

Einstellungswandel gegenüber dem Fach Psychiatrie und Psychotherapie im Gefolge einer praxis- und problemorientierten Lehrmethode (DIPOL)

T. Reuster
T. W. Kallert
P. Winiacki
I. Nitsche

Fostering Changes of Attitude towards Psychiatry and Psychotherapy within the Dresden Integrated Practical and Problem-Oriented Learning Method (DIPOL)

Zusammenfassung

Änderungen der eher reservierten Einstellungen zum Fach Psychiatrie bei Studierenden der Medizin sind für die Förderung qualifizierten Nachwuchses von Bedeutung. Unter diesem Aspekt wird der erstmals im Rahmen des „Dresdner integrierten problem- und praxisorientierten Lernens“ (DIPOL) durchgeführte Kurs „Nervensystem und Psyche“ evaluiert. In einer Prä-Post-Testuntersuchung mit 56 Teilnehmern dieses Kurses zeigen sich bei differenzierter Befragung mit einem erweiterten ATP-30-Fragebogen positive Einstellungsänderungen. Der methodisch entsprechende Vergleich mit Absolventen des traditionellen Psychiatriekurses relativiert aber diese Ergebnisse und zeigt Optimierungsbedarf und -chancen an.

Schlüsselwörter

Einstellungsänderung · Psychiatrie · medizinische Ausbildung · problemorientiertes Lernen

Abstract

Changes in the rather reserved attitude of medical students toward psychiatry are of importance in the fostering of qualified psychiatric recruitment. Focusing on this aspect, the course „Nervous system and psyche“ is being evaluated, for the first time, within the framework of the „Dresden Integrated Practical and Problem-Oriented Learning (DIPOL)“. Using an extended ATP-30 questionnaire in a pre/post test with 56 students of this course shows a positive change of attitude. A methodologically equivalent comparison with graduates from the traditional course in psychiatry puts these results into perspective and shows the need for optimizing the DIPOL course and thus its chances for successful implementation.

Key words

Change of attitude · Psychiatry · medical education · problem-based learning

Einleitung

Der Mangel an jungen Ärzten, die sich für eine Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie entscheiden [1], komplettiert eine Krise des Faches [2], die gekennzeichnet ist durch inneren Strukturwandel sowie Unsicherheit der psychiatrischen Identitätsbildung in einem Feld, um welches zunehmend auch sehr gut ausgebildete Psychologen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin konkurrieren. Hinzu kommt ein notorisch pejorativ getöntes Meinungsbild über die Psychiatrie bei

Medizinstudierenden, namentlich bevor ihnen fachspezifische Ausbildungserfahrungen zur Verfügung stehen [3–7].

Bemühungen, die studentische Ausbildung attraktiv und effektiv zu gestalten, haben darum für unser Fach eine über den akademischen Anspruch hinausgehende Bedeutung, denn es hängt davon (letztlich) die Erneuerung des Faches durch qualifizierte Mitarbeiter ab [8–13].

Die Änderung und Qualifizierung der Einstellungen von Medizinstudierenden zur Psychiatrie und Psychotherapie ist darum

Institutsangaben

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden (komm. Direktor: Prof. Dr. med. W. Felber)

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Reuster · Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden · Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie · Fetscherstraße 74 · 01307 Dresden
E-mail: thomas.reuster@mailbox.tu-dresden.de

Bibliografie

Med Ausbild 2003; 20: 218–225 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0176-4772

Tab. 1 Fragebogen zu Einstellungen von Medizinstudierenden zur Psychiatrie („ATP-35“)

	1	2	3	4	5
Psychiatrie reizt mich nicht, weil man dafür kaum Wissen und Fähigkeiten des Medizinstudiums gebrauchen kann	<input type="checkbox"/>				
Psychiater reden viel und tun wenig	<input type="checkbox"/>				
Psychiatrische Kliniken unterscheiden sich nur wenig von Gefängnissen	<input type="checkbox"/>				
Ich würde gern Psychiater werden	<input type="checkbox"/>				
In Psychiatrie hat man es überwiegend mit unbequemen, „schwierigen“ Patienten zu tun	<input type="checkbox"/>				
Wer Psychiater werden will, drückt sich eigentlich vor „richtiger Medizin“	<input type="checkbox"/>				
Psychiater scheinen nur über Sex zu sprechen	<input type="checkbox"/>				
Die Anwendung von Psychotherapie ist letztlich Betrug, denn es gibt keine klaren Beweise für ihre Wirksamkeit	<input type="checkbox"/>				
Der Unterricht im Fach Psychiatrie verbessert auch das Verständnis für internistische und chirurgische Patienten	<input type="checkbox"/>				
Nach Meinung der meisten „höheren Semester“ ist der Psychiatriekurs nützlich gewesen	<input type="checkbox"/>				
Psychiatrie ist ein anerkanntes Fachgebiet der Medizin	<input type="checkbox"/>				
Psychische Erkrankungen erfordern mindestens so viel Beachtung wie somatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>				
Psychiatrie hat kaum wissenschaftliche Grundlagen	<input type="checkbox"/>				
Durch die inzwischen verfügbaren Therapieverfahren geht es den meisten psychiatrischen Patienten besser	<input type="checkbox"/>				
Psychiater sind im Allgemeinen genauso stabil wie andere Ärzte	<input type="checkbox"/>				
Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen führen dazu, dass Patienten sich zu viele Gedanken über ihre Beschwerden machen	<input type="checkbox"/>				
Wegen der schlechten Prognose der meisten psychiatrischen Patienten ist die Arbeit in der Psychiatrie uninteressant	<input type="checkbox"/>				
Es ist interessant, die einer psychischen Erkrankung zugrunde liegenden Ursachen herauszufinden	<input type="checkbox"/>				
Psychiater können nur sehr wenig für ihre Patienten tun	<input type="checkbox"/>				
Ein wesentlicher Beitrag zur Behandlung psychisch Kranker muss von psychiatrischen Krankenhäusern geleistet werden	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich nach den drei spannendsten medizinischen Fachgebieten gefragt würde, würde ich Psychiatrie nicht dazuzählen	<input type="checkbox"/>				
Die Arbeit in der Psychiatrie führt zu stärkeren emotionalen Belastungen als die Arbeit in den somatischen Fächern	<input type="checkbox"/>				
Derzeit ist Psychiatrie das wichtigste Fach des Medizinstudiums	<input type="checkbox"/>				
Psychiatrie ist derart unwissenschaftlich, dass sich selbst Psychiater nicht darüber einig sind, welche die eigentlich dafür grundlegenden Wissenschaften sind	<input type="checkbox"/>				
In letzter Zeit wurde die psychiatrische Behandlung ziemlich effektiv	<input type="checkbox"/>				
Die meisten so genannten Fakten in der Psychiatrie sind in Wirklichkeit lediglich vage Spekulationen	<input type="checkbox"/>				
Wenn man sich mit psychiatrischen Patienten genauer beschäftigt, sind die genauso menschlich wie andere Patienten auch	<input type="checkbox"/>				
Psychiatrische Arbeit ermöglicht die Entwicklung von wirklich lohnenden Beziehungen	<input type="checkbox"/>				
Es ist häufig interessanter mit psychiatrischen Patienten als mit anderen Patienten zu arbeiten	<input type="checkbox"/>				
Psychiatrie ist ein derart strukturloses Fachgebiet, dass ein effektiver Unterricht kaum möglich ist	<input type="checkbox"/>				

Tab. 1 Fortsetzung

	1	2	3	4	5
Psychiater verordnen zu viele Medikamente und kümmern sich zu wenig um die eigentlichen Probleme ihrer Patienten	<input type="checkbox"/>				
Ich kann mir gut vorstellen, dass Psychotherapie ein effektives Therapieverfahren ist	<input type="checkbox"/>				
Meiner Meinung nach sind Psychiater nicht immer Ärzte wie andere Ärzte auch	<input type="checkbox"/>				
Psychiater ziehen aus ihrer Arbeit weniger Befriedigung als Ärzte anderer Fachrichtungen	<input type="checkbox"/>				
Falls ein Student Interesse an Psychiatrie äußert, riskiert er, als merkwürdig oder verschroben angesehen zu werden	<input type="checkbox"/>				
Psychiatrische Vorerfahrung mit psychischen Störungen (ja/nein)	<input type="checkbox"/>				
Geschlecht (weiblich/männlich)					
Alter	1	2	3	4	5
Kennung	<input type="checkbox"/>				

1 = starke Zustimmung, 2 = Zustimmung, 3 = neutral, 4 = Ablehnung, 5 = starke Ablehnung

in der genannten Situation auch ein Subsistenz sicherndes Ausbildungsziel, dessen Realisierung der psychiatrischen Lehre obliegt. Weitere allgemeine Lehrziele sind Erwerb von Wissen und Können [14–17].

Einen spezifischen Beitrag zur psychiatrischen Ausbildung leistet der klinische psychiatrische Ausbildungsabschnitt, der derzeit in das fünfte Studienjahr fällt und damit dicht vor der Absolvierung des zweiten Staatsexamens liegt.

Im Wintersemester 2001/2002 wurde an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden erstmals ein Psychiatriekurs nach dem Dresdner integrativen problem- und praxisorientierten Lernen (DIPOL) anstelle des bisherigen Psychiatriekurses (zehntes Semester) durchgeführt [18]. Dieser Kurs läuft nun im vierten Studienjahr (siebtes Semester) über sieben Wochen, beinhaltet die klinischen AO-Lernziele der drei Fächer Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik und ist gegliedert in Tutorgruppen, Bedside-Teaching, Skills-Training, Seminare sowie die Vorlesungen der Ordinarien (vergleiche Darstellung von Köllner et al. in diesem Sonderheft). Die Studierenden werden also in kurzer Zeit intensiv mit Theorie und Praxis der genannten Fächer vertraut gemacht, wobei die entscheidende Neuerung in der Tutorgruppe besteht. Deren Aufgabe ist es, sich unter Supervision und Moderation eines in der Regel ärztlichen Fachtutors möglichst selbstständig am Leitfaden ausgewählter Fallgeschichten die Logik medizinischer Entscheidungen und die dafür benötigte Theorie zu erarbeiten.

In dieser Arbeit werden erstmals Daten zur Einstellungsänderung nach Durchlaufen dieses Kurses präsentiert. Zum Einstellungswandel gegenüber der Psychiatrie im Gefolge spezifischer Ausbildungsmaßnahmen überhaupt liegen unseres Wissens im deutschen Sprachraum keine Untersuchungen vor. Hingegen be-

Tab. 2 Bewertung von Lernzielen der Psychiatrie-/Psychosomatik-Ausbildung im Medizinstudium (eigenes Instrument)

	1	2	3	4	5
Wissensvermittlung von Symptomatik und Entstehungsbedingungen der häufigsten psychiatrischen/psychosomatischen Krankheitsbilder	<input type="checkbox"/>				
Vermittlung der krankheitsbezogenen relevanten Therapieprinzipien in diesen Fächern	<input type="checkbox"/>				
Erhebung, Dokumentation und Präsentation eines psychischen Befundes	<input type="checkbox"/>				
Erhebung, Dokumentation und Präsentation einer biografischen Anamnese	<input type="checkbox"/>				
Kenntnisse hinsichtlich psychiatrischer Notfallsituationen	<input type="checkbox"/>				
Konfrontation mit schwierigen Situationen in der Arzt-Patient-Beziehung und eigenen dabei auftretenden Emotionen	<input type="checkbox"/>				
Entwicklung eines partnerschaftlichen Umgangs mit Patienten	<input type="checkbox"/>				
Entwicklung von Interesse für die Psychofächer	<input type="checkbox"/>				
Einschätzung dieser Fächer als interessante Forschungsfelder	<input type="checkbox"/>				
Abbau von Vorurteilen und Ängsten gegenüber psychischen Störungen	<input type="checkbox"/>				
Auf die eigene seelische Gesundheit achten lernen	<input type="checkbox"/>				
Ich könnte mir vorstellen, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu werden. sehr gut ↔ gar nicht (Wertung von 0–10)					
Ich könnte mir vorstellen, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin zu werden sehr gut ↔ gar nicht (Wertung von 0–10)					
Ich strebe folgende Facharztweiterbildung an: Allgemeinmedizin; Innere; Chirurgie; Pädiatrie; Gynäkologie					
Psychiatrie/Psychotherapie; Neurologie; Psychotherapeutische Medizin					
Dermatologie; and. operatives Fach; and. nichtoperatives Fach; weiß nicht					

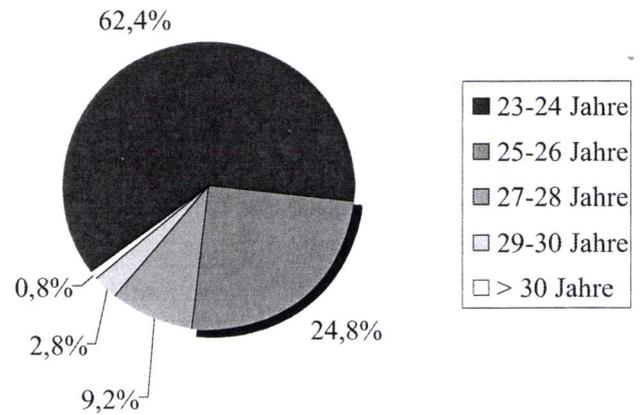
1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = weder wichtig noch unwichtig, 4 = eher unwichtig, 5 = unwichtig

richteten Strebel et al. [14] über eine sorgfältig durchgeführte Erhebung zur „Einstellung von Studierenden der Medizin zur Psychiatrie“. Mittels einer Stichtagsbefragung durch eine erweiterte und ins Deutsche übersetzte Version des ATP-30 konnten sie Aufschlüsse über die vorherrschenden Einstellungen bei Studierenden nach dem vierten klinischen Semester, also ein Jahr vor dem traditionellen Psychiatriekurs, erhalten.

Methode

In der vorliegenden Untersuchung verwenden wir ebenfalls den von Burra et al. [19] entwickelten und von Strebel et al. [14] übersetzten und erweiterten ATP-30 – hier ATP-35 genannten – Fragebogen sowie einen Fragebogen zur speziellen Bewertung der Lernziele (Tab. 1 u. 2). Ersterer hat sich international bewährt [3–5, 8, 14, 20, 21] und verfügt über gute teststatistische Messwerte (Item-Total-Relation: 0,24–0,57; Split-half-Reliabilität

prä Sommersemester (Durchschnitt 24,6 Jahre)



prä DIPOL (Durchschnitt 23,2 Jahre)

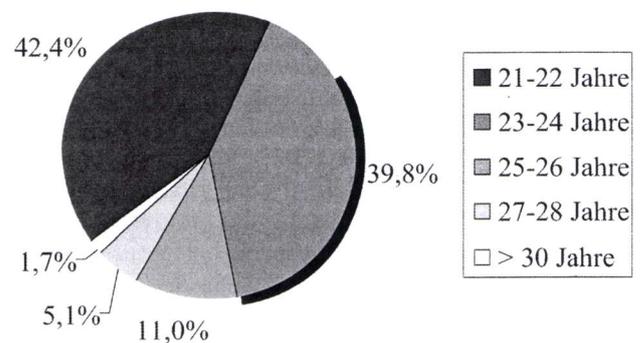


Abb. 1 Altersgruppen der Studierenden prä Sommer/prä DIPOL.

0,90; Test-Retest-Stabilität über sechs Wochen: 0,87). Die von Strebel et al. [14] vorgenommenen Ergänzungen haben wir wegen ihrer Praxisrelevanz unverändert übernommen; sie entsprechen den Fragen 5, 17, 22, 31, 35. Den Fragebogen zur Bewertung der Lernziele haben wir selbst auf der Basis der allgemeinen obligatorischen DIPOL-Evaluation zusammengestellt (siehe Beitrag von Nitsche und Bergmann in diesem Sonderheft). Seine insgesamt 13 Items lassen sich folgenden Themen zuordnen:

- Erlangtes Wissen über Krankheitsbilder,
- Anamneseerhebung,
- Diagnosebildung,
- Arzt-Patient-Beziehung,
- Persönliche Neigung zu einer psychiatrischen Facharzt Ausbildung.

Es wurden von 56 Teilnehmern am DIPOL-Kurs „Nervensystem und Psyche“ im WS 2001 die oben genannten Fragebogen zu Beginn und am Ende des DIPOL-Kurses ausgefüllt. Der Altersdurchschnitt lag bei 23,2 Jahren und damit etwa 1,5 Jahre unter dem Alter der Absolventen des traditionellen Psychiatriekurses im zehnten Semester (Abb. 1).

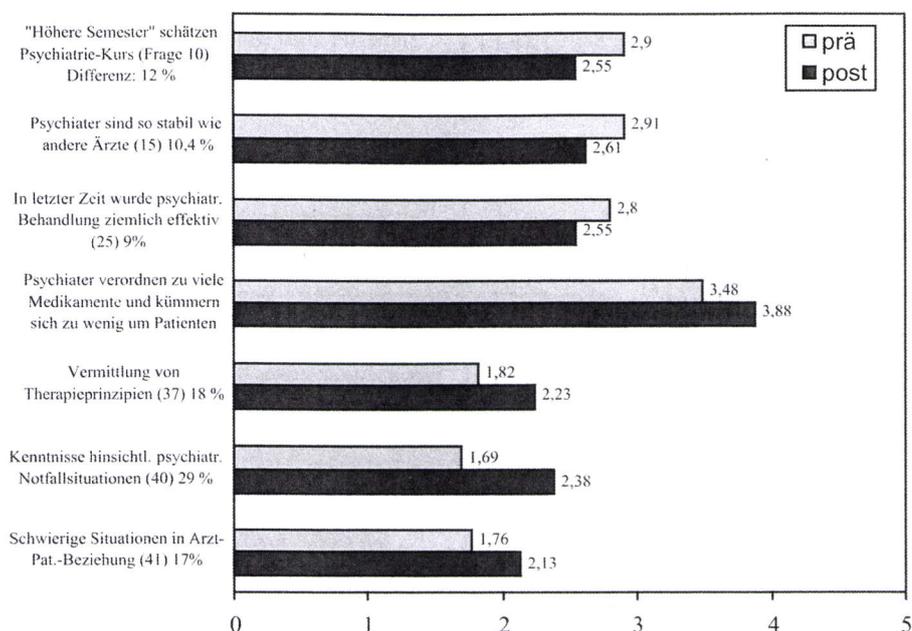


Abb. 2 Studentenbefragung Wintersemester 2001/2002, DIPOL-Einstellung der Studierenden zur Psychiatrie.

Tab. 3 Anzahl der Teilnehmer an der Studentenbefragung

	prä	post
traditionell	109	88
DIPOL	121	85
traditionell (prä- und post identischer Teilnehmer)	72	72
DIPOL (prä- und post identischer Teilnehmer)	56	56

Um einen Vergleich mit der traditionellen Lehrmethode anzustellen, kontrastierten wir die erhaltenen Werte mit einer identischen Befragung von 72 Studentinnen und Studenten vor und nach Teilnahme am traditionellen Kurs (SS 2001) im zehnten Semester. Durch ein alphanumerisches Chiffrensystem der Fragebogen sollte Anonymität der Studierenden, aber auch Identifizierbarkeit für die Untersucher gewährleistet werden. Offenbar hat dieses System aber zu erheblichen Rücklaufdefiziten der Fragebogen beigetragen (vgl. Tab. 3) und die spezifischen Toleranzgrenzen der Studierenden deutlich gemacht.

Statistische Auswertung

Es wurden Mittelwerte und Streuungen der Variablen für beide Maßnahmen (DIPOL und traditioneller Kurs) berechnet. Die jeweiligen Prä-Post-Differenzen innerhalb der Maßnahmen wurden als abhängiger Vergleich mittels zweiseitigem Wilcoxon-Test für Paardifferenzen auf Signifikanz getestet ($n = 72$; $p \leq 0,05$). Es wurden ferner im Sinne eines unabhängigen Vergleichs die beiden Prästichproben von POL ($n = 121$) und traditionellem Kurs ($n = 109$) sowie die entsprechenden Poststichproben ($n = 85$ bzw. 88 – s. Tab. 3) miteinander verglichen und mittels Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz geprüft. Alle Berechnungen wurden mit dem Computerprogramm SPSS Version 10 durchgeführt.

Resultate

Die wichtigsten Ergebnisse des DIPOL-Kurses sind in Abb. 2 veranschaulicht: Eine signifikante Änderung von Einstellungen und Kenntnissen (Lernzielbewertungen) ausschließlich in erwünschter Richtung zeigte sich im Prä-Post-Vergleich in der Bewertung von insgesamt sieben Items:

Die Meinung, der Psychiatriekurs sei nach Meinung der meisten höheren Semester nützlich gewesen, wird nach dem Kurs weniger stark abgelehnt, das heißt mit einer positiven Meinung über den Kurs solidarisieren sich die Studierenden jetzt stärker (2,9 vs. 2,55).

Dass Psychiater im Allgemeinen genauso stabil seien wie andere Ärzte, wird jetzt stärker bejaht (2,61 vs. 2,91).

Es wächst die Zustimmung zur Feststellung, dass in letzter Zeit die psychiatrische Behandlung ziemlich effektiv geworden sei (2,55 vs. 2,80).

Mehr Ablehnung erfährt die Behauptung, Psychiater verordneten zu viele Medikamente und kümmerten sich zu wenig um die eigentlichen Probleme ihrer Patienten (3,88 vs. 3,48).

In der Lernzielbewertung haben sich in drei von elf Items signifikante Bewertungsverschiebungen in die erwünschte Richtung ergeben:

Vermittlung der krankheitsbezogenen relevanten Therapieprinzipien (verliert an Bedeutung als Lernziel, das heißt Zustimmung nimmt ab: von 1,82 auf 2,23. Aus der Zunahme der Ablehnung als aktuelles Lernziel ist auf eine inhaltliche Kenntniszunahme im Sinne erwünschter Veränderung zu schließen.)

Kenntnisse hinsichtlich psychiatrischer Notfallsituationen (ebenfalls Abnahme der Bedeutung als Lernziel).

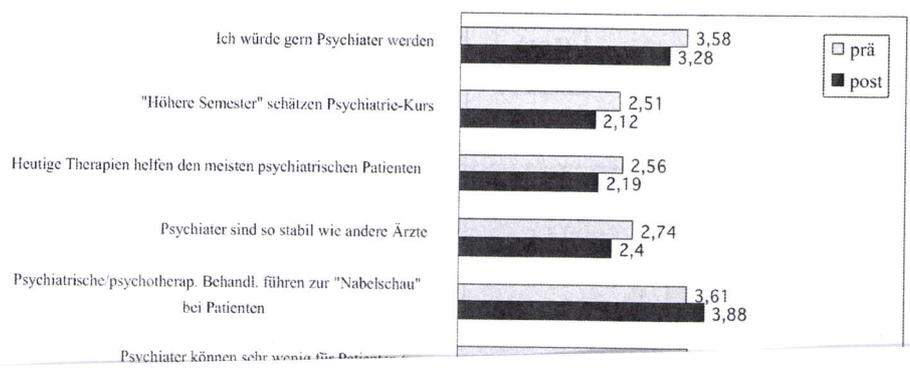


Abb. 3 Studentenbefragung Sommersemester 2001 (traditionell) – Einstellung der Studierenden zur Psychiatrie.

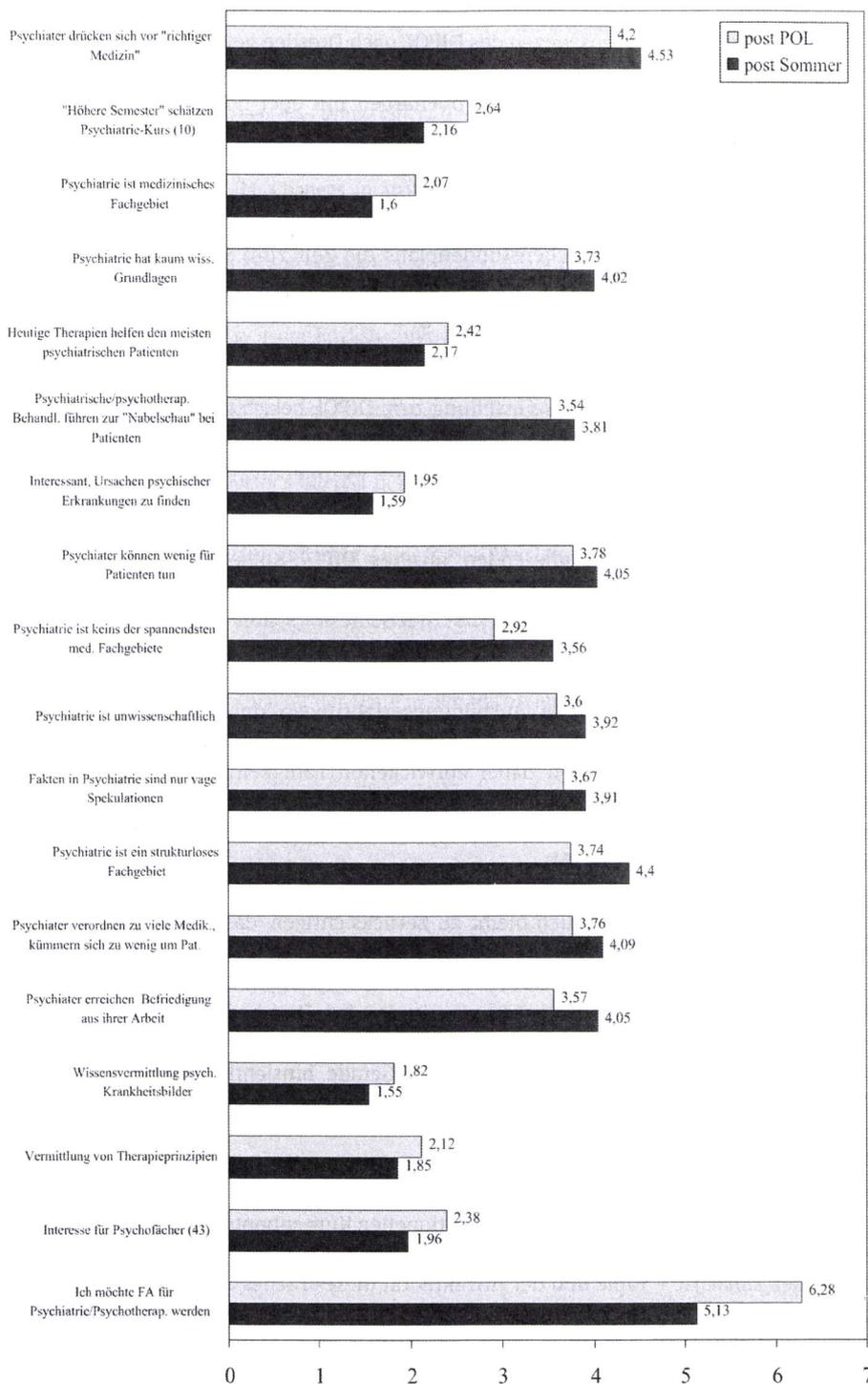


Abb. 4 zeigt die Bewertung der Items durch alle Studierenden, die den Fragebogen am Ende beider Lehrmaßnahmen abgegeben haben. Hier sind in 18 Items signifikante Unterschiede zugunsten des traditionellen Kurses festzustellen, auch in zwei Items zur Lernzielbewertung. Bei sieben Items ließ sich freilich auch schon in den parallelisierten Prä-Fragebogen ein signifikanter Vorsprung der traditionellen Gruppe im fünften Studienjahr erkennen.

Diskussion

Die Ergebnisse unserer Untersuchung dürfen als wichtige Hilfe bei der Bemühung um Optimierung des DIPOL-Kurses Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik gelten. Sie sind als Elemente der prozessuralen Qualitätssicherung zu verstehen, die gerade nach dem ersten Durchlauf dieses Kurses von zentraler Bedeutung ist und Optimierungschancen finden möchte.

Die Ergebnisse lassen einen grundsätzlichen Einstellungswandel zum Ende der DIPOL-Lehrmaßnahme in positiver Richtung erkennen. Auf dem ATP-35 lässt sich dies vor allem an folgenden

Items ablesen: Nützlichkeit des Psychatriekurses (10); psychische Stabilität von Psychiatern (15); Effektivität moderner psychiatrischer Behandlung (25); Nähe der Psychiater zu den Problemen ihrer Patienten (31). Hinsichtlich der Bewertung von Lernzielen der Psychiatrie-/Psychosomatik-Ausbildung im Medizinstudium werden folgende Items nach Abschluss des DIPOL-Kurses als signifikant positiver im Sinne eines Lernerfolgs eingeschätzt:

- Vermittlung der krankheitsbezogenen relevanten Therapieprinzipien in diesen Fächern,
- Kenntnisse hinsichtlich psychiatrischer Notfallsituationen,
- Entwicklung eines partnerschaftlichen Umgangs mit Patienten.

Diese Items, die praktisch-therapeutische Variablen erfassen, zeigen hohe positive Ausschläge an und entsprechen damit der Intention des DIPOL-Konzepts.

Auffällig ist ein deutlicher Kontrast zwischen einem Zuwachs an Interesse für das Fach Psychiatrie und dem Wunsch, persönlich eine entsprechende Facharztweiterbildung anzustreben. Die Beschreibung eines solchen Kontrastes ist nicht neu; die Entscheidung für eine Facharztweiterbildung folgt eher auf eine vorangegangene praktische Erfahrung in diesem Fach, die u. a. von Vorerfahrung im Studium abhängt [8,14].

Der Vergleich mit dem traditionellen Psychiatrie-Kurs, der global zu dessen Gunsten ausfällt, wirkt provokativ auf die DIPOL-Innovation. Die möglichen Gründe für diese Differenz zwischen traditionellem und DIPOL-Verfahren müssen darum sorgfältig diskutiert werden.

Probleme auf Seiten der Tutoren

Im traditionellen Kurs wird die Fachkompetenz des ärztlichen Leiters ungebremst in die Gruppe eingebracht. Seine Rolle besteht in der Vermittlung von fachlichen Inhalten. Die Leiter traditioneller Kurse waren im DIPOL-Kurs erstmals – nach einer einwöchigen Schulung – mit der neuen Situation als Tutor konfrontiert. Für viele lag die Schwierigkeit darin, auf ihr gewohntes Rollenbild zu verzichten und an die Stelle von Expertise die der Moderation und Motivation zum selbständigen Erarbeiten genau dessen zu setzen, was man bisher selbst mit wenigen Sätzen vermittelte. Mit mehr Sicherheit in der Bewältigung der zunächst ungewohnten Situation und Rolle dürfte sich die motivierende und katalysierende Funktion der Tutoren stabilisieren und bewähren. Auch die paper-cases, die wesentlich sind für die Definition der Lernziele und den einprägsamen Weg ihres Erreichens in einer möglichst lebhaften Gruppenarbeit, wurden erstmals und von ebenfalls noch unerfahrenen Fallschreibern entworfen.

Probleme auf Seiten der Studierenden

Hier lassen sich mehrere Gründe anführen:

Nur ein kleiner Teil der Studierenden hatte eine positive Einstellung zum DIPOL, die meisten schienen recht gut und gewissermaßen wunschlos an das traditionelle Ausbildungssystem adaptiert. Die Motivation, sich auf das neue Lehrsystem einzulassen, war für diese Studierenden eher gering, zumal sie in den beiden vorausgegangenen Semestern gleichfalls DIPOL-Pionierfah-

rungen machen mussten. Nur etwa 20% der Studierenden waren eigens wegen des DIPOL nach Dresden gewechselt.

Die intensive Gruppenarbeit mit eher hoher sozialer Kontrolle empfanden manche Studierenden als „verschult“ und dadurch möglicherweise demotivierend.

In der DIPOL-Evaluation wurde erfasst, dass aufgrund des dichten Wochenstundenplans die Zeit zum Selbststudium zu sehr beschränkt sei und dies auf Kosten der Vertiefung der Inhalte gehe [18]. Damit hängt auch zusammen, dass die Studierenden glaubten, außerhalb des Studiums in ihren Freizeitaktivitäten durch DIPOL vergleichsweise mehr eingeschränkt zu sein, was die Grundeinstellung zum DIPOL belastete. Dem steht zwar ein anfänglicher Sensationswert des neuen Verfahrens gegenüber, der jedoch zum Zeitpunkt des hier in Rede stehenden DIPOL-Kurses bereits aufgebraucht war.

Die Studierenden unseres DIPOL-Kurses sind statistisch im Durchschnitt um 1,4 Jahre jünger als die Teilnehmer am traditionellen Kurs, der erst drei Semester später stattfindet. Abgesehen von einem allgemeinen Faktor „Lebenserfahrung“, der sich schwer quantifizieren lässt, fehlen den „jüngeren Semestern“ praktische Ausbildungserfahrungen durch Famulaturen oder Hospitationen und die klinischen Kurse in anderen Fächern samt den dabei entwickelten Fähigkeiten und Einstellungen. Vor allem die Erwägung, eine Facharzt Ausbildung anzustreben, dürfte von einer fortgeschrittenen Ausbildungserfahrung profitieren [8].

Schließlich bleibt zu berücksichtigen, dass Psychiatrie im Rahmen des DIPOL nicht separat, sondern als integrierter Teil des Kurses „Nervensystem und Psyche“ (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik) vermittelt wird. Dies bedeutet vermutlich eine weniger profilierte und explizite Darstellung sowie Rezeption des Faches Psychiatrie. Gerade hinsichtlich der Einstellungen könnte es dadurch an Identifikationsfläche mangeln.

Die genannten Faktoren dürften eine Rolle spielen hinsichtlich des für unsere DIPOL-Maßnahme zwar positiven, aber im Vergleich mit dem traditionellen Kurs suboptimalen Ergebnisses bezüglich der Einstellungen zum Fach Psychiatrie und Psychotherapie und der Attraktivität dieses Faches als Weiterbildungsziel. Doch kennzeichnen sie gleichzeitig die Ansätze zur entsprechenden Optimierung des DIPOL-Kurses. Vor allem wird die zukünftige Selbstverständlichkeit des DIPOL Tutoren und Studierenden Chancen der Verbesserung bieten, sei es dadurch, dass die Tutoren lernen, den Psychiatrieteil interessanter zu gestalten, sei es durch eine sorgfältigere Komposition der paper-cases oder sei es schließlich durch eine ambivalenzfreie und intensivere Nutzung der anschaulichen Möglichkeiten des problem- und praxisorientierten Lernens durch die Studierenden.

Literatur

- ¹ Payk TR. *Psychiater. Forscher im Labyrinth der Seele*. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2000
- ² Finzen A. Editorial. *Psychiat Prax* 2002; 29: 1–2
- ³ Alexander DA, Eagles JM. Attitudes of men and women medical students to psychiatry. *Med Educ* 1986; 20: 449–455
- ⁴ Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. *Med Educ* 1990; 24: 452–460
- ⁵ Araya RI, Jadresic E, Wilkinson G. Medical students' attitudes to psychiatry in Chile. *Med Educ* 1992; 26: 153–156
- ⁶ Chung MC, Prasher VP. Differences in attitudes among medical students towards psychiatry in one English university. *Psychol Rep* 1996; 77: 843–847
- ⁷ Angermeyer MC, Matschinger H, Sandmann J, Hillert A. Die Einstellung von Medizinstudenten zur Behandlung mit Psychopharmaka. Teil 1: Vergleich zwischen Medizinstudenten und Allgemeinbevölkerung. *Psychiat Prax* 1994; 21: 58–63
- ⁸ Creed F, Goldberg D. Doctor's interest in psychiatry as a career. *Med Educ* 1987; 21: 235–243
- ⁹ Tharyan P, John T, Tharyan A, Braganza D. Attitudes of tomorrow's doctors' towards psychiatry and mental illness. *Natl Med J India* 2001; 14: 355–359
- ¹⁰ Pabst R, Rothkötter HJ. Wie beurteilen Medizinstudenten die Bedeutung verschiedener Lehrveranstaltungen für die ärztliche Ausbildung? *Dtsch med Wsch* 1995; 120: 84–85
- ¹¹ Pabst R, Nave H, Rothkötter HJ, Tschernig T. Lehrevaluation in der Medizin. Befragungen zur Qualität der Lehre in den Hochschulen. *Dtsch Arztebl* 2001; 98: B630–B632
- ¹² Nielsen AC, Eaton JS. Medical students' attitudes about psychiatry. Implications for psychiatric recruitment. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 1144–1154
- ¹³ Voracek M, Jandl-Jäger E, Springer-Kremser M. Medical students' attitudes towards psychotherapy: an intervention-based pre-post comparison. *Wien Klin Wochenschr* 2001; 113: 395–396
- ¹⁴ Strebler B, Obladen M, Lehmann E, Gaebel W. Einstellungen von Studierenden der Medizin zur Psychiatrie. *Nervenarzt* 2000; 71: 205–212
- ¹⁵ Singer P, Dornbush RL, Brownstein EJ, Freedman AM. Undergraduate psychiatric education and attitudes of medical students towards psychiatry. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 14–20
- ¹⁶ Rössler W, Salize HJ, Trunk V, Voges B. Die Einstellung von Medizinstudenten gegenüber psychisch Kranken. *Nervenarzt* 1996; 67: 757–764
- ¹⁷ Samuel Lajeunesse B, Ichou P. French medical students' opinion of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1462–1466
- ¹⁸ Köllner V, Gahn G, Kallert T, Felber W, Reichmann H, Dieter P, Nitsche I, Joraschky P. Unterricht in Psychosomatik und Psychotherapie im Dresdner DIPOL-Curriculum. *Psychother Psych Med* 2003; 53: 47–55
- ¹⁹ Burra P, Kalin R, Lechner P, Waldron JJ, Handforth JR, Jarrett FJ, Amara IB. The ATP 30 – a scale for measuring medical student's attitudes to psychiatry. *Med Educ* 1982; 16: 31–38
- ²⁰ Creed F, Goldberg D. Student's attitudes towards psychiatry. *Med Educ* 1987; 21: 227–234
- ²¹ Kok LP. The relationship between personality and the attitude of psychiatry of medical students. *Singapore Med J* 1987; 28: 526–529