

Adrian Andrzej Waszkiewicz<sup>1</sup>, Artur Mariusz Nizio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy

<sup>2</sup>Mustard Seed Society, Kanada

# Przyszłość i uprawianie psychologii klinicznej

## *Future and practicing clinical psychology*

### Abstract

*This article discusses current concerns for the professional practice of clinical psychology as well as recommendations for its future. Clinical psychology faces extensive changes, that pose the questions about its place in today's world as well as the clinical psychologist's competencies and skills. The contemporary trends in the clinical psychology suggest the heightened role of the therapeutic assessment in addition to the psychometric assessment performed by the clinical psychologist. Presently the clinical psychologists utilize both their theoretical knowledge and practical skills of psychotherapy in their work with patients more than they did in the past. Despite these modifications the main responsibilities of a clinical psychologist working in mental health care system have not changed radically. Neither has their struggle with limited access to professional development due to inadequate financial compensation for their work. The article proposes that the future of clinical psychology rests in the Research and Development Model that merges direct work with patients and the development of science and research based practice. The article also draws attention to the role that clinical psychologists have in the development of a definition of health, which is not restricted solely to the definition of mental health and illness. Finally, the authors recognize the need for modification of training for the future clinical psychologists with respect to the theoretical approach as well as extended practical preparation.*

**Psychiatry 2014; 11, 1: 29–33**

**key words:** *clinical psychology, the practice of clinical psychology, future of clinical psychology, model R&D, scientist-practice model, clinical psychologist*

### Wstęp

Ebbighausowi przypisuje się słowa, że „Psychologia ma długą przeszłość, ale krótką historię”. Psychologia wprowadziła ogrom zmian do życia każdego z nas, lecz pomimo tego faktu bardzo często psychologowie jako profesjonaliści nie są traktowani jako wnoszący i oferujący zmiany na lepsze [1]. Potencjalnie psychologowie mają bardzo wiele do zaoferowania w naszym codziennym życiu, w dużej mierze przyczyniając się do poprawy funkcjonowania jednostek i społeczeństw, jednak warto tu wskazać na pewne ograniczenia systemowe. Z uwagi na zawieszenie ustawy o zawodzie psychologa, tytułem „psycholog” mogą mianowicie posługiwać się także oso-

by mające z psychologią niewiele wspólnego [2]. W tym artykule przez psychologię rozumiemy dziedzinę nauki badającą procesy psychiczne oraz zachowania ludzkie, a poprzez nazwę „psycholog” — absolwenta jednolitych studiów magisterskich. Szczególny jest udział psychologów w ochronie zdrowia. Działem psychologii zajmującym się problemami zdrowia i choroby w wymiarze psychicznym jest psychologia kliniczna. Ostatnio zauważalny jest wzrost znaczenia psychologii klinicznej w wielu naukach pokrewnych [3]. Celem pracy jest wskazanie stanu obecnego psychologii klinicznej oraz zaproponowanie nowych dróg funkcjonowania psychologa klinicznego w obszarze ochrony zdrowia. Godnym odnotowania jest fakt, że obecnie psychologowie jako nieliczni spośród pracowników ochrony zdrowia są kształceni w paradygmacie modelu biopsychosocjalnym, który koresponduje z modelem biomedyc-

### Adres do korespondencji:

Adrian A. Waszkiewicz  
Oddział VI, SPP ZOZ w Choroszczy  
Pl. Z. Brodowicza 1, 16–070 Choroszcz  
tel. 85 719 10 91, wew. 377  
e-mail: adrian.andrzej.waszkiewicz@gmail.com

nym, pozwala jednak na szersze i bardziej całościowe spojrzenie na jednostkę i jej trudności w kontekście jej procesów psychicznych oraz środowiska społecznego w którym żyje [1]. Jak w wielu dziedzinach, również w psychologii klinicznej następują zmiany w przedmiocie zainteresowania i sposobie badania. Albee [4] zauważył, że „Psychologia kliniczna wkroczyła w fazę paradoksu swego rozwoju, w którym problem identyfikacji i stosowalności jej metod jest zarówno zagrożony wymarciem, a możliwości wydają się nieskończone”. W toku rozwoju i uprawiania psychologii klinicznej również w niej, z uwagi na funkcjonowanie w ochronie zdrowia, coraz szerzej zdomował się model nozologiczno-biomedyczny, który w odniesieniu do psychologii klinicznej, upraszcza obraz pacjenta i sprowadza psychologa klinicznego do roli pomocnika psychiatry [5]. Dotychczasowy model uprawiania psychologii klinicznej wydaje się coraz mniej pasować do otoczenia i obowiązujących na świecie standardów [1].

Do czego i gdzie w chwili obecnej pasuje psychologia kliniczna? W odpowiedzi na to pytanie John Saultz [16] sugeruje, że psychologia kliniczna mogłaby znaleźć swoje główne zastosowanie w: podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej i środowiskowej opiece psychiatrycznej oraz w zakresie zdrowia publicznego i promocja zdrowia. Na kolejnym poziomie znajduje się opieka szpitalna (psychiatryczna, neurologiczna i somatyczna) oraz opieka specjalistyczna, na przykład psychoterapia lub szczegółowa diagnostyka psychologiczna. W kompetencjach psychologa leży między innymi ocena funkcjonowania pacjenta, w tym: nastroju, motywacji, oczekiwań, osobowości, intelektu oraz nasileni objawów chorobowych, ale też na przykład umiejętności radzenia sobie ze stresem, kompetencji społecznych czy temperamentu [7]. Psycholodzy kliniczni w toku własnej edukacji i ścieżki specjalizacyjnej otrzymują przygotowanie w zakresie oceny klinicznej, diagnozy dysfunkcji oraz zdrowia, a także podstaw pomocy psychologicznej oraz psychoterapii [2].

Psychologia kliniczna była jedną z pierwszych, która wyodrębniła się z łona psychologii jako samodzielna subdyscyplina. I tak, po II wojnie światowej podstawowym jej zadaniem i ambicją było testowanie [8]. Obecnie psycholodzy kliniczni na świecie coraz mniej czasu poświęcają badaniu *stricto testowemu* i psychometrycznemu, ograniczając się do mało ustrukturalizowanego badania klinicznego, analizy dokumentacji medycznej oraz wybiórczo stosowanych metod psychometrycznych [9]. Warto też zauważyć, że ocena psychometryczna jest mniej wyceniona przez ubezpieczyciela zdrowotnego niż na przykład porada psychologiczna lub psychoterapeutyczna [3]. Ocena psychologiczna powinna być oceną

ekologiczną, powinna być krótka, wystarczająco trafna i rzetelna oraz optymalna dla badanego i osoby badającej [10]. Wielość wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych dostępnych do oceny osobowości, intelektu, temperamentu, procesów poznawczych i wielu innych aspektów psychologicznego funkcjonowania jednostki ma szerokie zastosowanie w psychologii klinicznej. Stosowanie ich bez dalszych konsekwencji terapeutycznych nie wydaje się jednak jedynym celem psychologii klinicznej [3]. Udowodniono, że testy psychologiczne są tak samo rzetelne i trafne jak większość badań medycznych, na przykład metodą tomografii komputerowej czy techniką RTG [11]. Pomimo tego faktu, istota psychologii klinicznej nie powinno sprowadzać się jedynie do stosowania i obliczania wystandaryzowanych testów psychometrycznych. Savage [5], autor *Readings in Clinical Psychology*, uważał, że testy psychologiczne są doskonałą metodą badania pacjentów, ich wykonywanie jest jednak jakby wbrew i przeciw pacjentom, a głównym celem psychologii klinicznej jest być blisko i z pacjentem, dla jego dobra, a nie jedynie dokonywać psychometrycznego pomiaru jednostki. W obecnych czasach coraz istotniejsza, obok oceny psychometrycznej, stała się ocena terapeutyczna [12]. Eysenck, jeden z pierwszych psychologów klinicznych w Wielkiej Brytanii, uważał, że nabywanie umiejętności terapeutycznych nie jest potrzebne w procesie kształcenia przyszłych psychologów klinicznych [5]. W obecnych czasach coraz szersze pole zajmuje praca terapeutyczna oraz psychoterapia indywidualna i grupowa, głównie w podejściu eklektycznym [3].

W głównym obszarze pracy i funkcjonowania psychologów klinicznych, czyli w psychiatrycznej ochronie zdrowia, ich główne obowiązki nie zmieniły się od dawna, są to: poradnictwo, diagnoza i ocena psychologiczna, psychoedukacja, konsultacje, wywiady z rodzinami oraz ewentualnie badania naukowe [13]. Psycholodzy często wykorzystują swoją wiedzę i kompetencje w monitorowaniu zmian w symptomatyce chorobowej pacjentów [14]. Znamiennym jest fakt, że psychologowie zbyt mało czasu spędzają na kontaktowaniu się z innymi profesjonalistami z zakresu ochrony zdrowia, a pielęgnowanie wzajemnych kontaktów mogłoby dać obopólne korzyści zarówno dla profesjonalistów, jak i pacjentów [1]. Ponadto, odrębne modele kształcenia psychologów i innych profesjonalistów mogłyby się wzajemnie przenikać i wzbogacać, skutkując lepszym dostosowaniem ochrony zdrowia dla potrzeb pacjentów. Badania donoszą, że około 60% problemów, z którymi mierzą się lekarze pierwszego kontaktu, są natury psychologicznej [15]. Szacuje się, że około 70% pacjentów z problemami psychicznymi jest leczonych przez lekarzy rodzinnych bez żadnych konsultacji z psychiatrą lub psychologiem [16],

a wielu pacjentów nie otrzymuje właściwych interwencji ze strony lekarza POZ [1]. Większość pacjentów szpitali psychiatrycznych w chwilach kryzysu potrzebują porady, oddziaływań terapeutycznych, bezpiecznego miejsca albo opieki lub interwencji kryzysowej, zamiast kosztochłonnej i często etykietyzującej hospitalizacji [17]. Adams i wsp. [18] sugerują, że w takich wypadkach psychologiczne interwencje mogą być świadczone na trzech poziomach: psychoedukacja i wsparcie psychologiczne, trening umiejętności specjalnych (np. asertywności), interwencje strategiczne mające na celu przywrócenie homeostazy i optimum funkcjonowania pacjenta, jego rodziny i otoczenia.

Psychologowie kliniczni funkcjonujący w obszarze zdrowia publicznego relacjonują następujące trudności: niska wycena świadczeń psychologicznych przez ubezpieczyciela, brak możliwości rozwoju i awansu zawodowego, brak możliwości prowadzenia badań i ubiegania się o środki na nie, wysoki koszt szkoleń specjalistycznych, w tym psychoterapii, liczne dodatkowe koszty członkostwa w profesjonalnych stowarzyszeniach oraz wszechogarniająca biurokracja [1]. W badaniach ankietowych amerykańskich psychologów, 83% odpowiedziało, że sprawy związane z prowadzeniem dokumentacji zajmują im zbyt wiele czasu, a konsekwencje tego ponoszą pacjenci [14].

W obecnej chwili przyszłość psychologii klinicznej daje możliwość wielu dróg rozwoju. Postulatem jest transformacja obecnego modelu uprawiania psychologii klinicznej i rozszerzenia go o aspekty psychoterapeutyczne, na przykład w podstawowej i psychiatrycznej ochronie zdrowia, i rehabilitacyjne, na przykład na oddziałach neurologii, oraz wzorowanie się na modelu naukowca-praktyka zaproponowanego przez Hayesa [19] opartego na faktach i dowodach. Model naukowo-praktyczny pracy psychologa klinicznego wskazuje na potrzebę pracy z klientem w ujęciu podmiotowym oraz pracę naukowo-badawczą w obszarze będącym w zakresie zainteresowania psychologii klinicznej. Model ów nie zawiera w sobie żadnych funkcji ani tytułów, nie wymaga też szkoleń czy certyfikatów — jest pewną orientacją na rozwój nauki i praktyki psychologii klinicznej. Model ten reprezentuje ogół teoretycznego, empirycznego i eksperymentalnego podejścia do psychologii stosowanej i naukowej. Psycholog o orientacji naukowo-praktycznej jest w stanie jednocześnie poszerzać granice nauki przy stosowaniu jej w codziennej praktyce, jest w stanie przesuwać mosty między zakorzenionymi antagonizmami pomiędzy teorią a praktyką [20].

Psychologowie kliniczni jako, w dużej mierze, wysoko wyspecjalizowana i wyedukowana grupa, powinni wpływać na rozwój nauki poprzez własne badania. Aktualnie je-

dyne psychologowie zatrudnieni w uczelniach wyższych mają takie obowiązki i wymagania. Proponowanemu modelowi powinna przyswiecać funkcja eksplanacyjna, pragmatyczna i prognostyczna w stosunku do psychologii klinicznej [21].

Zaproponowany model stanowi logiczną konsekwencję i wyzwanie dla psychologii klinicznej oraz psychologów klinicznych [21]. Ankiety i nowsze badania mówią, że obecnie stosownie modelu naukowo-praktycznego pracy psychologa klinicznego nie jest zbyt popularne w środowisku i bardzo niewielu psychologów klinicznych stosuje ów model w swojej codziennej pracy. Psycholodzy kliniczni zajmują się albo badaniami naukowymi albo praktyką, niezwykle rzadko łącząc jedno z drugim. W toku kształcenia przyszłych psychologów klinicznych należy kłaść większy nacisk na edukację w zakresie planowania i prowadzenia badań oraz dobrych zasad uprawiania nauki. Właściwym jest znajdowanie zastosowania zadań praktycznych i naukowych w codziennej praktyce psychologicznej [21].

Jako profesjonalista zatrudniony w ochronie zdrowia, psycholog kliniczny ma właściwe przygotowanie do prowadzenia licznych, ograniczonych w czasie i zdefiniowanych strategicznie terapii i badań [21]. Nową perspektywą dla psychologów może być promocja ogólnie pojętego zdrowia, zamiast jedynie zdrowia psychicznego [22]. Psycholodzy kliniczni powinni odgrywać większą rolę w definiowaniu zdrowia, w tym zdrowia psychicznego i choroby [21]. Przyszłość psychologii klinicznej to także oprócz poprawy zdrowia psychicznego jednostek i społeczeństw, promocji zdrowia, praktyka oparta na faktach i dowodach w podejściu naukowo-praktycznym oraz psychoterapia, rehabilitacja psychologiczna i prowadzenie badań naukowych oraz aplikowanie nowych rozwiązań do codziennej praktyki psychologicznej [1]. Te zmiany są możliwe, co pokazali na przykład norwescy psychologowie, którzy przekonali własny rząd między innymi do psychoterapii jako pierwszego wyboru leczenia zaburzeń lękowych i depresji przed farmakoterapią, oraz psycholodzy pracujący w Australii, którzy pracują wraz z lekarzami rodzinnymi w komórkach POZ, minimalizując w ten sposób potrzebę hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych oraz przyczyniając się do poprawy dobrostanu psychicznego bardzo szerokiego kręgu społeczeństwa [23].

Psycholodzy kliniczni mogą sprawować kontrole i nadzór nad psychologami bez specjalizacji [24]. Szkolenie i edukacja przyszłych psychologów powinny odbywać się w kontakcie w innym personelem medycznym: lekarzami, pielęgniarkami, farmaceutami — w celu stworzenia zintegrowanego systemu opieki zdrowotnej, będącego bardziej wydajnym, przyjaznym i ergonomicznym [1].

Staże w trakcie studiów pozwoliłyby na wzrost kompetencji adeptów psychologii w zakresie umiejętności mających zastosowanie w ochronie zdrowia [25]. Zaproponowane postulaty stanowią logiczną konsekwencję i swoiste wyzwanie dla psychologii klinicznej oraz psychologów klinicznych [12]. Jak mawiał Peter Drucker „Najlepszą drogą do przewidywania przyszłości jest kreowanie jej”. Psychologia kliniczna wymaga od swoich reprezentantów stosowania najnowszych osiągnięć z różnych dziedzin psychologii oraz szcze-

gólnej wrażliwości zarówno na tradycyjne, jak i nowe trendy i paradygmaty [1]. Wdrożenie postulowanego modelu przyczyni się do znacznego poszerzenia wiedzy o człowieku i jego środowisku, wpłynie na lepszą ocenę psychologów klinicznych przez personel medyczny i pacjentów oraz wytyczy nowe drogi rozwoju psychologii klinicznej. Jak obwieścił William James w 1879 roku: „Nowa idea na początku jest potępiana jako niedorzeczna, następnie traktowana jako trywialna, aż w końcu staje się tym o czym wszyscy wiedzą” [3].

### Streszczenie

*W pracy podnoszone są kwestie związane z uprawianiem psychologii klinicznej jako profesji, a także omawiana jest przyszłość zawodu psychologa klinicznego. W obliczu narastających zmian w przedmiocie i sposobie zainteresowania psychologią kliniczną, nasuwają się pytania o jej miejsce w dzisiejszym świecie jak również o zakres kompetencji, jakie powinien posiadać psycholog kliniczny. Obecne trendy w psychologii klinicznej wskazują na wzrastającą rolę oceny terapeutycznej szczególnie w stosunku do oceny psychometrycznej przeprowadzanej przez psychologa klinicznego. W coraz większym stopniu psychologowie kliniczni wykorzystują także umiejętności i wiedzę terapeutyczną w pracy z pacjentami. Podstawowe obowiązki psychologa klinicznego pracującego w psychiatrycznej ochronie zdrowia zasadniczo nie uległy jednak zmianom od długiego czasu. Jednocześnie psychologowie kliniczni zatrudnieni w ochronie zdrowia ciągle borykają się z trudnościami ograniczonego rozwoju zawodowego powodowanego głównie nieadekwatną kompensacją finansową za wykonywaną pracę. Przyszłość psychologii klinicznej dostrzega się w modelu naukowo-praktycznym łączącym bezpośrednią pracę z pacjentem z rozwojem naukowo-badawczym. Zwraca się też uwagę na rolę, jaką psychologowie kliniczni powinni odgrywać w definiowaniu zdrowia, nie ograniczając się tylko do zdrowia psychicznego i choroby. Dostrzega się także potrzebę modyfikacji teoretycznego i praktycznego szkolenia przyszłych psychologów.*

**Psychiatria 2014; 11, 1: 29–33**

**key words:** *psychologia kliniczna, uprawianie psychologii klinicznej, przyszłość psychologii klinicznej, model R&D, model naukowca-praktyka, psycholog kliniczny*

### Piśmiennictwo

1. Bray J.H. The future of Psychology Practice and Science. *American Psychologist* 2010; 65: 355–369.
2. Geczy B. Jr., Sultenfuss J.F., Donat D.C. Psychologists in State Mental Hospitals: Problems and Recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1990; 21: 392–397.
3. Butcher J.N. Assessment in Clinical Psychology: A Perspective on the Past, Present Challenges, and Future Prospects. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006; 13: 205–209.
4. Albee G.W. The uncertain future of clinical psychology. *American Psychologist* 1970; 25: 1071–1080.
5. Mollon P. Our rich heritage — are we building upon it or destroying it? (or “Why are counselling psychologists not angrier with clinical psychologists?”). *Counseling Psychology Review*. 2009; 24 (3&4).
6. Saultz J. Something you somehow haven't to deserve. A medical home for every American 2008; 123–134.
7. Townsend C.O., Bruce B.K., Hooten W.M., Rome J.D. The role of Mental Health Professionals in Multidisciplinary Pain Rehabilitation Programs. *Journal of Clinical Psychology: In Session* 2006; 62: 1433–1443.
8. Schafer R. The clinical application of psychological tests: Diagnostic summaries and case studies. International University Press, New York, 1948.
9. Piotrowski C. Assessment practices in the era of managed care: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology*. 1999; 55: 787–796.
10. Kinderman P., Tai S. Clinical implications of a psychological model of mental disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2007; 35: 1–14.
11. Meyer G.J., Finn S.E., Eyde L.D. i wsp. Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*. 2001; 56: 128–165.
12. Finn S.E. Manual for using the MMPI-2 as a therapeutic intervention. University of Minnesota Press, Minneapolis 1996.
13. Mrdjenovuch A.J., Moore B.A. The professional identity of counseling psychologists in health care: a review and call for research. *Counseling Psychology Quarterly* 2004; 17: 69–79.
14. Carrigan P.W., Hess L., Garman A.N. Results of a Job Analysis of Psychologists Working in State Hospitals. *Journal of Clinical Psychology* 1998; 54: 11–18.
15. Fitzgerald J.M., Evans I.M. Psychology in Primary Health Care: Theory, Practice and Innovation – Introduction to the Special Issue. *Psychology in Primary Care* 2010; Special Issue.
16. Blount A., Schoenbaum M., Kathol R. i wsp. The economics of behavioral health services in mental settings: A summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2007; 38: 290–297.

17. Kinderman P., Sellwood W., Tai S. Policy implications of a psychological model of mental disorder. *Journal of Mental Health* 2010; 17: 93–103.
18. Adams C., Wilson P., Bagnall A.M. Psychosocial interventions for schizophrenia. *Quality in Health Care* 2000; 9: 251–256.
19. Hayes S.C. Creating the empirical clinician. *Clinical Psychology: Science & Practice*. 1996; 3: 179–181.
20. Parry G. Improving psychotherapy services: Applications of research, audit and evaluation. *British Journal of Clinical Psychology* 1992; 31: 3–19.
21. Milne D., Paxton R. A Psychological Re-Analysis of the Scientist-Practitioner Model. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1998; 5: 216–230.
22. Kenkel M.B., Deleon P.H., Mantell E.B., Steep A.E. A Psychologist by Any Other Name ...: Response to Commentary by John L. Arnett. *Canadian Psychology* 2005; 46: 212–214.
23. Wienfield H.R., Chur-Hansen A. Integrating psychologists into primary mental health care in Australia. *Families, Systems and Health* 2004; 22: 294–305.
24. Bower P., Jerrim S., Gask L. Primary care mental health workers: role expectations, conflict and ambiguity. *Health and Social Care in Community* 2004; 12: 336–345.
25. Wechsler D. The Psychologist in the psychiatric hospital. *Journal of Consulting Psychology* 1994.
26. Layard R. The case for psychological treatment centers. *British Medical Journal* 2006; 332: 1030–1032.