

Łukasz Cichocki^{1,2}, Krzysztof Walczewski^{1,2}, Martyna Kędziora-Wysocka²,
Katarzyna Pragnący², Andrzej Marycz², Paweł Smyk², Anna Depukat²

¹Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego

²Ośrodek Edukacji, Badań i Rozwoju Szpitala Klinicznego im. J. Babińskiego w Krakowie

Doświadczenie tworzenia i wprowadzania zajęć z zakresu propedeutyki psychiatrii dla studentów medycyny — szanse i trudności

*Creating and implementing the course of introduction to
psychiatry for medical students: chances and difficulties*

Abstract

The paper describes concepts and realization of the didactic process on introduction to psychiatry in newly created medical faculty of Andrzej Frycz-Modrzewski Cracow Academy. Description of this reality considers students, patients and professionals perspective. Shows importance of the topic, chances and difficulties, also these touching mental health of the students.

Psychiatry 2019; 16, 4: 212-217

Key words: didactic, mental health, psychiatry

Wstęp

Edukacja studentów medycyny w zakresie psychiatrii jest bardzo ważnym, ale także trudnym wyzwaniem dydaktycznym, istotnym między innymi dlatego, że pacjenci z zaburzeniami psychicznymi bardzo często pojawiają się u lekarzy innych specjalności, na przykład lekarzy rodzinnych. Trudność tego zadania wiąże się między innymi z faktem, że uczenie się psychiatrii, kontakt z pacjentami psychiatrycznymi polegają nie tylko na przekazywaniu wiedzy, ale także, a może przede wszystkim, na wypracowywaniu odpowiednich postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W tworzeniu tych postaw z jednej strony ważna jest oczywiście osoba mentora, kogoś, kto uczy, kto ma być wzorcem do identyfikacji. Z drugiej — niezwykle istotne są wcześniejsze doświadczenia studenta — jego stopień znajomości samego siebie, rozumienia i kontrolowania własnych reakcji, stopień uważności, zaciekawienia drugim człowiekiem.

Adres do korespondencji:

Łukasz Cichocki
Ośrodek Edukacji, Badań i Rozwoju
Szpitala Klinicznego im. J. Babińskiego
ul. J. Babińskiego 29, 30-393 Kraków
e-mail: lcichocki@gmail.com

Niniejsza praca jest próbą refleksji nad procesem tworzenia i przebiegu programu dydaktycznego z zakresu propedeutyki psychiatrii na nowo utworzonym wydziale lekarskim Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego.

W polskim piśmiennictwie naukowym jest niewiele pozycji analizujących przebieg procesów dydaktycznych w zakresie psychiatrii. Adamowski i wsp. [1] wskazywali na możliwość wprowadzenia modelu *problem based learning* (PBL) do nauczania psychiatrii. Suwalska i wsp. [2, 3] dokonali przeglądu badań dotyczących poziomu stygmatyzacji i autostygmatyzacji studentów medycyny w kontekście zdobywanej przez nich wiedzy. Marcinkowska i wsp. [4] wskazywali na wagę uzyskiwania wiedzy z zakresu radzenia sobie ze stresem. Jest to bardzo niewiele na tle setek badań dotyczących tego obszaru w literaturze angielskojęzycznej. Warto spróbować uzupełnić w pewnym stopniu tą lukę. Od jakości kształcenia przyszłych kadr medycznych już na etapie przeddyplomowym zależy przecież w dużej mierze skuteczność opieki medycznej w przyszłości.

Nie ma także konkretnych zaleceń dotyczących sposobów nauczania psychiatrii. Są w tym kierunku

prowadzone badania, z których wynika, że szkolenia w zakresie dydaktyki dla klinicystów przyczyniają się do wzrostu umiejętności nabywanych przez studentów [5]. Przykładem może być szkolenie DELPHI określające które tematy muszą być poruszone podczas nauczania psychiatrii dzieci i młodzieży — problematyka dotycząca relacji z całą rodziną, specyfika kontaktu z pacjentem młodzieżowym, depresja, samobójstwa [6].

Cele nauczania

Podczas tworzenia programu w zakresie propedeutyki psychiatrii przyjęto dwa podstawowe cele. Pierwszym z nich było oswojenie studentów medycyny z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi czy szerzej — z problemami zdrowia psychicznego. Rzecz wydaje się oczywista, a może nawet prosta. W praktyce okazało się, że choć cel ten w zdecydowanej większości przypadków udało się osiągnąć, to jednak natrafiono na wiele wyzwań. Przyczyn było kilka. Po pierwsze u niektórych studentów występowały istotne trudności wynikające z ich własnych problemów psychicznych. Okres studiowania nie jest prosty z psychologicznego punktu widzenia. Dane z badań [7] wskazują, że sytuacja się pogarsza w ciągu ostatnich lat. Studia medyczne, choćby uwagi na ilość przyswajanego materiału, należą do szczególnie trudnych [8]. Studenci medycyny są narażeni na częste zaburzenia psychiczne spowodowane trudnościami w przystosowaniu się do środowiska szkoły medycznej, narażeniem na śmierć i ludzkie cierpienie [9]. W cytowanych badaniach częstość zaburzeń psychicznych u studentów medycyny wynosiła 35,2%. W innych, przeprowadzonych w Brazylii badaniach [9], wśród najczęściej wymienianych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym u studentów medycyny znalazły się: wypalenie zawodowe, problematyczne spożywanie alkoholu, stres, nadmierna senność w ciągu dnia i lęk. Do tego dochodzą różne trudności niezwiązane bezpośrednio ze studiami, ale powracające przy okazji kontaktu z pacjentem psychiatrycznym. Uruchamia się lęk przed „dotknięciem” na przykład własnych, nieprzepracowanych historii rodzinnych, wydarzeń traumatycznych z okresu dzieciństwa, młodości czy wręcz nasilenia istniejących już wcześniej objawów psychopatologicznych. Okazuje się, że rolą asystenta jest nie tylko uczenie, ale także wsparcie emocjonalne i wskazywanie możliwości szukania pomocy. Z badań [10] wynika, że studenci, którzy mieli dużo zajęć z psychiatrii na studiach, bądź którzy sami doświadczali zaburzeń psychicznych, lub w ich rodzinie były obecne takowe, mieli bardziej pozytywny stosunek do tego przedmiotu.

Drugie wyzwanie w tym zakresie polegało na przekonaniu części studentów, dla których przedmiot ten był dotych-

czas bardzo odległy, że warto o kontakt z pacjentem zabiegać, że jest sens nie tylko powierzchownego zebrania informacji, ale zanurzenia się w historię człowieka, z którym rozmawiamy. Oczywiście studenci są różni — jedni wykazują naturalny talent w tym obszarze i z empatią, uwagą słuchają, zadając adekwatne, użyteczne pytania; drudzy z różnych powodów uciekają od takich możliwości, są mało elastyczni, nie słuchają tego, co mówi pacjent, nie podążają za nim, nie wiedzą, jak się zachować wobec trudnych treści, które wnoszą pacjenci, na przykład wielu strat. Podczas studiów medycznych w wielu krajach nadal są duże braki w edukacji przyszłych lekarzy odnośnie do tego, jak udzielić wsparcia emocjonalnego pacjentowi będącemu na przykład w żałobie [11]. Optymistycznym aspektem jest obserwacja, że w miarę trwania zajęć rósł poziom swobody i umiejętności w zakresie prowadzenia badania psychiatrycznego, reagowania na trudne treści wnoszone przez pacjentów.

Wreszcie, trzecim wyzwaniem było unaocznienie silnych związków psychiatrii z innymi dziedzinami medycyny, nieodzowności umiejętności i przynajmniej podstawowej wiedzy z zakresu psychiatrii dla każdego lekarza. Wielką pomocą okazali się tutaj pacjenci, ich historie życia i choroby, gdzie co chwilę przewijały się wątki związane z innymi, niż psychiatryczne, problemami zdrowotnymi. Drugim celem było uzyskanie przez studentów umiejętności zebrania wywiadu oraz oceny aktualnego stanu psychopatologicznego. To dość ambitny cel jak na trzeci rok studiów medycznych, na wielu innych uczelniach realizowany na IV, a nieraz nawet V roku. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że studenci medycyny Krakowskiej Akademii im. A. Frycza-Modrzewskiego od pierwszego roku studiów mają kontakt z pacjentami oraz że w ramach propedeutyki psychiatrii przewidziano 27 godzin ćwiczeń (ponadto 9 godzin seminariów i 9 godzin wykładów), cel ten wydał się możliwy do osiągnięcia. Autorom niniejszej pracy w trakcie zajęć ze studentami zależało szczególnie na poczuciu ciągłości. Pomocnym rozwiązaniem okazały się ustalenia, że każda grupa ćwiczeniowa ma zajęcia z jednym asystentem. Sprzyjało to lepszemu wzajemnemu poznaniu, indywidualizacji podejścia do studentów, dawało poczucie stabilności.

Nie tylko studenci wynieśli korzyści z zajęć. Dla pacjentów była to możliwość otrzymania dodatkowej uwagi, doświadczenia wdzięczności za okazaną pomoc, bycia potrzebnym. Dla osób prowadzących zajęcia jest to okazja do uporządkowania i zaktualizowania swojej wiedzy, lepszego poznania innych oddziałów szpitalnych, budowania więzi koleżeńskich. To w przekonaniu autorów bardzo istotny wątek — aby nie wszystkie zajęcia odbywały się na jednym oddziale, ale by studenci mieli możliwie szeroki przekrój, na przykład oddziały dzienne, rehabilitacyjne, detoksykacyjne, psychogeriatryczne.

Refleksje

Refleksje na temat podjętego przez autorów pracy tematu podzielono na trzy części. Pierwsza dotyczy samych studentów — ich odbioru zajęć z psychiatrii — szans i trudności w tym obszarze. Druga opisuje percepcję zajęć dydaktycznych przez pacjentów. Trzecia część jest rodzajem autorefleksji osób prowadzących zajęcia.

Studenci

Powtarzającym się wątkiem w obserwacjach dotyczących studentów było ich początkowe onieśmienie, przejęcie czy wręcz obawy przed kontaktem z osobami chorującymi psychicznie. Należy stwierdzić, że w pewnej mierze te obawy były uzasadnione. Pacjenci hospitalizowani psychiatrycznie w trybie stacjonarnym są szczególnie podgrupą wśród wszystkich pacjentów psychiatrycznych. To często osoby z bardzo nasilonymi objawami, cięższym niż przeciętny przebiegiem choroby, trudnymi życiorysami naznaczonymi poważnymi traumami lub deficytami, niekiedy znajdujące się w skomplikowanej sytuacji życiowej (bieda, samotność, bezrobocie). Zależało nam na tym, aby studenci weszli w ten świat w sposób bezpieczny, oswajając tę trudną rzeczywistość, nabierając pewności siebie w kontakcie z osobą chorującą psychicznie, lepiej rozumiejąc drugiego człowieka. Pierwsze wywiady z zasady przeprowadzał asystent prowadzący (studenci przysłuchiwali się, mogli na koniec zadać kilka pytań). Duża część kolejnych wywiadów była przeprowadzana w towarzystwie asystenta. Dopiero pod koniec zajęć studenci samodzielnie (bez obecności asystenta) zbierali wywiady i badali pacjentów. Wszystkie wywiady co do zasady powinny być omawiane z asystentami. Poniżej przedstawiono spostrzeżenia dotyczące pracy ze studentami z perspektywy poszczególnych asystentów:

1. Studenci byli przejęci możliwością zbierania wywiadu i stawiania wstępnych diagnoz w przestrzeni mentalnej. Po pierwszych obawach większość z nich była zafascynowana, że współpraca z pacjentem psychiatrycznym jest możliwa, że sami potrafią zebrać wywiad, że często prowadzi on do istotnych wniosków i wystarcza do postawienia pierwszych hipotez diagnostycznych. Dyskusje na temat diagnoz były od pierwszych zajęć interesujące i budowały poczucie kompetencji lekarskiej. Co ważne, dotyczyły nie tylko szpitala, ale omawiano także możliwe sytuacje z poradni ogólnych czy obecność pacjenta psychiatrycznego w szpitalu somatycznym, zgodnie z przyszłymi specjalizacjami studentów. Jeden ze studentów, początkowo niezbyt zainteresowany, podsumował zajęcia na ostatnich ćwiczeniach: „myślałem, że większość z pacjentów oddziału zamkniętego jest tu przez was, psychiatrów, trzymana bez powodu. Teraz

widzę, jakie skomplikowane są światy psychiczne i na dodatek można się z nimi spotkać!”.

2. Studenci początkowo z pewnym onieśmieniem podchodzili do pacjentów, ponieważ były to ich pierwsze próby zbierania wywiadu. Skupiali się na tym, żeby uzyskać jak najwięcej informacji, pomijając atmosferę badania, dobre samopoczucie pacjenta. Chętnie się jednak uczyli i korygowali swoje błędy w kolejnych badaniach. Po skończonym cyklu zajęć poproszono ich o ocenę zarówno pozytywnych, jak i negatywnych aspektów ćwiczeń. Studenci cenili sobie zajęcia przede wszystkim dlatego, że mogli pracować z pacjentami, mówili, że dzięki zbadaniu pacjenta z daną jednostką chorobową dużo łatwiej było im przyswoić charakterystyczne objawy tej choroby, uczyć się psychopatologii. Cieszyło ich to, że każdy miał szanse porozmawiać z pacjentem, „sprawdzić się” w tym trudnym, według ich oceny, badaniu psychiatrycznym. Lubili przychodzić na zajęcia ze względu na miłą atmosferę, „luźną, bez napinek”, cieszyło ich to, że nie jest też „śmiertelnie poważnie”. Szanowali „czyste reguły gry”, wiedzieli, jakie są wymagania asystenta, czuli się traktowani po partnersku, zwrócili uwagę na to, że ich próby dotyczące przebiegu zajęć były respektowane. Podobną im się również sposób przekazywania wiedzy, stwierdzili, że był czytelny — dzięki używaniu obrazowych schematów.

Warto się zastanowić, czy zaczynanie nauki zbierania wywiadu akurat od psychiatrii jest dobrym pomysłem, bo jak wiadomo wywiad ten jest specyficzny, inny niż w pozostałych specjalnościach medycznych. Wątpliwości dotyczyły podwyższonego stopnia trudności, gdzie trzeba analizować nie tylko to, co pacjent mówi, ale to, jak się zachowuje i czy jest to spójne z obrazem klinicznym. Dodatkowo badanie psychiatryczne wymaga od badającego dużego stopnia empatii poznawczej, zaangażowania, otwartości i czasu. Szybko okazało się, że jest to jednak pomysł bardzo ciekawy. Studenci starali się łączyć wszystkie elementy, byli zaciekawieni, poświęcali na wywiad dużo czasu i co najważniejsze wydaje się, że docenili jego znaczenie. Ci od progu manifestujący swoją postawę, że psychiatria nie jest ich powołaniem, dostrzegli, jak bardzo zaburzenia psychiczne są powszechne i że bagatelizowanie tego aspektu może mieć poważne konsekwencje dla pacjenta w ujęciu holistycznym. Zasadniczo podczas zajęć studenci chętnie zabierali głos, dopytywali. Wyraźne było spostrzeżenie, że czują się bezpiecznie, są zainteresowani.

3. Na początku zajęć niektórzy studenci byli zaniepokojeni perspektywą kontaktu z osobami chorującymi psychicznie. Swoje obawy uzasadniali tym, że nie wiedzą, jak

zachować się wobec osób wypowiadających urojenia, pobudzonych, skracających dystans. Stopniowo obawy ustępowały miejsce zaciekawieniu i chęci poznania osoby chorującej. Bardzo ważna na początku była dość żywa dyskusja na temat schorzeń psychicznych, możliwość swobodnego wypowiedzenia własnego zdania, przedyskutowania własnych obaw.

4. Z rozmowy wynikało, że nawet studenci medycyny nie są wolni od wielu stereotypów dotyczących chorób psychicznych. Dotyczyły one głównie nieuleczalności chorób psychicznych, konieczności leczenia osób chorujących psychicznie w warunkach wyłącznie oddziałów zamkniętych, przekonanie, że osoby chorujące psychicznie są niebezpieczne. Stopniowo zauważalna była zmiana nastawienia — od lęku, obaw, dystansu — również fizycznego poprzez zaciekawienie do wytworzenia pozytywnych emocji. Jedna ze studentek podzieliła się refleksją, że na początku zajęć postrzegała osoby chorujące psychicznie jako „dziwne”, których należy się obawiać i unikać, a obecnie, dzięki bliższemu poznaniu postrzega je jako wymagające pomocy ze strony lekarza w takim samym stopniu, jak ktoś dotknięty chorobą somatyczną. Kilka osób z fascynacją wypowiadało się na temat talentów malarskich i literackich pacjentów, z którymi rozmawiali.

Trudne było również zidentyfikowanie wśród studentów kilku osób wymagających przynajmniej wsparcia psychologicznego. Jak wspomniano, okres studiów nie jest łatwy z punktu widzenia zdrowia psychicznego [12], w szczególności na tak trudnych studiach jak medyczne. Autorzy dostrzegali potrzebę poświęcenia uwagi w trakcie zajęć podstawowym kwestiom związanym z higieną psychiczną — umiejętności zadbania o siebie, odpoczynku, stawiania granic. W ich przekonaniu podstawową zasadą pracy uczelni powinna być umiejętność wychwytywania i odpowiedniego reagowania w sytuacji wystąpienia zaburzeń psychicznych u studentów. Przykład takiej praktyki opisuje Nowak-Adamczyk [13]. Jest to ważne także z punktu widzenia przyszłości zawodowej obecnych studentów medycyny, gdyż, jak wiadomo, zawód lekarza należy do bardzo obciążających emocjonalnie. Umiejętność zadbania o swoje zdrowie psychiczne zwiększa szansę na jego bezpieczne wykonywanie, z korzyścią zarówno dla pacjentów, jak i samych lekarzy. Być może powinien być to element szerszych programów edukacyjnych/profilaktycznych zaczynających się w dzieciństwie [14].

Pacjenci

Wcześniejsze doświadczenia dydaktyczne autorów niniejszej pracy wskazywały, że również pacjenci mogą odnieść

korzyść z zajęć dydaktycznych. Oczywiście, musi być spełnionych kilka warunków wstępnych: dobrowolność udziału, unikanie przeciążenia zbyt częstymi zajęciami, bezpieczna przestrzeń do rozmowy, właściwe, życzliwe zachowanie studentów. Jeśli te warunki są zapewnione, istnieje szansa, że pacjenci poczują się bardziej potrzebni, zobaczą, że pomogli komuś zdobyć wiedzę, doświadczenie, którego nie można osiągnąć z książek. Każde ponowne opowiedzenie swojej historii wiąże się z możliwością rekonsolidacji wpisów pamięciowych, odkrycia czegoś nowego, ważnego w swoim życiu, lepszego zrozumienia. Może do tego dojść w wyniku własnej pracy pacjenta, ale także dzięki ciekawym pytaniom zadawanym przez studentów. Częściowo obserwowanym zjawiskiem było odkrywanie przez studentów informacji, o których nie wie zespół terapeutyczny. Poniżej kilka obserwacji dotyczących odbioru zajęć dydaktycznych przez pacjentów:

1. Zajęcia były ważne również dla pacjentów. Reagowali na propozycję spotkania ze studentami różnie — niektórzy początkowo odmawiali, inni chętnie zgadzali się na rozmowę. Atmosfera, która powstawała w trakcie rozmów, sprzyjała bardziej pogłębionemu spojrzeniu na własną chorobę przez pacjenta.
2. Odbiór pacjentów był bardzo różny. W większości pozytywny — cieszyli się z poświęconej im dodatkowej uwagi, czuli się potrzebni, ważni. Były także trudne sytuacje, gdzie w trakcie rozmowy pojawiały się smutek, płacz, napięcie, złość. Z reguły udawało się wyjść z nich obronną ręką, przeformułując je nawet pozytywnie — pokazując płacz, złość jako sposób na kontrolowaną (także z zewnątrz, przez asystentów) redukcję napięcia psychicznego.
3. W związku z dobrowolnością udziału w rozmowie ze studentami, większość pacjentów chętnie odpowiadała na pytania. Pojedynczy pacjenci przerwali wywiad, gdy studenci dopytywali o trudne dla nich sytuacje, o których nie chcieli rozmawiać. Każdy wywiad był wspólnie omawiany, nie tylko ze względów merytorycznych, ale również z powodu trudnych emocjonalnie sytuacji, na przykład przerwanie rozmowy przez pacjenta.

Asystenci

Z punktu widzenia asystentów zajęcia ze studentami okazały się zasadniczo korzystnym doświadczeniem. Podkreślali oni możliwości rozwoju zawodowego, uporządkowania i uprzystępnienia swojej wiedzy. Pojawiały się też głosy związane z wyzwaniem, jakie niesie ze sobą rola asystenta — odpowiedzialnością za zachowania studentów wobec pacjentów, trudnością związaną z ocenianiem, koniecznością wsparcia emocjonalnego.

Sytuacja była w pewien sposób ułatwiona faktem, że większość asystentów miała wcześniejsze doświadczenia dydaktyczne. Poniżej przykładowe wypowiedzi:

1. Emocjonalne zaangażowanie studentów stwarzało obszar wspólnego zainteresowania. Przychodziły wówczas do głowy nowe i świeże hipotezy diagnostyczne. Czasami takie, które pomagały ulepszać program terapeutyczny. Pozytywne reakcje pacjentów, którzy stawali się „profesorami psychiatrii” dla grona przyszłych lekarzy również pozwalały lepiej dostrzec zasoby pacjentów. Czasem przydatne do uzupełnienia czy wsparcia elementów programu terapeutycznego.
2. Zaangażowanie własne i pozytywny feedback ze strony studentów dodawał jeszcze większej energii do prowadzenia zajęć, chęci lepszego wytłumaczenia, co wiązało się również z poczuciem odpowiedzialności za studentów. Niezwykle trudną sytuacją była konieczność niezaliczenia zajęć, powiązana z nieprzyjemnym uczuciem zawodu.
3. Spotkania ze studentami były ważne również dla prowadzącego. Dzięki zajęciom ze studentami mógł nieco z innej perspektywy spojrzeć na problemy omawianych pacjentów, pogłębić własne rozumienie ich problemów i objawów.
4. Szczególnie cenne, a zupełnie nieobecne w dotychczasowym funkcjonowaniu w rolach zawodowych, głównie lekarza, jest doświadczenie poszerzenia odbioru swojej osoby przez osoby niefunkcjonujące w przypisanej roli pacjenta. Umożliwiło to niektórym nauczyć się i utrzymać większą dyscyplinę języka mówionego oraz, co ważne, prostoty i klarowności przekazu kierowanego do studentów. Jest to o tyle istotne, że niezależnie od naszych mniej lub bardziej neurotycznych osobowości stajemy się istotnymi modelami zawodu medycznego. Niewykluczone, że poprzez zatopienie w całości kształt człowieka funkcjonowania w zdrowiu i chorobie, jakie oferuje psychiatria, stanowi ona najlepszy model kształtowania tożsamości zawodowej i etycznej przyszłych adeptów medycyny. Oprócz pewnej wyjątkowości

wśród innych dziedzin medycyny niesie to również wcale nie małą odpowiedzialność zawodową i deontologiczną.

Istnieje niewiele badań na temat cech czy doświadczenia, które powinien mieć wykładowca, żeby jak najefektywniej uczyć studentów. Te przeprowadzone w niemieckich szkołach, wskazują na fakt, że studenci szczególnie cenią umiejętność przekazywania materiału w taki sposób, żeby był on dobrze zapamiętany. Mniejsze znaczenie miały wiek i doświadczenie nauczyciela, liczyła się natomiast jego chęć rozwoju, reagowanie na oczekiwania studentów, otwartość [15]. Podobne wyniki osiągnęli badacze w Iranie. Cenione były w głównej mierze osobowość dydaktyka, cierpliwość, otwartość i tolerancja, które znaczącą dominowały nad meteorytyką przekazu czy doświadczeniem dydaktycznym [16]. W przypadku autorów niniejszej pracy, w informacjach zwrotnych o charakterze anonimowych ankiet wypełnianych przez studentów przeważały korzystne opinie. Szczególnie poważano: dobrą współpracę i komunikację z asystentami, ich zaangażowanie, kompetencję, właściwą organizację.

Podsumowanie

Należy przede wszystkim zaznaczyć, że przeprowadzone zajęcia były ważne i kształcące zarówno dla samych studentów, jak i asystentów. Stały się również ważnym wydarzeniem dla pacjentów. Nawet ci studenci, którzy zdecydowanie deklarowali, że nigdy nie zostaną psychiatrami, twierdzili, że zajęcia były dla nich cenne, przyczyniły się do zmiany spostrzegania przez nich istoty schorzeń psychicznych, że dzięki temu będą wrażliwsi na cierpienie lekarzami. Cierpienie i ból, jak powiedział jeden ze studentów, mogą mieć zaś różne postacie — czasem ból psychiczny może być silniejszy niż ten po amputacji nogi. Nasze doświadczenia wskazują na potrzebę bardziej pogłębionej refleksji nad opisanym zagadnieniem. Ocenie, także przy wykorzystaniu narzędzi badawczych, warto by poddać zarówno takie parametry, jak postawa studentów do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, jak i umiejętności związane z rozumieniem/znajomością własnej osoby i zadaniem o własne zdrowie.

Streszczenie

Artykuł jest opisem założeń i przebiegu procesu dydaktycznego z zakresu propedeutyki psychiatrii na nowo utworzonym wydziale lekarskim Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego. Opisano w nim tę rzeczywistość, uwzględniając perspektywę studentów, pacjentów i osób prowadzących zajęcia. Autorzy wskazują na wagę zagadnienia, związane z nim szanse i trudności, także te dotyczące zdrowia psychicznego studentów.

Psychiatria 2019; 16, 4: 212–217

Słowa kluczowe: dydaktyka, zdrowie psychiczne, psychiatria

Piśmiennictwo

- Adamowski T, Frydecka D, Kiejna A. Nauczanie oparte na rozwiązywaniu problemów (PBL) – możliwości zastosowania w psychiatrii (artykuł dyskusyjny). *Psychiatria Polska*. 2007; XLI(2): 163S–169S.
- Suwalska J, Suwalska A, Neumann-Podczaska A, et al. Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów. *Psychiatria Polska*. 2017; 51(3): 495S–502S.
- Suwalska J, Suwalska A, Szczygieł M, et al. Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część II. Autostygmatyzacja. *Psychiatria Polska*. 2017; 51(3): 503S–513S.
- Marcinkowska U, Lau K, Joško-Ochojska JO. potrzebie kształcenia studentów medycyny w aspekcie wiedzy o stresie – w ramach zajęć fakultatywnych. *Hygeia Public Health*. 2013; 48(2): 152S–155S.
- Naji SA, Maguire GP, Fairbairn SA, et al. Training clinical teachers in psychiatry to teach interviewing skills to medical students. *Med Educ*. 1986; 20(2): 140–147, doi: [10.1111/j.1365-2923.1986.tb01062.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1986.tb01062.x), indexed in Pubmed: [3959930](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3959930/).
- Salmon G, Tombs M. Teaching undergraduate medical students Child and Adolescent Psychiatry (CAP): a Delphi study on curriculum content. *BMC Med Educ*. 2018; 18(1): 315, doi: [10.1186/s12909-018-1427-4](https://doi.org/10.1186/s12909-018-1427-4), indexed in Pubmed: [30572900](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30572900/).
- Oswalt SB, Lederer AM, Chestnut-Steich K, et al. Trends in college students' mental health diagnoses and utilization of services, 2009-2015. *J Am Coll Health*. 2018 [Epub ahead of print]: 1–11, doi: [10.1080/07448481.2018.1515748](https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1515748), indexed in Pubmed: [30355071](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30355071/).
- Kerebih H, Ajaeb M, Hailesilassie H. Common mental disorders among medical students in Jimma University, SouthWest Ethiopia. *Afr Health Sci*. 2017; 17(3): 844–851, doi: [10.4314/ahs.v17i3.27](https://doi.org/10.4314/ahs.v17i3.27), indexed in Pubmed: [29085412](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29085412/).
- Pacheco JP, Giacomini HT, Tam WW, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry*. 2017; 39(4): 369–378, doi: [10.1590/1516-4446-2017-2223](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2223), indexed in Pubmed: [28876408](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28876408/).
- Hailesilassie H, Kerebih H, Negash A, et al. Attitude of Medical Students towards Psychiatry: The case of Jimma University. *Ethiop J Health Sci*. 2017; 27(3): 207S–214S.
- Soklaridis S, Ferguson G, Bonato S, et al. Being there: protocol for a scoping review of the medical education literature on grief support training for medical professionals. *BMJ Open*. 2019; 8(11): e022778, doi: [10.1136/bmjopen-2018-022778](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022778), indexed in Pubmed: [30798287](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30798287/).
- Choudry A, Farooq S. Systematic review into factors associated with the recruitment crisis in psychiatry in the UK: students', trainees' and consultants' views. *BJPsych Bull*. 2017; 41(6): 345–352, doi: [10.1192/pb.bp.116.055269](https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.055269), indexed in Pubmed: [29234513](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29234513/).
- Nowak-Adamczyk D. Studenci z zaburzeniami psychicznymi w przestrzeni akademickiej – system wsparcia edukacyjnego na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. 2014; IV(13): 73S–94S.
- Rettew DC, Satz I, Joshi SV. Teaching Well-Being: From Kindergarten to Child Psychiatry Fellowship Programs. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019; 28(2): 267–280, doi: [10.1016/j.chc.2018.11.007](https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.11.007), indexed in Pubmed: [30832957](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30832957/).
- Schiekirka-Schwake S, Anders S, von Steinbüchel N, et al. Facilitators of high-quality teaching in medical school: findings from a nation-wide survey among clinical teachers. *BMC Med Educ*. 2017; 17(1): 178, doi: [10.1186/s12909-017-1000-6](https://doi.org/10.1186/s12909-017-1000-6), indexed in Pubmed: [28962568](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28962568/).
- Safari Y, Yoosefpoor N. Dataset for assessing the professional ethics of teaching by medical teachers from the perspective of students in Kermanshah University of Medical Sciences, Iran (2017). *Data Brief*. 2018; 20: 1955–1959, doi: [10.1016/j.dib.2018.09.060](https://doi.org/10.1016/j.dib.2018.09.060), indexed in Pubmed: [30294649](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30294649/).