

Jan Tylka

Kilka refleksji "O początkach i rozwoju psychologii klinicznej"

Studia Psychologica nr 5, 363-373

2004

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

JAN TYLKA
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

KILKA REFLEKSJI „O POCZĄTKACH I ROZWOJU PSYCHOLOGII KLINICZNEJ”

„Jeśli cierpisz- podziękuj Bogu, bo to
znaczy, że żyjesz”
(Elbert Hubbard)

Some reflections on „Rudiments and progress of clinical psychology”

Abstract

This paper is devoted to roots of clinical psychology as well as current status of this specific discipline.

The author presents some of philosophical suggestion and maxims, concerning mental growing and improving of individual person.

As well we are dipping into works of such philosophers as Rochefaucauld, Nietzsche, we have to ascertain that they were great masters of spiritual life.

Generally speaking current status of clinical psychology is diametrically opposed to their standing at the beginning of twenty century. The author gives a detailed description of procedure how to prepare oneself for an examination in order to be a specialist of clinical psychology.

Od zarania dziejów człowiek, kształtując swój świat, zmuszony był do zmagania się z licznymi przeciwnościami, które wpływały z natury przyrody, ale również z właściwości natury ludzkiej, jej złożoności i osobniczej różnorodności.

Walka o przetrwanie wymagała nie tylko poznania praw przyrody, ale w jeszcze większym stopniu rozpoznawania wśród współplemieńców tych, od których można uzyskać pomoc, i tych, którzy stanowią śmiertelne zagrożenie. Temu poznawaniu musiało towarzyszyć doskonalenie własnych indywidualnych dyspozycji, dzięki którym możliwe stało się szybkie uczenie i skuteczne działanie.

Kiedy jednak wyuczone mechanizmy okazywały się mało skuteczne, lub zawodził psychobiologiczny potencjał, człowiek zwracał się po pomoc do tych, którzy byli w stanie jej dostarczyć. Wróżbita, czarownik, szaman, to pierwsi przedstawiciele tworzących się społeczności, którzy pełnili rolę uzdrowicieli, doradców, nauczycieli.

Im większe zmiany następowały w organizacji życia grup społecznych, im życie zaczęło stwarzać większe wymogi, tym większe stawały się potrzeby wzmacniania solidarności społecznej i indywidualnego potencjału jednostek, zwłaszcza w obszarze życia psychicznego (duchowego).

Dlatego nie może dziwić fakt, że w zapiskach chińskiej medycyny sprzed 4 tys. lat czytamy: „Kiedyś przed laty ludzie żyli długo i nie chorowali, gdyż żyli w zgodzie z przyrodą, wróżbitami i mędrcami, a ich życia nie mącił dziki pośpiech, a dzisiaj żyją oni znacznie krócej i gorzej, bo zapomnieli o religii i utracili to, co jest istotą życia...” (Benson, 1980).

Ludzkie zachowanie stało się przedmiotem szczególnego zainteresowania przez kolejne wieki, a wyrazem tego zainteresowania był postępujący rozwój dyscyplin naukowych, które jak psychologia, socjologia doczekały się w ostatnim 100-leciu ogromnego rozkwitu.

W dziełach filozofów, lekarzy, pisarzy znajdujemy wiele sugestii wskazujących na potrzebę traktowania życia duchowego (psychicznego) ze szczególną powagą, zaś „poradniki życia” główną uwagę poświęcają zdrowiu psychicznemu bądź racjonalnemu gospodarowaniu własnymi siłami psychicznymi.

Psychologia kliniczna jako dyscyplina naukowa jest bardzo młoda, chociaż jako sposób rozumienia zachowania i oddziaływania na przejawy ludzkich zachowań jest dziedziną o wielowiekowych tradycjach. Już Platon pozostawił w swoich dziełach sugestie dotyczące konieczności rozwoju w sobie „dzielności”, „miłości”, co ma być przejawem sztuki życia i gwarantem równowagi między ciałem a duchem.

Marek Aureliusz pozostawił coś na kształt podręcznika ćwiczeń duchowych, w którym pisze: „Do czego używam swej duszy? (...) takie należy postawić pytanie i badać, co się teraz dzieje w tej części, którą nazywają wolą? I czyją mam teraz duszę? Czy nie dziecka? Czy nie chłopięcą? Czy nie kobiety? Czy nie tyra- na? Czy nie bydłęcia? Czy nie zwierzęcia dzikiego?”.

Avicenna (XI w.), równie znany filozof i lekarz, ukazuje konieczność zwrócenia uwagi medyków na psychiczne zjawiska towarzyszące chorobie somatycznej pisząc: „Powinnością medyka jest najpierw uspokoić chorego, zanim do leczenia przystąpi”.

W wiekach XVII- XIX pojawiają się książki, które uczą jak należy żyć. Francuski pisarz i filozof Rochefaucauld (XVII w.) pisze w stylu psychoterapeuty, mówiąc „hart mędrców jest jedynie sztuką zamykania burz w sercu”.

Fryderyk Nietzsche jeszcze mocniej podkreśla siłę przeżyć psychicznych w kształcie ludzkich zachowań, kiedy pisze, że „wszelka bezduszość, wszelkie pospolitactwo polega na niezdolności oparcia się jakiegś podniecie: jest się zmuszonym reagować, bodźcowi każdemu ulegać. W wielu razach mus taki jest wprost chorobliwością, upadkiem, objawem wyczerpania...”.

W końcu XIX w. ukazują się interesujące opracowania poświęcone rozwojowi psychicznemu, kształtowaniu się woli, charakteru, przystosowaniu. W *Kształceniu woli* Payota czytamy o tym, na co we współczesnej psychologii klinicznej zwraca się wiele uwagi, mianowicie o zagadnieniach autoregulacji przez medytację, treningi psychologiczne. [W medytacji] „zadanie polega (...) na cierpliwym odnajdywaniu wszelkich pobudek zdolnych wzniecić w nas uniesienie miłości lub nienawiści, spojć ze sobą różne wyobrażenia, uczucia z uczuciami, wyobrażenia z uczuciami; tworzyć sojusze i połączenia albo też burzyć skojarzenia, które uznamy za szkodliwe. Potrzeba tu, abyśmy pozwolili «saczyć się do duszy naszej» wyobrażeniom i uczuciom przyjaznym”.

Niezwykłe psychologiczne dzieło, to *Dietetyka duszy* Feuchterslebena (Siek, 1967). „Dietetyka duszy to nauka o środkach zachowania zdrowia duszy, polega na tym, by jedne uczucia przez drugie miarkować lub wzmacniać (...) Wybornym środkiem higienicznym dla wzmocnienia duszy jest pisanie, nawet bez myśli ogłaszania światu tego, co się pisze. Aby oswobodzić się od myśli lub uczucia, które nas opanowało, wystarcza najczęściej zanotowanie wrażenia na piśmie, a następnie dokładne opisanie go. Praca taka rozpędza namiętności duszy i od zwrotów ją zabezpiecza”.

O początkach współczesnej naukowej psychologii klinicznej można mówić od czasu, kiedy w 1896 r. Lightner Witmer stworzył przy Uniwersytecie Pensylwania (w Filadelfii) pierwszą Klinikę Psychologiczną dla dzieci niepełnosprawnych: głuchych, z zaburzeniami mowy, społecznie nieprzystosowanych. Redaguje on w 1908 r. pierwsze fachowe pismo „Psychological Clinic”.

W tym samym roku Beers zapoczątkował ruch higieny psychicznej, którego pierwszym owocem jest interdyscyplinarne Towarzystwo Higieny Psychicznej utworzone w 1909 r. przez C. Beersa, W. Jamesa, A. Meyera. W końcu XIX w. w Polsce również pojawia się psychologia jako dziedzina związana ze zdrowiem. Julian Ochorowicz zakłada Sekcję Psychologii przy Towarzystwie Lekarzy i Przyrodników (i dzieje się to już w 1891 r.), a w 1916 r. ukazuje się pismo „Psychologia i Medycyna”.

Higiena psychiczna przez całe dziesięciolecie nadawała ton działaniom psychologów i była areną dla psychologii klinicznej. Twórcy higieny psychicznej definiowali ją bowiem jako naukę o zdrowiu psychicznym jednostki i grupy społecznej, o zachowaniu i potęgowaniu tego zdrowia, przystosowaniu jednostki i grupy do zjawisk zachodzących w środowisku wewnętrznym i zewnętrznym, o zapobieganiu zaburzeniom psychicznym. Tak zdefiniowany przedmiot higieny psychicznej ukazuje ją jako dyscyplinę spójną z zagadnieniami wchodzącymi w obszar zainteresowań psychologii klinicznej.

W Polsce początki ruchu higieny psychicznej sięgają lat 30. XX w., kiedy to w Warszawie powstał Tymczasowy Komitet Higieny Psychicznej, którego głównym zadaniem było wydelegowanie przedstawicieli na I Międzynarodowy Kongres Higieny Psychicznej w Waszyngtonie. Zainteresowanie ruchem higieny psychicznej sukcesywnie narastało, co znalazło wyraz w powołaniu przy Ministerstwie Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia), Referatu Higieny Społecznej (1933).

W 1935 r. powstała Liga Higieny Psychicznej, mająca na celu „zapobieganie chorobom psychicznym i ich zwalczanie, zachowanie i potęgowanie zdrowia ludności oraz dostosowanie osób upośledzonych do wymagań życia społecznego” (por. *Statut LHP*). W tym też roku na podstawie rozporządzenia ministra opieki społecznej powołano Instytut Higieny Psychicznej, który przez lata był dziełem Państwowego Instytutu Higieny. Instytut Higieny Psychicznej jako pierwszy zorganizował formę pozaszpitalnej opieki nad nerwowo i psychicznie chorymi, tzw. otwartą opiekę psychiatryczną.

Już w drugiej połowie 1935 r. powstała poradnia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami nerwowymi i psychicznymi (Dąbrowski, 1962). W 1938 r. Instytut rozszerzył swą działalność obejmując nią Łódź, Gdynię, Lublin i Stani-

sławów. Rozpoczęto starania o zorganizowanie poradni w Krakowie, Cieszyźnie i Wilnie.

Po wojnie ruch higieny psychicznej wznowił swoją działalność, której intensywność pozostała w ścisłej relacji z osobą prof. Kazimierza Dąbrowskiego, psychiatry, wychowawcy wielu tysięcy psychiatrów i psychologów klinicznych.

Działalność naukowa, kliniczno-poradniana, szkoleniowa, wydawnicza Instytutu Higieny Psychicznej została (jak podaje prof. Dąbrowski) przerwana z inicjatywy psychiatrów, którzy na Krajowej Naradzie Psychiatrów (1950) potępili higienę psychiczną jako „wytwór idealistycznej nauki Zachodu”. Zamknięto Wyższą Szkołę Higieny Psychicznej, zaś psychologów zepchnięto do porządkowej roli „asystentów psychiatrycznych”, zabraniając im posługiwania się metodami badań psychologicznych. Jak pisze prof. Dąbrowski: „Zadania ich ograniczyły się do przeprowadzenia wywiadu z pacjentem i jego rodziną bez możliwości jakiegokolwiek wpływu na diagnozę i bez udziału w terapii” (1962, s. 28).

Polityczne naciski, geopolityczna sytuacja naszego kraju tryumfowały, choć nie na długo. Nauczanie uniwersyteckie psychologii klinicznej w naszym kraju w formie zorganizowanych zajęć prowadzonych przez specjalizujące się w tej dziedzinie zakłady czy katedry zaczęło się faktycznie w początkach lat 60. XX w. Właśnie w 1960 r. powstała pierwsza Katedra Psychologii Klinicznej na Uniwersytecie w Poznaniu oraz Zakłady Psychologii Klinicznej na Uniwersytecie Warszawskim i Uniwersytecie Jagiellońskim. Przy Polskim Towarzystwie Psychologicznym powołano Sekcję Psychologii Klinicznej. W 1964 r. pojawił się pierwszy podręcznik (tłumaczenie z języka angielskiego) *Psychologia Kliniczna* Richarda Wallena.

Zastosowanie psychologii klinicznej w praktyce stało się możliwe dzięki rozwijanej sieci Poradni Zdrowia Psychicznego, a także dzięki temu, że odeszły z psychiatrii osoby, których rodowód polityczny miał początek w stalinowskiej wizji uciemienia narodów. Przemiany polityczne wyraźnie pomogły psychologii w naszej części Europy.

Aktualnie, psychologia kliniczna zajmuje poczesne miejsce wśród dyscyplin nauczanych na uniwersytetach. Swoją znaczącą pozycję zawdzięcza m.in. temu, że należy do dziedzin, które bezpośrednio odnoszą się do codziennego życia człowieka, do jego funkcjonowania w warunkach zdrowia i choroby, we wszystkich jego okresach rozwojowych aż do ostatnich dni życia.

Aby jednak psychologia kliniczna mogła spełniać oczekiwania i podążać za wyzwaniami cywilizacyjnymi (m.in. zmiany stylu życia, wartości, wzrost zagrożeń przestępczością, terroryzmem, narkomanią) konieczne stało się rozszerzenie szkolenia poza wymiar studiów uniwersyteckich. Myślę tu o podyplomowym szkoleniu specjalizacyjnym, które ma na celu nabycie nie tylko wysoko specjalistycznej wiedzy, ale również (a może przede wszystkim) specyficznych umiejętności psychologicznych. Wzorem specjalizacji zdobywanych w naukach medycznych, od początku lat 80. XX w. rozpoczęto starania o stworzenie stosownych warunków prawnych i organizacyjnych, aby mogła zaistnieć specjalizacja dla psychologów zatrudnionych w opiece zdrowotnej.

Działania grupy inicjującej procedurę specjalizacji w psychologii klinicznej zostały uwieńczone sukcesem, gdyż od 1983 r. stało się możliwe uzyskiwanie

stopni specjalizacji I i II stopnia dla tej (jak się okazało) licznej grupy psychologów.

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przyjęło na siebie obowiązki (podobnie jak dla lekarzy) procedowania specjalizacji z psychologii klinicznej, a przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej powstał zespół składający się z uznanych w kraju psychologów klinicznych, który opracował program specjalizacji oraz zasady przeprowadzania egzaminów dla obydwu stopni. Większość prac zespołu realizowana była na bazie Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, zaś w zespole od początku pracowali m.in. Czesław Czabała, Marian Ciesielski, Wiesława Okła, Elżbieta Leśniak, Danuta Kądziaława, Jan Tylka i Leszek Melibruda.

Wśród Konsultantów Krajowych powoływanych przez ministra zdrowia w każdej specjalności medycznej pojawił się również konsultant krajowy w dziedzinie Psychologii Klinicznej. Autor tego opracowania pełnił funkcję konsultanta krajowego w latach 1994-1999 i ponownie powołany został do jej pełnienia w sierpniu 2003 r.

Specjalizacja I stopnia miała od początku charakter ogólny, a warunkiem jej uzyskania było odbycie odpowiedniej liczby staży w ośrodkach specjalizujących się w terapii psychologicznej dzieci z zaburzeniami psychicznymi, w oddziałach psychiatrii dla dorosłych, w placówkach specjalizujących się w psychosomatyce i psychoneurologii oraz złożenie egzaminu praktycznego i teoretycznego przed Komisją powołaną przez Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w danym regionie.

Natomiast specjalizacja II stopnia została ukierunkowana na jedną z wybranych specjalności a mianowicie:

- psychologia kliniczna zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży;
- psychologia kliniczna zaburzeń psychicznych człowieka dorosłego;
- psychoneurologia;
- psychosomatyka.

Podobnie jak przy specjalizacji I stopnia konieczne jest odbycie stosownych staży oraz złożenie egzaminu (testowy, praktyczny, teoretyczny) przed Centralną Komisją Egzaminacyjną w Warszawie, której od 1994 r. przewodniczył autor tego opracowania.

W tym momencie konieczne jest odwołanie się do zmian, jakie występują w naszej ojczyźnie. Wejście do Unii Europejskiej i w tej dziedzinie spowodowało prawdziwy przewrót. Specjalizacja w psychologii klinicznej (podobnie jak pozostałe specjalizacje) będzie jednostopniowa, a czas przygotowania się do niej będzie wynosił 5 lat. Jest już przygotowany nowy program specjalizacji, który będzie mógł być realizowany przez staże w wybranych ośrodkach.

Nowy program specjalizacji z psychologii klinicznej został przygotowany przez Zespół Ekspertów powołany przez ministra zdrowia (prof. dr hab. med. S. Puzyński, prof. dr hab. A. Brzezińska, prof. dr hab. Cz. Czabała, prof. dr hab. D. Kądziaława, prof. UKSW dr hab. J. Tylka) i zawiera:

- założenia organizacyjno- programowe;
- specjalistyczny blok podstawowy, w którym określony został zakres wiedzy teoretycznej oraz wykaz umiejętności praktycznych jakimi dysponować powinien specjalista psychologii klinicznej;

– specjalistyczny blok szczegółowy, który w stopniu istotnym jest rozszerzeniem i ukierunkowaniem treści zawartych w bloku podstawowym, co jest zgodne z dotychczasowym modelem osiągania II stopnia specjalisty jednej z czterech podspecjalności, a mianowicie: zaburzeń psychicznych człowieka dorosłego, zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży, psychosomatyce, neuropsychologii.

Ze względu na charakter tej publikacji, przedstawiam szczegóły dotyczące założeń organizacyjno-programowych oraz specjalistycznego bloku podstawowego, pomijając zbyt obszerne opracowanie bloku szczegółowego.

Założenia organizacyjno-programowe

A) Cele kształcenia:

1. Rozwój wiedzy z zakresu psychologii klinicznej, nauk medycznych i humanistyczno-społecznych umożliwiającej rozumienie i rozwiązywanie problemów psychologicznych osób chorych.

2. Nabywanie i doskonalenie umiejętności wykorzystywania wiedzy w działalności diagnostycznej, terapeutyczno-rehabilitacyjnej, eksperckiej, orzeczniczej.

3. Nabywanie i doskonalenie wiedzy i umiejętności potrzebnych do stosowania psychologicznych metod terapii.

4. Rozwój świadomości metodologicznej.

5. Rozwijanie wysokich standardów funkcjonowania zawodowego (etyka zawodowa) w kontakcie z pacjentem i jego rodziną oraz we współpracy z pracownikami służby zdrowia.

B) Czas trwania specjalizacji

Specjalizacja trwa 5 lat, 2 lata specjalistycznego podstawowego kształcenia i 3 lata specjalistycznego szczegółowego.

C) Sposób organizacji specjalizacji

Do specjalizacji może przystąpić magister psychologii, zatrudniony w publicznym bądź niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej od co najmniej 1 roku. Przystępujący do specjalizacji zgłasza się do jednostki uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacji i ustala tryb i warunki jej odbywania.

Specjalizacja składa się z dwóch części:

- specjalistycznego bloku podstawowego;
- specjalistycznego bloku szczegółowego.

W bloku podstawowym specjalizujący się zdobywa podstawową wiedzę i umiejętności dotyczące zastosowania psychologii klinicznej w czterech działach medycyny:

- psychiatrii;
- pediatrii;
- neurologii;
- chorób somatycznych.

W bloku szczegółowym specjalizujący się wybiera jedną z wyżej wymienionych ścieżek specjalistycznych i pogłębia swoją wiedzę i umiejętności szczegółowe, właściwe dla zaburzeń i chorób danego działu medycyny.

Specjaliści I stopnia uzyskują specjalizację z psychologii klinicznej po ukończeniu jednego z czterech specjalistycznych bloków szczegółowych.

Specjalizacja może być prowadzona przez instytucję, która spełnia warunki:

- prowadzi działalność leczniczą umożliwiającą odbywanie stażów specjalistycznych przewidzianych w programie specjalizacji lub ma zawarte umowy z innymi placówkami opieki zdrowotnej umożliwiające prowadzenie takich stażów;
- zatrudnia specjalistów II stopnia z psychologii, którzy mogą pełnić rolę kierownika specjalizacji (przewiduje się, że 1 kierownik specjalizacji nie może mieć pod swoją opieką więcej niż 3 specjalizujących się);
- zatrudnia odpowiednio wykwalifikowane osoby, które będą mogły realizować zajęcia dydaktyczne przewidziane w programie specjalizacji lub ma zawarte odpowiednie umowy z innymi instytucjami na realizację takich zadań.

Specjalistyczny blok podstawowy

A) Zakres wiedzy teoretycznej

1. Znajomość podstawowych zagadnień psychologii:

- psychologiczne koncepcje człowieka;
- biologiczne mechanizmy zachowania;
- teorie osobowości oraz teorie rozwoju psychicznego;
- psychologia procesów poznawczych;
- psychologia emocji, stresu i konfliktu;
- psychopatologia: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej dziecka;
- wybrane zagadnienia z neurologii klinicznej;
- podstawowe zagadnienia psychologii zdrowia, psychosomatyki, medycyny behawioralnej;
- miejsce i rola psychologa w zespole terapeutycznym;
- aspekty etyczne zawodu psychologa.

2. Znajomość podstawowych metod i form psychoterapii oraz sposobów pomocy psychologicznej, jak również metod oceny ich efektywności

B) Wykaz umiejętności będących przedmiotem specjalizacji:

- umiejętność samodzielnego konstruowania i sprawdzania hipotez diagnostycznych
- umiejętność doboru metod, sposobów ich stosowania oraz interpretacji uzyskanych informacji, a także ich scalania;
- umiejętność odniesienia wyników badań diagnostycznych do celów i postawionych wcześniej hipotez;
- umiejętność przekazu wyników diagnozy członkom zespołu terapeutycznego, a także zainteresowanym członkom rodziny;
- umiejętność wyboru adekwatnych do problemów wskazanych w diagnozie metod psychologicznego postępowania terapeutycznego (rehabilitacyjnego) z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb chorego.

Program nauczania

Moduł I: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

A) Treści nauczania:

Pojęcie normy i patologii psychicznej.

Charakterystyka zaburzeń nerwicowych (objawy i zespoły).

Charakterystyka zaburzeń osobowości i zachowania (objawy i zespoły).

Charakterystyka zaburzeń afektywnych (objawy i zespoły).

Charakterystyka zaburzeń schizofrenicznych (objawy i zespoły).

Charakterystyka zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (objawy i zespoły).

Charakterystyka innych zaburzeń: organicznych i zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (objawy i zespoły).

Cechy i stopnie zaburzeń rozwoju psychicznego.

Charakterystyka zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.

B) Umiejętności wynikowe:

Umiejętność definiowania i rozpoznawania zaburzeń nerwicowych, zaburzeń osobowości i zachowania, afektywnych, schizofrenicznych i związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Umiejętność różnicowania zaburzeń nerwicowych z zaburzeniami osobowości i afektywnymi. Umiejętność wykorzystywania wiedzy o stanie psychicznym i funkcjonowaniu pacjenta we wcześniejszych okresach rozwojowych, ważnych dla aktualnej diagnozy.

Moduł II. Kliniczna diagnoza psychologiczna

A) Treści nauczania:

Cele diagnozy psychologicznej.

Formułowanie hipotez diagnostycznych i tworzenie planów ich weryfikacji. Metody i techniki stosowane w klinicznej diagnozie psychologicznej: obserwacja, wywiad i rozmowa psychologiczna, eksperyment kliniczny, testy, metody projekcyjne.

Specyfika diagnozy psychologicznej w różnych zaburzeniach.

Zasady formułowania wyniku diagnozy psychologicznej:

– integracja danych pochodzących z zastosowanych technik diagnostycznych;

– odniesienie uzyskanych wyników do stawianych celów diagnostycznych.

Przekazywanie wyników diagnozy psychologicznej różnym odbiorcom (np. pacjent, rodzina pacjenta, lekarz, instytucja opiekuńcza).

Diagnoza psychologiczna jako źródło programu terapeutycznego.

B) Umiejętności wynikowe:

Umiejętności samodzielnego stawiania i sprawdzania hipotez diagnostycznych. Umiejętność stosowania metod i technik diagnozy psychologicznej oraz ich interpretacji i integracji. Umiejętność przekazywania wyników procesu diagnostycznego różnym adresatom (np. pacjent, rodzina pacjenta, inne osoby). Umiejętności wskazania i planowania dalszego postępowania terapeutycznego i/lub rehabilitacyjnego.

Moduł III. Teorie psychologiczne wyjaśniające relacje: psychika-zdrowie-choroba

A) Treść nauczania:

Podstawowe zagadnienia psychologii zdrowia, psychologii medycznej, medycyny behawioralnej oraz wzajemnych między nimi relacji.

Znajomość podstawowych zagadnień nauk medycznych: psychopatologia, polietyologiczna koncepcja chorób somatycznych (czynniki somatyczne, psychospołeczne ryzyka chorobowego), wpływ choroby somatycznej na psychikę.

B) Wykaz umiejętności wynikowych:

Rozumienie psychologicznego kontekstu choroby. Umiejętność dostrzegania psychologicznych czynników warunkujących powstanie i przebieg chorób somatycznych.

Moduł IV. Specyfika diagnostyki psychologicznej w chorobach somatycznych.**A) Treść nauczania:**

Diagnostyka psychologiczna: specyfika diagnozy psychologicznej w ustalaniu przyczyn choroby somatycznej.

Metody diagnozowania stanu psychicznego w trakcie leczenia i rehabilitacji osób z chorobą somatyczną.

Podstawowe narzędzia diagnostyczne.

Sposoby interpretacji wyników.

Zasady wykorzystania wyników diagnozy w terapii psychologicznej i lekarskiej.

B) Wykaz umiejętności wynikowych:

Umiejętność zaplanowania i przeprowadzenia wywiadu psychologicznego, ukierunkowanego na specyfikę problemów chorego z uwzględnieniem potrzeb, jakie wynikają z charakteru diagnozy lekarskiej. Umiejętność wykorzystania danych z wywiadu i obserwacji klinicznej do sformułowania diagnozy klinicznej. Umiejętność doboru innych technik diagnostycznych (testy psychometryczne, eksperyment kliniczny) w celu pogłębienia diagnozy i jej uszczegółowienia.

Moduł V. Wybrane zagadnienia neuropsychologii klinicznej.**A) Treść nauczania:**

Neurologia kliniczna: wybrane zagadnienia.

Biologiczno-społeczne uwarunkowania rozwoju człowieka w pełnym cyklu życia; perspektywa neuropsychologii.

Kliniczne formy zaburzeń poznawczych.

Mózgowe mechanizmy motywacji oraz percepcji i ekspresji emocji.

Mózgowe mechanizmy osobowości i neuropsychologiczne formy zaburzeń.

Mózgowe mechanizmy zaburzeń psychicznych (neuropsychiatria).

Neuropsychologia medyczna: wybrane zagadnienia.

B) Wykaz umiejętności wynikowych:

Podstawy teoretyczne współczesnej psychologii i nauk pokrewnych w celu rozpoznania i zdiagnozowania psychologicznych problemów pacjenta z dysfunkcjami OUN.

Moduł VI. Diagnoza neuropsychologiczna: podstawy teoretyczne, założenia metodologiczne – uwarunkowania etiologiczne i lokalizacyjne zespołów objawów.

A) Treść nauczania:

Diagnoza neuropsychologiczna: podstawy teoretyczne, założenia metodologiczne.

Diagnoza neuropsychologiczna: uwarunkowania etiologiczne i lokalizacyjne zespołów objawów.

Narzędzia diagnostyczne: podejście psychometryczne: baterie testów, testy do diagnozy wybranych funkcji, podejście kliniczno-eksperymentalne: kategorie zadań, próby sensybilizowane.

B) Wykaz umiejętności wynikowych:

Rozeznanie w charakterystykach treściowych i psychometrycznych reprezentatywnych metod diagnozy. Umiejętność formułowania pytań diagnostycznych wobec osoby/pacjenta z podanymi charakterystykami osobowymi i klinicznymi. Umiejętność przełożenia pytań diagnostycznych na procedury i metody diagnostyczne. Biegłość w posługiwaniu się reprezentatywnym zbiorem narzędzi diagnostycznych.

Moduł VII. Prawidłowość rozwoju w okresie dzieciństwa i dorastania.

A) Treść nauczania:

Analiza w kontekście czynników powodzenia („pomyślny” rozwój) i czynników ryzyka zaburzeń („niepomyślny” rozwój) w różnych okresach rozwoju:

Okres pre-, peri- i postnatalny.

Okres niemowlęcy i poniemowlęcy.

Okres przedszkolny.

Okres szkolny.

Okres dorastania (wczesna i późna adolescencja).

B) Wykaz umiejętności wynikowych:

Umiejętność rozpoznawania czynników ryzyka zaburzeń charakterystycznych dla danego wieku rozwojowego.

Moduł VIII. Formy zaburzeń w okresie dzieciństwa i dorastania.

A) Treść nauczania:

Zmienność form i ich uwarunkowań podmiotowych – kontekstowych i/lub osobowościowych – sytuacyjnych w okresie dzieciństwa i dorastania.

Zaburzenia sfery psycho-motorycznej.

Zaburzenia sfery poznawczej.

Zaburzenia osobowości.

Zaburzenia relacji jednostka-otoczenie.

B) Wykaz umiejętności wynikowych:

Umiejętność rozpoznawania zaburzeń wieku rozwojowego i ich uwarunkowań.

Moduł IX. Podstawy diagnozy psychologicznej dzieci i młodzieży o zaburzonym rozwoju.

A) Treść nauczania:

Model diagnozy psychologicznej w ujęciu rozwojowym.

Typy związku między diagnozą a procesem pomagania.

Etapy procesu diagnostycznego.

Dziecko jako źródło informacji: problemy metodologiczne i etyczne.

Dorosły jako źródło informacji: problemy metodologiczne i etyczne.

Użyteczność narzędzi diagnozy psychologicznej w diagnozie dzieci i młodzieży: problem rzetelności i trafności narzędzi, problem jatrogenności.

Problemy etyczne związane ze stosowaniem narzędzi diagnostycznych.

Problemy kontaktu, kontraktu i zgody dziecka oraz jego opiekunów.

B) Wykaz umiejętności wynikowych:

Umiejętność zaplanowania i przeprowadzenia diagnozy. Umiejętność analizy uzyskanych wyników. Umiejętność sformułowania i przekazania wniosków wynikających z danych psychologicznych.

Moduł X. Etyka zawodu psychologa klinicznego.

A/ Treść nauczania:

Kodeks etyczno-zawodowy psychologa, ze szczególnym uwzględnieniem rozdziału dotyczącego działalności praktycznej.

Dylematy etyczne najczęściej spotykane w praktyce klinicznej i sposoby ich rozwiązywania.

B) Wykaz umiejętności wynikowych:

Umiejętność zgodnego ze standardami postępowania zawodowego. Uwrażliwienie na problemy wynikające w relacjach psycholog kliniczny pacjent, psycholog kliniczny – inni pracownicy służby zdrowia.

Psychologia kliniczna dopisuje więc nowy rozdział do istniejącej księgi jej dziejów. Nowe zastępy psychologów wchodzi w rzeczywistość pełną wyzwań ze świadomością konieczności ciągłego kształcenia się, by sprostać tym wyzwaniom.

BIBLIOGRAFIA

- Beers, C. W. (1948). *Umysł, który sam siebie odnalazł*. Warszawa: PIHP.
- Benson, H. (1980). *Mind and Body Effect*. New York: Berkley.
- Dąbrowski, K. (1962). *Higiena Psychiczna*. Warszawa: PZWS.
- Freud, Z. (1967). *Człowiek, religia, kultura*. Warszawa: PIW.
- Fromm, E. (1964). *Ucieczka od wolności*. Warszawa: PWN.
- Siek, S. (1967). *Podstawy racjonalnej gospodarki własnymi siłami psychicznymi*. *Życie i Myśl*. 4/5, s. 151-159.
- Sęk, H. (red.) (1998). *Spoleczna Psychologia Kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Wallen, R. (1964). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.