depresja respondentów była najmocniej związana z przewidywaną stygmatyzacją w postaci społecznej lub zawodowej dyskryminacji.

Badanie przeprowadzone na Uniwersytecie Medycznym w Yale [21] miało na celu określenie związku między stresem, wypaleniem, stygmatyzacją, depresją a szukaniem pomocy wśród studentów medycyny. Przeprowadzono ankietę on-line, którą wypełniło 183 studentów. Aż 1/4 ankietowanych uważała, że ich problemy związane ze zdrowiem psychicznym po rozpoczęciu studiowania wzrosły, ale większość studentów podała, że nie odczuwa dyskomfortu związanego z szukaniem pomocy w chorobie. Ci, którzy zaznaczyli, że mieliby z tym problem, częściej wykazywali większe niż pozostali ankietowani problemy związane ze zdrowiem psychicznym i nie poszukiwali leczenia. Vankar i wsp. [22] badali nasilenie depresji, a także poczucie napiętnowania związane z zachorowaniem na depresję wśród studentów medycyny na prywatnej uczelni medycznej w Indiach. W badaniu tym wzięło udział 331 studentów, którzy wypełnili kwestionariusz Patient Health Questionnaire (PHQ-9), a także częściowo ustrukturyzowany kwestionariusz, który umożliwiał ocenę autostygmatyzacji i stygmatyzacji osób chorujących na depresję. W badanej grupie 26,6% studentów wykazywało cechy umiarkowanej lub ciężkiej depresji na podstawie wyników skali PHQ-9. Ponad 70% ankietowanych uważało, że chorowanie na depresję mogłoby negatywnie wpłynąć na ich edukację, a 52% postrzegało ją jako oznakę osobistej słabości. Kobiety częściej uważały, że inni studenci nie chcieliby pracować ze studentem z depresją (50,9% vs 36,2%), a także, że taka osoba nie jest w stanie wypełniać swoich obowiązków związanych ze studiowaniem medycyny. Z każdym kolejnym rokiem studiów rosło nasilenie autostygmatyzacji związanej z ujawnieniem depresji przyjacielom, a także niechęci do pracy z osobą cierpiącą na depresję. Podobnie na polskiej uczelni studenci medycyny negowali potrzebę opieki specjalistycznej w razie stwierdzenia u nich objawów depresji [23].

Badanie przeprowadzone przez Dyrbye i wsp. [24] na sześciu uniwersytetach medycznych dotyczyło szukania pomocy w depresji wśród studentów medycyny cierpiących na tzw. wypalenie (ang. burnout). W badaniu zastosowano kwestionariusz oceniający nasilenie wypalenia, objawy depresji, jakość życia, postrzeganie stygmatyzacji, doświadczenia osobiste, a także stosunek do szukania pomocy i leczenia depresji w przypadku zachorowania. Ankietę wypełniło 873 studentów, z czego objawy wypalenia stwierdzono u 454 studentów. Ta ostatnia grupa wykazywała większe nasilenie autostygmatyzacji. Ankietowani, którzy w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie korzystali z pomocy z powodu wypalenia, dwa razy częściej zaznaczali, że studenci szukający pomocy byli oceniani negatywnie przez swoich nauczycieli akademickich. Studenci medycyny rzadziej zaznaczali, że w przypadku znacznego problemu emocjonalnego szukaliby profesjonalnej pomocy (26,9%) niż osoby z ogólnej populacji amerykańskiej (44,3%) i osoby dobrane do nich wiekiem (38,8%). W przeprowadzonych wśród polskich studentów kierunków medycznych badaniach ankietowych typu on-line stwierdzono, że objawy wypalenia miały większe nasilenie na początku i w ostatnim okresie studiowania [25], jednak nie oceniano w tym badaniu objawów depresji. Obecnie w kilku krajach, w tym w Polsce [26, 27], prowadzone są badania za pomocą kwestionariusza International Depression Literacy Survey [28] opracowanego przez Brain & Mind Research Institute przetłumaczonego przez nas na język polski. Jest to kwestionariusz, który ocenia wiedzę o depresji (m.in. statystyki, fakty,

objawy), a także nastawienie, świadomość i osobiste doświadczenia, mierzy również nasilenie stresu ankietowanych (Kessler Psychological Distress Scale – K10) i nasilenie objawów psychologicznych i/lub somatycznych (Somatic and Psychological Health Report – SPHERE) [29].

W opinii części autorów stygmatyzujące postawy studentów medycyny wynikają zazwyczaj z lęku i niedostatecznej wiedzy na temat zaburzeń psychicznych [30]. Badania Sayarifard i wsp. [31] dotyczyły „mental health literacy”, czyli wiedzy i przekonań na temat chorób psychicznych, a także ich rozpoznawania, postępowania i zapobiegania. Zostały one przeprowadzone na Uniwersytecie Medycznym w Teheranie i wzięło w nich udział 324 studentów. Pytania w kwestionariuszu dotyczyły rozpoznawania zaburzeń psychicznych, zapobiegania, szukania w nich pomocy, stygmatyzacji, a także wpływu mediów. Badania ujawniły, że w przypadku zachorowania, większość studentów szukałaby pomocy wśród przyjaciół i znajomych. Główną barierą w szukaniu pomocy okazał się lęk przed stygmatyzacją. Niepokojące wydaje się, że dla studentów medycyny telewizja i Internet były najczęściej wskazywanym źródłem informacji o zdrowiu psychicznym. W opinii Tjia depresja wpływa nie tylko na życie studentów medycyny, ale może mieć również długofalowe konsekwencje wpływające na leczenie przez nich pacjentów w przyszłości (za: [5]). Studenci uznają, że powinni ukrywać depresję, bo uczy się ich, że są uzdrowicielami, a nie osobami, które same mają problem [5]. Podkreśla się, że studenci medycyny znajdują się stale w sytuacji wysokich oczekiwań. Mają poczucie, że podejmują decyzje ratujące życie i nie mogą się mylić [32]. Potem wielu pracujących lekarzy nie jest leczonych z powodu depresji, bo obawiają się ujawnienia choroby, ale „jeśli nie wiedzą, jak leczyć swoją depresję, ma to negatywny wpływ na sposób, w jaki leczą swoich pacjentów” [5].

Nieznane są nam prace dotyczące interwencji służących redukcji autostygmatyzacji. Wydaje się, że autostygmatyzacja jako efekt stygmatyzacji może ulec zmniejszeniu po zastosowaniu interwencji redukujących stygmatyzację u studentów medycyny i lekarzy. Opisywano różnorodne metody redukcji stygmatyzacji: odgrywanie ról, staż w zakresie pierwszej pomocy w chorobach psychicznych, edukację (interwencje edukacyjne), wysłanie jednorazowo maila z informacjami o stygmatyzacji, bezpośredni kontakt z chorym, edukację z elementami bezpośredniego kontaktu, połączenie wykładu i kontaktu bezpośredniego z chorym, połączenie wykładu i nagrywanego kontaktu z chorym, bezpośredni kontakt z chorym rówieśnikiem, bezpośredni kontakt z opiekunem osoby chorej. Przedmiotem analizy była redukcja stygmatyzacji i czas trwania takiej zmiany. Zgodnie z wynikami systematycznego przeglądu literatury na temat efektywności metod redukujących stygmatyzację wśród pracowników ochrony zdrowia i studentów kierunków medycznych [33], interwencje z elementami bezpośredniego kontaktu z chorymi, maile edukacyjne, wywiady wideo z pacjentami były bardziej skuteczne w redukcji stygmatyzacji, natomiast odgrywanie ról nie było skuteczne. Pozostałe metody mogą być użyteczne, ale, niezależnie od metody, w badaniach kontrolnych typu follow-up z wpływem czasu badani „wracali” do poprzednich poglądów, czyli działania tego typu powinny być powtarzane w celu podtrzymania efektu. Interesująca wydaje się propozycja wdrażania interwencji typu on-line: wykłady, filmy, komentarze, narzędzia do rozpoznawania zaburzeń i monitorowania stanu psychicznego [34, 35].

Istotne wydaje się, by uczelnie medyczne od samego początku studiów prowadziły działania zapobiegające stygmatyzacji/autostygmatyzacji wśród studentów medycyny chorujących na depresję. Choć na razie nie znamy odległych efektów podjętych działań, warto zwrócić uwagę na opracowane już rozwiązania – w latach 2013–2015 opublikowano w Wielkiej Brytanii raporty, które prezentowały systematyczny przegląd literatury, badania on-line, ustrukturyzowane wywiady telefoniczne z przedstawicielami uczelni medycznych oraz ze studentami, jak i wytyczne na temat wspierania studentów medycyny z zaburzeniami zdrowia psychicznego [36, 37]. W raporcie tym [36] określono cztery główne zagadnienia związane ze wsparciem (provision of support) studentów medycyny z depresją i innymi zaburzeniami psychicznymi :

1. Określenie i doprecyzowanie roli i celu ustanowienia opiekuna (personal tutor);
2. Opracowanie systemów monitorowania w celu określenia/wykrycia osób, które mogą potrzebować pomocy;
3. Tworzenie atmosfery odpowiedniej do rozwijania pomocy koleżeńskiej (peer support);
4. Zwrócenie się w kierunku modelu niezależnej od uczelni opieki medycznej dla studentów – opiera się to na założeniu, że model opieki zapewnianej przez uczelnię może nasilać stygmatyzację.

Raport [37] wymieniał także następujące zadania uczelni medycznych w pomocy studentom z zaburzeniami psychicznymi:

- (a) Szkoły medyczne powinny tworzyć środowisko, w którym otwarcie dyskutuje się na temat zdrowia psychicznego w celu próby zmniejszenia stygmatyzacji z nim związanej. Takie środowisko redukuje stygmatyzację i promuje zdrowie psychiczne;
- (b) Bardzo ważna jest pomoc w powrocie na zajęcia studentom, którzy przerwali studia z powodu problemów psychicznych. Powrót do nowej grupy studenckiej może być trudny, dodatkowo studenci obawiają się stygmatyzacji, jeśli koledzy poznają przyczynę przerwy w studiowaniu;
- (c) Uczelnie medyczne powinny mieć plan reintegracji/powrotu na zajęcia dla każdego studenta, z którym ten plan należy omówić a pracę nad nim trzeba rozpocząć wcześniej, na długo przed powrotem, nawet w momencie przerwania studiów. Określenie jasnych oczekiwań pomaga studentom i uczelniom przeprowadzić proces reintegracji;
- (d) Studenci we współpracy z osobami odpowiedzialnymi za pomoc na uczelniach medycznych powinni podejmować kampanie zwiększające świadomość zagadnień związanych ze zdrowiem psychicznym mające na celu zmniejszenie stygmatyzacji;
- (e) Podjęcie działań mających na celu przekonanie studentów, że nie powinni unikać leczenia w obawie przed wpisem do dokumentacji na uczelni i negatywnymi konsekwencjami dla przyszłej kariery zawodowej.
- (f) Potrzebę rozdzielenia funkcji osoby dostarczającej wsparcia i osoby mogącej podejmować decyzje na temat dalszego przebiegu studiów (zapewnienie studentom, że mogą zgłaszać problemy bez obawy, że będzie to miało wpływ na przebieg ich studiów).

W wyniku raportu powstały wytyczne i zalecenia dla uczelni medycznych [37, 38], w których przedstawiono następujące przykłady działań:

- (a) oferowanie pomocy przez innych studentów, uprzednio przeszkolonych w udzielaniu pomocy i porad w zakresie radzenia sobie ze stresem, jako że niektórzy studenci wolą początkowo zwrócić się do rówieśników;
- (b) wykłady i kursy prowadzone wcześniej w przebiegu studiów w celu edukacji studentów w zakresie zdrowia psychicznego i tego, jak znaleźć pomoc, gdy jest potrzebna;
- (c) właściwe szkolenia pracowników pełniących rolę opiekunów studentów (np. opiekunów roku), aby wiedzieli kiedy i dokąd kierować studentów z problemami psychicznymi i jak rozpoznać zaburzenia psychiczne;
- (d) zapewnienie poradnictwa i wsparcia psychologicznego przez uczelnię,
- (e) monitorowanie przebiegu studiów, co umożliwia podjęcie rozmowy na temat potencjalnych problemów ze studentami, których osiągnięcia na uczelni budzą niepokój.

Opisywany jako przykład dobrej praktyki jest program prowadzony na Uniwersytecie Cardiff [37, 38]. Umożliwia on zarówno zgłaszanie się samych studentów z problemami zdrowia psychicznego, jak i kierowanie ich przez pracowników uczelni. Studenci konsultowani są przez wyszkolonych menadżerów przypadków (trained case managers), którzy kontaktują się z placówkami zewnętrznymi i pomagają studentom w dostępie do opieki medycznej, a w razie potrzeby działają również jako ich mediatorzy/reprezentanci na uczelni. Wszyscy studenci medycyny na początku roku otrzymują pisemne informacje na temat tego systemu oraz dostępu do osób, które mogą im pomóc [38]. Na uniwersytecie w Cardiff podkreśla się, że służby te nie mogą działać w izolacji, gdy nie ma wsparcia ze strony uczelni. Na tej uczelni odbywają się szkolenia całego personelu ukierunkowane na rozpoznawanie takich sytuacji i sugerowanie pomocy osobom z problemami psychicznymi. Student, który prosi o pomoc z powodu problemów psychicznych, powinien oczekiwać, że uzyska pomoc i wsparcie, nie krytykę, powinien wiedzieć, że prośba o pomoc nie oznacza słabości, a uczelnia medyczna tę pomoc zapewni [38].

Podsumowanie

Nawet do 30% studentów medycyny może chorować na depresję [6]. Większość z nich nie korzysta z pomocy lekarskiej w związku z postrzeganiem depresji jako stygmatyzującej, co prowadzi do autostygmatyzacji i utrudnia wczesną diagnozę i podjęcie leczenia, a tym samym oznacza gorsze (suboptymalne) leczenie, bardziej niekorzystną prognozę i nawroty [34]. Autorzy prac na temat depresji i autostygmatyzacji zgodnie stwierdzają, że należy stworzyć takie warunki edukacji medycznej, w których depresja wśród studentów medycyny jest traktowana jak każdy inny problem medyczny, wymagający zdiagnozowania, leczenia i zapobiegania. Należy również sprawić, żeby studenci korzystający z terapii czuli się komfortowo i bezpiecznie [32, 36–38].

Piśmiennictwo

1. Tjia J, Givens JL, Shea JA. *Factors associated with undertreatment of medical student depression*. J. Am. Coll. Health 2005; 53(5): 219–224.
2. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. *Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students*. Acad. Med. 2006; 81(4): 354–373.
3. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K. i wsp. *Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study*. Acad. Med. 2009; 84(2): 236–241.
4. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. *Stress and depression among medical students: a cross-sectional study*. Med. Educ. 2005; 39(6): 594–604.
5. Rosenthal JM, Okie S. *White coat, mood indigo – depression in medical school*. N. Engl. J. Med. 2005; 353(11): 1085–1088.
6. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. *A systematic review of studies of depression prevalence in university students*. J. Psychiatr. Res. 2013; 47(3): 391–400.
7. Gonzalez O, Berry J, Mcknighty-Eliy I, Strine T, Edwards V, Lu H. i wsp. *Current depression among adults - United States, 2006 and 2008*. MMWR 2010; 59: 1229.
8. Ziemska B, Marcinkowski JT. *Badania nad stresem psychologicznym związanym ze studiami medycznymi*. Now. Lek. 2008; 77(2): 120–125.
9. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR. *A longitudinal study of students' depression at one medical school*. Acad. Med. 1997; 72(6): 542–546.
10. Mojs EH, Warchoń-Biedermann K, Głowacka MD, Strzelecki W, Ziemska B, Samborski W. *Are students prone to depression and suicidal thoughts?* Arch. Med. Sci. 2015; 11(3): 605–611.
11. Jackowska E. *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(6): 655–670.
12. Podogrodzka-Nieli M, Tyszkowska M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(6): 1201–1211.
13. Suwalska J, Suwalska A, Neumann-Podczaska A, Łojko D. *Studenti medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów*. Psychiatr. Pol. 2016 [Epub ahead of print]; DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/63515>.
14. Tyszkowska M, Podogrodzka M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(6): 1011–1022.
15. Givens JL, Tjia J. *Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use*. Acad. Med. 2002; 77(9): 918–921.
16. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. *'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems*. Med. Educ. 2003; 37(10): 873–880.
17. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. *Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students*. JAMA 2010; 304(11): 1181–1190.
18. Nieuwsma JA, Pepper CM. *How etiological explanations for depression impact perceptions of stigma, treatment effectiveness, and controllability of depression*. J. Ment. Health 2010; 19(1): 52–61.

19. Cheng DR, Poon F, Nguyen TT, Woodman RJ, Parker JD. *Stigma and perception of psychological distress and depression in Australian-trained medical students: results from an inter-state medical school survey*. Psychiatry Res. 2013; 209(3): 684–690.
20. Wimsatt LA, Schwenk TL, Sen A. *Predictors of depression stigma in medical students: potential targets for prevention and education*. Am. J. Prev. Med. 2015; 49(5): 703–714
21. Gold JA, Johnson B, Leydon G, Rohrbaugh RM, Wilkins KM. *Mental health self-care in medical students: a comprehensive look at help-seeking*. Acad. Psychiatry 2015; 39(1): 37–46.
22. Vankar JR, Prabhakaran A, Sharma H. *Depression and stigma in medical students at a private medical college*. Indian J. Psychol. Med. 2014; 36(3): 246–254.
23. Marek K, Białoń P, Wichowicz H, Melloch H, Nitka-Siemńska A. *Przesiewowa ocena rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku*. Psychiatria 2005; 2(4): 217–224.
24. Dyrbye LN, Eacker A, Durning SJ, Brazeau C, Moutier C, Massie FS. i wsp. *The impact of stigma and personal experiences on the help-seeking behaviors of medical students with burnout*. Acad. Med. 2015; 90(7): 961–969.
25. Tereszko A, Drozdowicz K, Szymura MF, Taurogiński B, Tuleja A, Korzeniowski W. i wsp. *Burnout, neurotic symptoms and coping strategies in medical students*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2015; 4: 17–22.
26. Suwalska J. *Wiedza o objawach i leczeniu depresji – badanie wśród studentów poznańskich uczelni*. W: Nyckowiak J, Leśny J, Panfil M. red. *Badania i Rozwój Młodych Naukowców w Polsce 2015*. Poznań: Młodzi Naukowcy; 2015. s. 122
27. Suwalska J. *Ocena wiedzy studentów na temat depresji i jej leczenia przy zastosowaniu kwestionariusza International Depression Literacy Survey*. W: Leśny J, Nyckowiak J. red. *Badania i rozwój młodych naukowców w Polsce. Nauki medyczne i nauki o zdrowiu. Część I*. Poznań: Młodzi naukowcy; 2016. s. 98–103
28. Hickie AMI, Davenport TA, Luscombe GM, Rong Y, Hickie ML, Bell MI. *The assessment of depression awareness and help-seeking behaviour: experiences with the International Depression Literacy Survey*. BMC Psychiatry 2007; 7: 4827.
29. Tully C. *Critical synthesis package: international depression literacy survey*. MedEdPORTAL Publications 2014; <https://www.mededportal.org/publication/9667> [data dostępu: 11.07.2015].
30. Filipcic I, Pavicic D, Filipcic 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.
31. Sayarifard A, Ghadirian L, Mohit A, Eftekhari M, Badpa M, Rajabi F. *Assessing mental health literacy: What medical sciences students’ know about depression*. Med. J. Islam. Repub. Iran 2015; 29: 161.
32. Chavis S. *Depression stigma higher in medical students*. <http://psychcentral.com/news/2010/09/21/depression-stigma-higher-in-medical-students/18468.html> [data dostępu: 21.01.2016].
33. Stubbs A. *Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature*. Australas Psychiatry 2014; 22(6): 579–584.
34. Nguyen M. *Why medical school is depressing and what we should be doing about it*. AMSJ 2011; 2(1): 65–68.
35. Suwalska A, Abramowicz M, Rybakowski J. *Długoterminowa ocena nastroju w chorobie afektywnej dwubiegunowej*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(5): 771–780.

36. Grant A, Mattick K, Jones D, Winter P. *Identifying good practice among medical schools in the support of students with mental health concerns*. <http://www.gmc-uk.org/about/research/25018.asp> [data dostępu: 08.09.2016].
37. General Medical Council and Medical Schools Council. *Supporting medical students with mental health conditions*. <http://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/23289.asp> [data dostępu: 08.09.2016].
38. Sayburn A. *Why medical students' mental health is a taboo subject. Why stigma and misconceptions persist*. *Student BMJ* 2015; 23: h722.

Adres: Aleksandra Suwalska
 Pracownia Neuropsychobiologii, Katedra Psychiatrii
 Uniwersytet Medyczny im K. Marcinkowskiego w Poznaniu
 60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Otrzymano: 7.02.2016

Zrecenzowano: 20.03.2016

Otrzymano po poprawie: 23.10.2016

Przyjęto do druku: 26.11.2016