

LIDIA CIERPIAŁKOWSKA, HELENA SĘK *

Wyzwania dla psychologii klinicznej w XXI wieku

Wprowadzenie

Psychologia kliniczna jest dziedziną teorii, badań i praktyki. Rozwija się dynamicznie od końca XIX wieku (Sęk, 2008, Witmer, 1907). W odróżnieniu od dziedzin ściśle teoretycznych o poziomie psychologii klinicznej decyduje jednocześnie rozwiązywanie zarówno zadań badawczych, edukacyjnych, jak i praktycznych. Poziom naukowy psychologii klinicznej jest uwarunkowany tworzeniem własnej teorii i prowadzeniem nowoczesnych badań empirycznych, a ten poziom gwarantuje jakość zastosowania wiedzy w różnych formach praktyki społecznej nastawionej na rozwiązywanie problemów zdrowia i zaburzeń osób, grup i społeczności. Wzajemne relacje między teorią a praktyką stanowią więc stały temat do refleksji i podejmowania nowych zadań (Cierpiałkowska i Sęk, 2014).

By zrozumieć złożoność tych zadań, trzeba przypomnieć, że psychologia kliniczna usytuowana jest w kręgu oddziaływań nauk przyrodniczych, humanistycznych i społecznych. W historii tej dziedziny istotną rolę dla jej rozwoju odegrały inicjatywy pochodzące z grona akademickiego wielu uniwersytetów polskich, a pomosty między badaczami i praktykami tworzone regularnie podczas spotkań na zjazdach naukowych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i prac różnych sekcji tego towarzystwa.

Przełom w polskim życiu politycznym, ekonomicznym i społecznym oraz intensywne zmiany wpływają zarówno na tworzenie nauki i kondycję uniwersytetów (por. Sztompka, 2014), na szkolnictwo wyższe (Tadeusiewicz i Ligęza, 2014), jak i praktykę społeczną.

Sądzymy, że nadszedł czas, w którym refleksja nad stanem nauki i praktyki psychologicznej jest niezwykle potrzebna. W analizie tej uwzględniono zarówno wymiar temporalny (przeszłość, teraźniejszość i przyszłość), jak i konteksty rozwoju osób poszukujących pomocy psychologicznej oraz konteksty działań profesjonalnych psychologów klinicznych. Wykorzystano w tym celu koncepcję ekosystemów Bronfenbrennera (1979). W każdym z wyróżnionych przez tego autora ekosystemów człowiek w indywidualny sposób interpretuje swoje otoczenie życiowe lub profesjonalne, uczestniczy w nim bezpośrednio lub podlega pośrednim oddziaływaniom. Są to mikrosystemy ro-

* Prof. dr hab. Lidia Cierpiałkowska, Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii UAM; Prof. dr hab. Helena Sęk, emerytowany profesor Instytutu Psychologii UAM

dzinne, szkolne, towarzyskie i zawodowe. W mezo- i egzosystemach oddziaływania i uwarunkowania działań są pośrednie i często zależne od reguł sformalizowanych; np. społeczność akademicka a system ministerialny, psychologowie poradni, klinik czy prywatnych gabinetów a regulacje ustawowe ich pracy i doskonalenia zawodowego, pacjenci i klienci a system organizacji opieki zdrowotnej. Te systemy niższego rzędu podlegają uwarunkowaniom kulturowym, wielokulturowym lub globalistycznym. Najmniej rozeznane i zbadane są wpływy pochodzące z makrosystemu, który stawia nowe i trudne zadania w dobie globalizacji. Wiodącą ideą niniejszego tekstu uczyniono jednak wyzwania pojawiające się w relacji między teorią i praktyką, między badaczami i nauczycielami a praktykującymi klinicystami.

Wyzwania wynikające z przeszłości

W rozwoju psychologii klinicznej możemy wyodrębnić zjawiska twórcze i stanowiące bariery dla postępu. Wydarzenia po II wojnie światowej i utrwalona tradycja pomagają nam znaleźć miejsce naszej dziedziny w świecie nauki, docenić dorobek i określić profesjonalną tożsamość. Właściwy naukowy rozwój psychologii klinicznej nastąpił we wczesnych latach sześćdziesiątych, a działo się to za sprawą konferencji psychologów klinicznych i analizy stanu psychologii klinicznej (Obuchowski, 1965)¹. Podczas tych dyskusji przedstawiciele Katedry Psychologii Klinicznej UAM w Poznaniu opracowali nową koncepcję ujmowania psychologii klinicznej. Zakładano, że: 1) psychologia kliniczna nie może istnieć bez własnej bazy teoretycznej, 2) teoria ta nie może być oderwana od dorobku psychologii ogólnej, 3) teoria ta powinna być nowoczesna, związana z teorią regulacji czynności przystosowawczych, 4) teoria ta musi nawiązywać do aktualnie istniejącego stanu praktyki psychologów klinicznych (Obuchowski, 1965, s. 127). Andrzej Lewicki (1963), omawiając główne problemy psychologii klinicznej, przedstawił koncepcję ujmowania tej dziedziny – jako nauki o zaburzeniach przystosowania, a następnie o zaburzeniach zachowania i ich wewnętrznym mechanizmie regulacji. Nieco później w pierwszym, zbiorowym polskim podręczniku psychologii klinicznej autor ten dokładnie określił definicję, przedmiot, zadania teoretyczne i praktyczne psychologii klinicznej (Lewicki, 1969). Stworzone wówczas podstawowe ramy teoretyczne spowodowały odrodzenie tej dziedziny i jej intensywny rozwój. Jeżeli przyjmiemy rok 1964 jako przełomowy, to aktualnie możemy analizować dorobek 50 lat psychologii klinicznej. W tworeniu tego dorobku biorą udział zarówno ludzie uniwersytetów, jak i praktycy. Świadczy o tym liczba, jakość i zakres publikacji teoretycznych i empirycznych – od teorii zdrowia, przez liczne działy psychologii zaburzeń, do efektywności psychoterapii. Powstało

¹ Kazimierz Obuchowski przedstawił na XVI Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, który odbył się w Gdyni 16.11.1964, referat pt. *Analiza i ocena psychologii klinicznej w dwudziestym roku Polski Ludowej*.

wiele oryginalnych podręczników psychologii klinicznej publikowanych nieprzerwanie przez znaczące centralne wydawnictwa (Wydawnictwo Naukowe PWN, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne). W podręcznikach tych reprezentowane są różne subdyscypliny psychologii klinicznej i wiele ośrodków uniwersyteckich. Porozumienie między ośrodkami oraz badaczami i praktykami realizowano w zespołach badawczych i przy bardzo aktywnym udziale w krajowych zjazdach PTP i konferencjach sekcji tego towarzystwa². Zwiększyła się bardzo znacznie liczba psychologów klinicznych zatrudnianych w publicznych i niepublicznych instytucjach opieki zdrowotnej, a po transformacji powstało wiele prywatnych ośrodków pomocy psychologicznej. Liczba licencjonowanych psychoterapeutów posiadających certyfikaty uznanych polskich i europejskich ośrodków pozwala stwierdzić, że zajmujemy pod tym względem jedno z czołowych miejsc w Europie. Sądzymy więc, że ta tradycja dbania o poziom nauki i praktyki jest stałym wyzwaniem.

Wśród wyzwań wynikających z tej tradycji na czele znajduje się zadanie umacniania i rozwijania dorobku teoretycznego i oryginalnych nowoczesnych badań. Powstają w związku z tym pytania, jakimi podejściami teoretycznymi dysponujemy? Czy teoria regulacji i samoorganizacji rozwoju psychicznego w toku przystosowania do potrzeb własnych i wymagań otoczenia jest nadal aktualna i jakim modyfikacjom podlega. Jakie podejścia paradygmatyczne w ujmowaniu koncepcji człowieka, jego rozwoju w zdrowiu i chorobie są najczęściej przedmiotem badań i praktycznej działalności. Innym ważnym zadaniem jest dbałość o jedność psychologii w ogóle, a psychologii klinicznej w szczególności. Można się zastanawiać, czy związki różnych dziedzin psychologii są realizowane w praktyce badawczej i klinicznej.

Jednym z głównych zadań dla teoretycznej aktywności psychologów klinicznych jest poszukiwanie dróg integracji wiedzy z psychologii ogólnej, psychologii rozwoju, koncepcji człowieka z psychologią społeczną i współczesną psychopatologią. Istotne są też problemy związane z upowszechnieniem wiedzy związanej np. z teoriami zdrowia i jakości życia.

W toku rozwoju psychologii klinicznej pojawiały się coraz częściej tendencje do wyodrębniania subdyscyplin; między innymi, takich jak psychologia uzależnień, psychologia przemocy, psychologia zdrowia, psychoonkologia, psychokardiologia, psychologia kataklizmów i katastrof. Rozpoznano dwie drogi wyodrębniania się tych podspecjalności. W kręgu problematyki psychosomatycznej powstają dziedziny na wzór specjalności medycznych i mają one najczęściej charakter interdyscyplinarny. Te dziedziny, które odpowiadają na szerokie zapotrzebowanie społeczne, takie jak psychologia uzależnień,

² Na XXXV Zjeździe Naukowym PTP, który odbył się w Bydgoszczy w dniach 18-21 września 2014 r., tematyka psychologii klinicznej reprezentowana była w 166 referatach na sesjach naukowych, co stanowiło około 47% wszystkich wystąpień.

przemocy, kryzysów i kataklizmów, rozwijają się według pewnej logiki. Na początku jest tak, że praktycy muszą odpowiadać na nowe zadania, dla których brak wiedzy (teorii), podejmują więc sami albo wraz z badaczami nowe problemy i prowadząc badania, tworzą wiedzę naukową umożliwiającą nie tylko opis zjawisk, ale też sposoby ich naukowego wyjaśniania. Umocnienie tych naukowo praktycznych zespołów powoduje powstanie nowej tożsamości, lepszą organizację praktyki i jej instytucjonalizację. Stwierdza się jednak, że te subdyscypliny, odrywając się od ogólnych ram psychologii klinicznej, zawężają pole rozważań, co powoduje też usztywnienie działań praktycznych. Powstaje więc dla organizatorów nauki i wymiany doświadczeń problem zadbania o powiązanie subdyscyplin z psychologią kliniczną i całym spektrum wiedzy o psychologii człowieka, jego czynnościach oraz relacjach ze środowiskiem.

Historia lubi się też powtarzać w niedokończonych zadaniach. Chodzi tu o pewien zespół problemów, który wiąże się z odrębnością i tożsamością psychologa badacza i praktyka będącego członkiem zespołów interdyscyplinarnych. W latach 1950-1956 ze względów politycznych zlikwidowano zawód psychologa i ogłoszono zakaz stosowania testów psychologicznych. W praktyce psycholog zajmował wówczas stanowisko asystenta psychiatrycznego, któremu przypisano kwalifikacje paramedyczne, laboranta i opiekuna społecznego (Obuchowski, 1965). Ten problem utrudnienia samodzielności myślenia i działania pojawia się nadal w zespołach, w których wiodącą rolę instytucjonalną pełnią reprezentanci zawodów medycznych. Psychologowie badający np. problemy jakości życia pacjentów różnych specjalności częściej stosują metody przygotowane w ramach nauk przyrodniczych, a nie psychologicznych. Nie wykorzystują oryginalnych teorii i badań nad pozytywną jakością życia i dobrostanem, a ulegają skłonności do badania braków dolegliwości. Podobnie ma się sytuacja w badaniach nad wydarzeniami traumatycznymi i zespołem zaburzeń po stresie traumatycznym oraz zjawiskami kryzysów psychicznych. Sytuacje te wymagają ze strony psychologów odważnej negocjacji przyjmowanych założeń dla badań w takich zespołach. Psycholodzy akademicki mogą w tym zakresie pełnić rolę konsultantów tych projektów, co wzmocni pozycję młodych psychologów podejmujących pracę lub nowe zadania badawcze.

Najpoważniejszą barierą dla rozwoju psychologii profesjonalnej są niepowodzenia w ukończeniu prac ustawowych o zawodzie psychologa. Zarówno gremia akademickie, naukowe (Komitet Psychologii PAN), Polskie Towarzystwo Psychologiczne i różne grupy konsultacyjne uznały ten problem za jedno z głównych wyzwań dla ustabilizowania kondycji i tożsamości profesjonalnej psychologów, w tym psychologów klinicznych³.

³ Na XXXV Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego opracowano specjalną uchwałę w sprawie regulacji wykonywania zawodu psychologa w Polsce. W uchwale tej przywołano także niekorzystne zmiany w kształceniu psychologów (dopuszczenie dwustopniowych studiów) i odejście od wysokich standardów kształcenia w związku z wprowadzeniem KRK.

Te zakorzenione w dalekiej przeszłości niedokończone zadania są szczególnie trudne do zakończenia, bo wykraczają poza kompetencje systemowe psychologów, a zależą od egzo- i mezosystemów, w których bezpośrednia komunikacja jest utrudniona i ma wiele cech działań biurokratycznych.

Współcześnie do trudnych zadań, jakie psychologowie kliniczni podzielają z wszystkimi nauczycielami akademickimi, należy sposób wdrażania do edukacji uniwersyteckiej KRK (Tadeuszewicz i Ligęza, 2014). Ponadto osoby, które podejmują wieloletni trud zdobywania specjalizacji klinicznej muszą spełniać często niejasne biurokratyczne zarządzenia. Niejasności te dotyczą także zespołów organizujących i prowadzących na uniwersytetach ten typ doskonalenia zawodowego.

Kontekst makrokulturowy i procesy globalizacji jako źródło wyzwań

Procesy globalizacji stały się przedmiotem zainteresowania nauk humanistycznych i społecznych na początku XXI wieku. Problematyka ta rozważana jest z różnych stron, a same pojęcia opisujące współczesną globalizację są wieloznaczne. W naukach humanistycznych i społecznych występują poglądy podkreślające pozytywne aspekty tych złożonych procesów, jak i negatywne konsekwencje. Do pozytywnych zjawisk Friedman (2000) zalicza między innymi stworzenie warunków dla twórczego dynamizmu, mobilności, możliwości konkurowania i kooperacji oraz szybkiego upowszechnienia nowych odkryć w dziedzinie techniki. Do negatywnych konsekwencji zalicza się między innymi ingerencję w tradycyjne kultury i powodowanie szoku kulturowego (Nieman, 2011). Na fali zmian globalizacyjnych ekonomia przejęła prym nad tradycją, kulturą i społecznym dobrostanem. Człowiek żyje w chaosie znaczeń, a konsumeryzm staje się dominującym stylem życia. Osłabiają się bliskie więzi i pojawiają różne postaci wykluczenia.

Rozważa się także związki między globalizacją a ryzykiem dla zdrowia oraz nowymi wyzwaniami dla opieki zdrowotnej, czego wyrazem jest też powołanie interdyscyplinarnego czasopisma *Globalization and Health* (Murray i in., 2012).

W publikacjach psychologicznych zdaje się dominować analiza wpływu globalizacji na rozwój człowieka, jego świadomość, tożsamość i styl życia (Jensen Arnett, 2002; Arnett Jensen, Jensen Arnett, 2012; Błachnio 2009; Hermans, Dimaggio 2007; Oleszkowicz, Senejko 2013). Z publikacji tych wynika, że procesy globalizacyjne modyfikują rozwój człowieka zwłaszcza w okresie dorastania i wyłaniającej się dorosłości. Obserwuje się przedłużanie tych okresów rozwojowych. Brak jasnego światopoglądu, niepewność kulturowa wiążą się z wielokulturową tożsamością społeczną z tożsamością wieloraką i ja dialogowym. Narasta też wśród młodych nowe zjawisko w ramach tzw. wybranej tradycji kulturowej (*self-selected culture*), zwłaszcza opartej na podstawach religijnych (Jensen Arnett, 2002). Nasilają się różne formy patologii społecznej. Innym zjawiskiem wynikającym z konfrontacji globalizacyjnego ładu społecznego z rozwojem czło-

wieka dorosłego jest autoeksploatacja, wynikająca z chęci dopasowania się do globalizacyjnego ładu, która może przejawiać się nasileniem wypalenia zawodowego i życiowego, osłabieniem bliskich więzi i rezygnacją z podmiotowej samoorganizacji rozwoju oraz stać się ryzykiem innych form patologii. Mechanizmy powstawania tych nowych postaci zaburzeń nie są jeszcze dokładnie rozpoznane, choć coraz częściej pojawiają się alarmujące głosy badaczy (Kowalik, 2014)⁴ uzasadniające pilną potrzebę włączenia się różnych dziedzin psychologii do badania złożonych procesów funkcjonowania ludzi w konfrontacji z globalizacją.

Procesy globalizacyjne ujawniają się coraz częściej w różnych wymaganiach, jakie Unia Europejska i Światowa Organizacja Zdrowia stawia polskiej nauce, edukacji i organizacji praktyki zdrowotnej. Wymagania te to nowe wyzwania także dla psychologów klinicznych.

Wyzwania dla psychologii klinicznej w XXI wieku

Najważniejsze wyzwania dla psychologii klinicznej wypływają nie tylko ze zmian społeczno-kulturowych, które generują nowe problemy i zadania w zakresie zdrowia psychicznego, ale przede wszystkim z konieczności doskonalenia teorii i praktyki klinicznej. Oczekuje się, że naukowcy podejmą istotne dla rozwoju, utrzymania i odzyskania zdrowia psychicznego działania konceptualizacyjne i badawcze, które zaowocują nowymi teoriami i modelami opisującymi i wyjaśniającymi intrapsychiczne mechanizmy funkcjonowania człowieka, konstrukcją bardziej trafnych i rzetelnych narzędzi diagnostycznych oraz stworzeniem bardziej efektywnych strategii psychoterapii oraz oddziaływań psychospołecznych. Natomiast od psychologów klinicznych oczekuje się wiedzy i specyficznych kompetencji, które są niezbędne dla świadczenia usług psychologicznych na najwyższym poziomie, zwłaszcza w zakresie postępowania diagnostycznego, profilaktycznego i terapeutycznego. Istotne zatem jest pytanie, *jakie* przyjmuje się kryteria trafnego diagnozowania i efektywnego pomagania psychologicznego oraz *кто* stanowi o obowiązujących kryteriach i standardach w naszym kraju. Odpowiedzi na te pytania jednocześnie pokażą związki między teorią i wynikami badań naukowych a praktyką kliniczną i odwrotnie, praktyką kliniczną a kierunkami badań, które powinny odpowiedzieć na ważne – dla klinicystów i cierpiących pacjentów – pytania.

Na początku XXI wieku psychologia kliniczna, podobnie jak psychiatria, będąca dziedziną nauk medycznych, próbuje zdefiniować kryteria oceny trafności postępowania

⁴ Stanisław Kowalik przedstawił tę problematykę w swoim referacie plenarnym pt. *Konfrontacja globalizacyjnego ładu społecznego z koncepcjami rozwoju człowieka* podczas XXXV Zjazdu PTP w Bydgoszczy 13-21.09.2014. Wynika z niego, jak bardzo podstawowych analiz teoretycznych wymaga od psychologów ta problematyka.

diagnostycznego i skuteczności oddziaływań terapeutycznych, biorąc za wzór standardy stosowane w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych, które wywodzą się z wielu bardzo starannie przeprowadzonych badań klinicznych i porównawczych (*evidence-based medicine*, EBM; *evidence-based practice*, EBP). Komisja ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego ds. EBP uznała, że praktyka psychologiczna oparta na dowodach odwołuje się do wiedzy pochodzącej z integracji najlepszych wyników badań w połączeniu z biegłością praktyczną i uwzględnieniem cech, kultury i preferencji pacjenta (APA, 2006, s. 273). Chociaż definicja EBP odnosi się w równym stopniu do diagnozy, jak i pomocy psychologicznej, to w literaturze określenie „diagnoza oparta na dowodach” (*Evidence-Based Assessment*, EBA) rozpowszechniło się znacznie później. W związku ze znaczeniem EBP dla jakości usług klinicznych istotna wydaje się odpowiedź na dwa pytania: 1) czy w psychologii klinicznej dysponujemy wiedzą pochodzącą z syntezy wielu badań w obszarze problemów klinicznych, które są istotne i niezbędne dla praktyki klinicznej, oraz, 2) czy psychologowie kliniczni odwołują się do tej wiedzy i kształcą swoją biegłość praktyczną w takich procedurach i metodach diagnostycznych, psychospołecznych i terapeutycznych, które uznaje się za oparte na dowodach?

Wyzwania dla psychologii klinicznej w zakresie diagnozy klinicznej

Diagnoza należy do najbardziej podstawowych dziedzin psychologii i jednocześnie stanowi najbardziej podstawową czynność psychologa, także psychologa klinicznego. Formułowanie diagnozy następuje w wyniku postępowania diagnostycznego na podstawie wyrażonej przez osobę czy grupę osób zgody na udział w takim procesie. Diagnoza zazwyczaj zawiera opis i wyjaśnienia psychospołecznego funkcjonowania osoby i poprzedza wszelkie działania psychologiczne ukierunkowane na optymalizowanie rozwoju jednostki, profilaktykę zaburzeń psychicznych i oddziaływania terapeutyczne. Może być bardziej całościowa lub wybiórcza, mieć bardziej aktuarialny lub perspektywny charakter. Diagnozowanie jest świadomym i celowym działaniem psychologa, które przebiega zgodnie z zasadami procedury charakterystycznej dla badania naukowego, czyli obejmuje problem badawczy, hipotezy i ich weryfikację (Brzeziński, Kowalik, 2000a; Paluchowski, 2001).

Diagnoza psychologiczna, w tym także kliniczna, to bardzo złożony efekt procesu, który powinien obejmować dane o pacjencie pochodzące z różnych metod (np. obserwacji, historii życia, wyników testów); reakcję klinicysty na te wyniki oraz pacjenta (np. reakcje świadome, przeciwprzeniesieniowe); kompetencje klinicysty (np. w posługiwaniu się narzędziami) i jego cechy (np. preferowane podejście teoretyczne, struktury poznawcze, zdolność do samomonitorowania i samokontroli) oraz zmienne sytuacyjne (np. związane z celem i miejscem badania) (Trull&Prinstein, 2013; Cierpialkowska, Soroko, w druku). Psycholog kliniczny zajmujący się pomocą psychologiczną, obok diag-

nozy opisowej, formułuje przede wszystkim diagnozę wyjaśniającą patomechanizm i patogenezę zaburzenia psychicznego, na które cierpi pacjent. Obok niespecyficznych, wspólnych czynników wpływających na efekty postępowania diagnostycznego, każdy z typów diagnozowania uaktywnia specyficzne zjawiska i procesy, które wpływają na wiarygodność diagnozy. Międzynarodowy zespół ekspertów, działający przy Europejskim Towarzystwie Diagnozy Psychologicznej, zarekomendował model GAP (Guidelines for the Assessment Process) jako całościowy schemat postępowania diagnostycznego, które rozpoczyna się od zgłoszenia problemu przez osobę, a kończy sprawdzeniem efektywności interwencji psychologicznej po pewnym czasie od jej zakończenia (Fernández-Ballesteros i in., 2001).

Ponieważ przyjęliśmy, że w praktyce klinicznej stosuje się przynajmniej trzy modele diagnozy klinicznej, tj. diagnozę różnicową, strukturalno-funkcjonalną i epigenetyczną, dlatego wymienione wyżej elementy procesu diagnozowania mogą być źródłem specyficznych błędów, wpływających na poziom rzetelności badania i trafności diagnozy. Przegląd literatury pozwala stwierdzić, że najwięcej analiz teoretycznych i badań przeprowadzono nad wiarygodnością technik pomiaru oraz zmiennymi sytuacyjnymi, które mogą wpłynąć na przebieg badania diagnostycznego i jego wynik (Brzeziński, 1995; Brzeziński, Kowalik, 2000b; Paluchowski, 2001; Stemplewska-Żakowicz, 2009). Psychometria to bardzo dynamicznie rozwijająca się dziedzina wiedzy, która dostarcza istotnych przesłanek na temat procedur konstruowania trafnych i rzetelnych narzędzi diagnostycznych, z których zwykle korzystają twórcy różnych metod do pomiaru właściwości psychospołecznych jednostki. W EBA zaleca się optymalne dla różnych populacji narzędzia i strategie diagnozowania wielu zaburzeń psychicznych, np. w przypadku zaburzeń osobowości (Widiger, Lowe, 2010), depresji (Joiner i in., 2005) czy uzależnienia od alkoholu (Taracha i in., 2002). Pojawiają się wątpliwości, także w Polsce, czy klinicyści, nawet ci po kształceniu specjalizacyjnym, posiadają wiedzę o tym, jakie narzędzia spełniają wymogi psychometrycznej dobroci oraz czy w postępowaniu diagnostycznym stosują tylko wiarygodne techniki (Paluchowski, 2010). Pomimo różnych publikacji o nowych standardach stosowania testów w psychologii i edukacji (AERA, APA, NCME, 2007), klinicyści w wyborze konkretnych narzędzi w rozwiązaniu różnych problemów diagnostycznych – z wielu, często niezawinionych, względów – kierują się innymi przesłankami niż wiarygodność badania.

Diagnozowanie to coś więcej niż tylko stosowanie konkretnych narzędzi diagnostycznych (np. testów), to przede wszystkim osoby, które uczestniczą w tym złożonym procesie badawczym. Istotne okazały się różne zjawiska, które zachodzą nie tylko po stronie pacjenta, ale przede wszystkim psychologa klinicznego agregującego, integrującego dane, będące podstawą wniosku diagnostycznego. Istnieje bardzo zróżnicowana wiedza o regułach podejmowania decyzji klinicznych, czyli o tym, z jaką pew-

nością (trafnością) można wnioskować o kryterium na podstawie konkretnych wskaźników (np. o depresji na podstawie wyniku Skali Depresji A. Becka). O ile prawdopodobieństwo poprawnego wnioskowania o zaburzeniu psychicznym na podstawie wyników jednego lub nawet więcej narzędzi do oceny zdrowia psychicznego wydaje się stosunkowo wysokie, o tyle poprawne wyjaśnianie patomechanizmu i dynamiki zaburzenia na podstawie odwoływania się do założeń teorii psychologicznej jest stosunkowo niskie (Groth-Marnat, 2003; Oldham, 2013).

Wnioskowanie diagnostyczne zarówno w diagnozie strukturalno-funkcjonalnej, jak i epigenetycznej jest bardzo złożonym procesem, na który wpływają, obok wiedzy, także właściwości psychologa, zwłaszcza plastyczność jego struktur poznawczych, doświadczenie kliniczne, zdolności do samomonitorowania i samokontroli (por. Spengler i in., 2009; Bell i Mellor, 2009). Formułowanie diagnozy jest zawsze problemem dywergencyjnym, o wielu możliwych rozwiązaniach, w którym znaczącą rolę odkrywa stworzenie spójnych wyjaśnień w języku określonej teorii. W procesie diagnozowania klinicysta uaktywnia dwie różne grupy umiejętności i informacji, te jawne, świadomie dostępne, wywodzące się z wiedzy *explicite*, oraz te niejawne, *implicite*, często utożsamiane z intuicją (Butterworth, 2006). Poszukując procedur i algorytmów w diagnozowaniu, praktyka psychologiczna oparta na dowodach empirycznych istotnie większe znaczenie przypisuje wiedzy *explicite* niż *implicite*, bazującej na doświadczeniu klinicznym. Traktując te dwa systemy oddzielnie, często wskazuje się na negatywny wpływ intuicji na rację. Zwłaszcza w diagnozowaniu strukturalno-funkcjonalnym, w którym łączenie przejawów (sprawozdawanych i obserwowalnych) z teoretycznymi konstruktami pozwala na tworzenie spójnych wyjaśnień wywiedzionych z konkretnego podejścia teoretycznego (Cierpiąłkowska, Soroko, w druku). Nie tylko kompetencje poznawcze (wiedza, samomonitorowanie), ale także osobowościowe (emocjonalne) są potrzebne klinicyście do adekwatnego wiązania manifestacji zewnętrznych (słowa, gesty, zachowanie) z terminami mentalistycznymi, psychologicznymi, wywodzącymi się z teorii (Cierpiąłkowska, Soroko, w druku). Zagadnienia związków między cechami osobowości i stanami emocjonalnymi psychologa a jego trafnością postępowania diagnostycznego są jednak mało znane, chociaż bywają przedmiotem klinicznych analiz w podejściach psychodynamicznym i psychoanalitycznym (Wallin, 2011).

Stawiamy tezę, że największe wyzwania, które stoją przed teorią i praktyką kliniczną w zakresie diagnozowania dotyczą wypracowania standardów postępowania w obrębie dwóch modeli: diagnozy epigenetycznej i diagnozy w postępowaniu terapeutycznym.

Wyniki badań podłużnych pokazują, że 2/3 do 3/4 zaburzeń psychicznych w dorosłości można było przewidzieć na podstawie pewnej grupy anomalii występujących w okresie dzieciństwa. W kontekście tych danych Fonagy, Target i Gergely (2006) stawiają tezę, że tylko perspektywa rozwojowa, zwłaszcza psychopatologia rozwojowa, poz-

wala na całościowe zrozumienie zaburzeń psychicznych oraz ich uwarunkowań. Diagnoza uwarunkowań zdrowia psychicznego, zgodnie z założeniami psychopatologii rozwojowej, wymaga wiedzy na temat wielkości (proporcji) udziału czynników biologicznego, psychicznego i społeczno-kontekstualnego w genezie problemów psychicznych na różnych etapach życia jednostki (Cicchetti, 2006). Na przykład, na podstawie badań stwierdzono, że znaczący udział czynnika genetycznego w nadużywaniu alkoholu zaznacza się dopiero w okresie 14-15. roku życia, natomiast wcześniej większe znaczenie mają czynniki środowiskowe i psychiczne (Rose, Dick, 2010). Ten model diagnozy stawia ogromne wyzwanie badaczom, ponieważ brakuje psychologom klinicznym wiedzy, opartej na wynikach badań, które pozwoliłyby na wnioskowanie o udziale tych trzech czynników w genezie zdrowia psychicznego.

Jeszcze większym wyzwaniem wydaje się stworzenie właściwych standardów dla diagnozowania w przebiegu poradnictwa psychologicznego i psychoterapii. W EBP podkreśla się ścisły dialektyczny i cykliczny związek między diagnozą a interwencją psychologiczną. Cykl ten obejmuje diagnozę → interwencję → diagnozę → bardziej dopasowaną interwencję do celu oddziaływań (Weisz, Chu i Polo, 2004). Pokazanie relacji między diagnozą początkową opisową i wyjaśniającą a celami i przedmiotem diagnozy cząstkowej w kontekście poszczególnych interwencji wymaga dalszych badań naukowych. Diagnoza powinna bowiem obejmować nie tylko analizę procesów zmian u pacjenta pod wpływem konkretnych interwencji, ale podstawy wyboru kolejnej interwencji w związku z diagnozą rodzaju odpowiedzi pacjenta na interwencję, w kontekście relacji i siły przymierza terapeutycznego. To bardzo złożone zagadnienie na razie badane jest w sposób wycinkowy (fragmentaryczny), co nie daje pełnego obrazu dialektycznych współzależności.

Wyzwania dla psychologii klinicznej w obszarze poradnictwa psychologicznego i psychoterapii

U schyłku XX wieku, zanim podjęto próby określenia standardów praktyki klinicznej, ważniejsze było rozstrzygnięcie dwóch kwestii: czy oddziaływania psychologiczne przynoszą pozytywne efekty w leczeniu zaburzeń psychicznych oraz czy owe efekty są istotnie zróżnicowane, a dokładnie, czy jedne oddziaływania są efektywniejsze od pozostałych. Badania prowadzone w warunkach naturalnych nad efektywnością psychoterapii (*effectiveness*) nie pozwalały jednoznacznie rozstrzygnąć, czy bardziej skuteczna jest psychoterapia psychoanalityczna, poznawczo-behawioralna czy też humanistyczna z powodu, między innymi, stosowania w nich różnych kryteriów i narzędzi do pomiaru uzyskanych przez pacjentów zmian (por. Mintz, Drake, Crits-Christoph, 1996). Dopiero badania prowadzone w warunkach laboratoryjnych (*efficacy*), zgodnie z procedurą badań eksperymentalnych, przyniosły bardziej przekonujące rezultaty o skuteczności różnych

szkół psychoterapii i uzyskiwaniu przez nie podobnych efektów w leczeniu wielu zaburzeń psychicznych (Barlow, 1996; Lambert i Ogles, 2004). Wreszcie, toczący się od dawna między psychoterapeutami poznawczymi, humanistycznymi i psychodynamicznymi spór doczekał się bardziej jednoznacznego rozstrzygnięcia. Założenia S. Rosenzweiga (1930) na temat czynników wspólnych w psychoterapii zostały poparte dowodami empirycznymi i ostateczny werdykt brzmiał „Wszyscy wygrali i wszystkim należy się nagroda!” (za: Duncan, 2002, s. 12). Rozstrzygnięcia dokonano dzięki badaniom *efficacy*, które odznaczają się wysoką trafnością wewnętrzną i umożliwiają wnioskowanie przyczynowo-skutkowe o wpływie terapii na zmianę u pacjenta. Takim badaniom przyznaje się powszechnie wysoką moc dowodzenia, ponieważ spełniają one wymagania tzw. złotej reguły).

Pomimo tego, że aktualnie chyba nie ma podręcznika z zakresu diagnozy psychologicznej bądź psychoterapii, w którym nie wskazuje się na konieczność pracy klinicznej na podstawie dowodów empirycznych, to eksperci nie zdefiniowali (zoperacjonalizowali), co rozumieją pod pojęciem „dowód”. Czy chodzi o wyniki badań prowadzonych procedurą eksperymentalną lub *quasi*-eksperymentalną, a może raczej o wyniki badań korelacyjnych i prowadzonych na nich metaanalizach i metasyntezach?

Początkowo zarówno badacze, jak i praktycy entuzjastycznie odnosili się do badań *efficacy*, podkreślając ich wysoką moc dowodzenia i użyteczność w wyznaczaniu standardów pomocy psychologicznej i psychoterapii dla osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi i zachowania. Sądzono, że dzięki opublikowaniu skutecznych w warunkach laboratoryjnych scenariuszy sesji terapeutycznych z pacjentami z różnymi zaburzeniami psychicznymi, ich zastosowanie w praktyce klinicznej stanie się bardziej powszechne. Podręczniki scenariuszy sesji miały posłużyć psychoterapeutom do wyboru efektywnych procedur i strategii postępowania z pacjentami o bardziej lub mniej standardowych reakcjach na interwencje terapeutyczne w określonej szkole psychoterapii. Między innymi firmy ubezpieczeniowe w krajach zachodnich, na podstawie badań *efficacy* zaczęły tworzyć standardy i wycenę usług psychologicznych, oczekując z jednej strony wzrostu ich jakości, z drugiej znaczącego spadku kosztów (Nathan, Stuart, Dolan, 2000). Okazało się jednak, że badania *efficacy* nie spełniają oczekiwań praktyków, którzy nie wykazywali większego zainteresowania tzw. psychoterapią podręcznikową (*manuals psychotherapy*). Terapeuci podkreślali, że nie pracują zbyt często z pacjentami podobnymi do tych, na których sprawdzano efekty terapii prowadzonej w wysoce kontrolowanych warunkach eksperymentalnych, czyli stosunkowo młodych, z rozpoznaniem jednego zaburzenia psychicznego, zmotywowanych i regularnie uczestniczących w sesjach terapeutycznych (Cooper, 2010). Teoretycy i badacze podnosili natomiast, że ten typ badań jest najbardziej przydatny do sprawdzania efektów psychoterapii krótkoterminowej, wysoce strukturalizowanej i dyrektywnej, czyli poznawczo-behawioralnej i różnych typów terapii

integracyjnej, w mniejszym stopniu tych psychoterapii, które są oparte na procesie, na przykład psychoterapii psychodynamicznej czy humanistycznej (Dozois, 2013). Wątpliwości co do przydatności badań typu *efficacy* do wyznaczania standardów w psychoterapii okazały się na tyle istotne, że terapeuci i klinicyści baczniej zaczęli się przyglądać przydatności innych dowodów empirycznych dla tworzenia standardów postępowania z pacjentami z różnymi zaburzeniami psychicznymi i zachowania (Miller, Zweben, Johnson, 2005).

Eksperti APA nie zoperacjonalizowali pojęcia dowodu w poradnictwie psychologicznym i psychoterapii z wielu względów. Najważniejszym wydaje się być ten, który dotyczy wiedzy psychologicznej o pewnych zjawiskach i procesach zachodzących w trakcie leczenia pacjentów charakteryzujących się zgoła odmiennymi cechami niż te osoby, które uczestniczyły w badaniach *efficacy*. Przyjęto więc stanowisko, które wśród ekspertów w innych krajach staje się coraz bardziej powszechne, że należy się kierować zasadą możliwości korzystania z różnych źródeł i poziomów uzasadniających stosowanie konkretnej procedury leczenia, zwłaszcza w tych przypadkach, o których więcej wiemy z innych źródeł niż badania *efficacy* czy metaanalizy wyników badań prowadzonych w warunkach naturalnych (Kazdin, 2008; Dozois, 2013).

Jedną z propozycji rozwiązania tej kwestii przedstawili członkowie zespołu ekspertów Kanadyjskiego Stowarzyszenia Psychologów, którzy opisali hierarchię mocy dowodzenia trafności postępowania terapeutycznego przez różne badania i eksperckie opracowania (Dozois, Mikail, Bourgon i in., 2014). Pogrupowali je od tych o najsłabszej do najsilniejszej mocy dowodzenia:

- niepublikowane wyniki badań klinicznych pochodzące z różnych doświadczeń i opinie ekspertów, klinicystów;
- ustalenia zespołu ekspertów w określonej szkole terapeutycznej na podstawie osiągniętego konsensusu;
- wstępne badania, które mają zarówno niewielką trafność zewnętrzną i wewnętrzną;
- podstawowe badania, które mają wysoką wewnętrzną i zewnętrzną trafność;
- usystematyzowana wiedza na podstawie syntezy wyników badań o wysokiej trafności zewnętrznej i wewnętrznej (tamże, s. 157).

Te ostatnie badania są tak naprawdę w sferze projektów, które ciągle wydają się mało osiągalne. Na tym etapie jeszcze trudno jest przeprowadzić badania, które charakteryzowałyby się wysoką trafnością zewnętrzną i wewnętrzną.

Chociaż dowody płynące z badań nad skutecznością psychoterapii winny mieć istotny wpływ na decyzję o typie zalecanej terapii, to jednocześnie terapeuta powinien uważnie monitorować jej skuteczność wobec indywidualnego pacjenta. Monitorowanie efektów działania terapii ma kluczowe znaczenie dla ewentualnych decyzji o konieczności modyfikowania oddziaływań terapeutycznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia wyznacznikiem standardów praktyki klinicznej

W Polsce specjalistyczne działania psychologów klinicznych także powinny być integralną częścią programów zdrowotnych i terapeutycznych skierowanych do osób cierpiących z powodu różnych zaburzeń psychicznych, a także zaburzeń zachowania spowodowanych brakiem lub ograniczonymi możliwościami poradzenia sobie z sytuacjami stresowymi, np. chorobą somatyczną, rozwodem czy utratą pracy. Obok placówek prywatnych, w których praktycy kliniczni oferują cały wachlarz usług psychologicznych osobom cierpiącym z powodu różnych problemów natury psychicznej, największą instytucją kontraktującą i zarazem określającą standardy efektywności tychże usług jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Czy wiemy, na jakiej podstawie NFZ formułuje wymagania względem psychologów klinicznych? Dlaczego zaleca się w postępowaniu diagnostycznym, zaburzeń psychicznych i zachowania alkoholików jako wystarczającą rozmowę kliniczną, a w zaburzeniach amnestycznych konieczność stosowania konkretnych testów czy skal inteligencji? Czy wiadomo, jaka wiedza leży u podstaw zaleceń NFZ, że psychoterapia indywidualna w jednych zaburzeniach psychicznych np. w uzależnieniu od alkoholu, może trwać około 2 lat, w innych, np. napadach lęku panicznego, kilka sesji? Tymczasem wymagania te są podstawą kontraktowania usług psychologicznych i stanowią o wynagrodzeniu psychologów.

Analiza zasad kontraktowania prowadzi do wielu ważnych pytań, z których dwa wydają się najistotniejsze: jaki zespół ekspertów (konsultantów) i na podstawie jakich kryteriów formułuje przesłanki do tworzenia przez NFZ systemu kontraktacji klinicznych usług psychologicznych? W tym obszarze nie są nam znane rozwiązania systemowe, bowiem Ministerstwo Zdrowia i NFZ korzysta ze sporadycznych, doraźnych konsultacji krajowego lub wojewódzkich konsultantów z obszaru psychologii klinicznej. Standardy leczenia określane przez NFZ są kwestią najwyższej wagi nie tylko z perspektywy konkretnej osoby, która cierpi z powodu zaburzenia psychicznego i/lub zachowania, i poszukuje najlepszej, dostępnej w ramach ubezpieczenia społecznego usługi psychologicznej, ale także całego społeczeństwa, które ma prawo oczekiwać, że pochodzące ze składek pieniądze na opłacenie tych świadczeń zdrowotnych są wydatkowane na sprawdzone i efektywne formy pomocy klinicznej.

Podsumowanie

Sądzimy, że psychologowie kliniczni powinni wyzwania XXI wieku odnosić do cenionego dorobku naukowego własnej dziedziny i aktualnego stanu praktyki w Polsce. Globalizacja z perspektywy psychologii zdrowia i psychologii klinicznej przynosi wiele zjawisk i procesów, które mają zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje dla funkcjonowania jednostki, grup (w tym różnych zawodów użyteczności publicznej) i środowisk społecznych. Z jednej strony przyczyniła się do powstania wielu nowych proble-

mów w zakresie zdrowia psychicznego, z drugiej stawia coraz większe wymagania i wyzwania tym dyscyplinom i zawodom, które zajmują się zdrowiem psychicznym społeczeństwa. Powstają różne międzynarodowe i europejskie zespoły ekspertów, które propagują idee praktyki psychologicznej opartej na dowodach empirycznych.

W tworzeniu rozwiązań systemowych w zakresie standardów pracy psychologa klinicznego szczególne miejsce przynależy Polskiemu Towarzystwu Psychologicznemu i placówkom akademickim, zwłaszcza instytutom i katedrom psychologii. Tylko współpraca najwybitniejszych ekspertów: badaczy i praktyków, którym bliskie są wysokie standardy działań diagnostycznych i terapeutycznych może przynieść zadowalające efekty dla ludzi cierpiących z powodu różnych problemów natury psychicznej i społecznej. Przedstawione powyżej kwestie pokazują, że realizacja postulatów praktyki psychologicznej opartej na dowodach empirycznych wymaga jeszcze ogromnego wysiłku badawczego i rozstrzygnięcia wielu istotnych problemów, które wpływają na jakość zawodowych działań psychologów.

Literatura

- AERA, APA, NCME (2007). *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). *Evidence-based practice in psychology*. *American Psychologist* 61, 271-285.
- Arnett Jensen L., Jensen Arnett J. (2012). *Going global: New Pathways for adolescents and emerging adults in a changing world*. *Journal of Social Issues* 68, 3, 473-492.
- Barlow D.H. (1996) *Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy*. *American Psychologist* 51, 10, 1050-1058.
- Bell I., Mellor D. (2009). *Clinical judgments: research and practice*, *Australian Psychologist*, 44, 2, 112-121.
- Blachnio A. (red.) (2009). *Globalizacja a jednostka*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Bydgoskiego.
- Bronfenbrenner U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Brzeziński J.M. (1995). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Brzeziński J.M., Kowalik S. (2000a). *Diagnoza kliniczna w kontekście praktyki społecznej*. [W:] H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (wyd. 4, str. 187-212). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzeziński J.M., Kowalik S. (2000b). *Modelujący wyniki badania psychologicznego (diagnostycznego) wpływ osoby badanej (pacjenta) i badacza (klinikisty)*. [W:] H. Sęk (red.) *Społeczna psychologia kliniczna* (wyd. 4, str. 269-302). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Butterworth T. (2006). Foreword. [W:] Golding L., Gray I. (2006). *Continuing Professional Development for Clinical Psychologists*. The British Psychological Society and Blackwell Publishing.
- Cicchetti D. (2006). *Development and psychopathology*. [W:] D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.), *Development and psychopathology. Theory and method*. (t. 1). New Jersey: John Wiley&Son.

- Cierpiałkowska L. Sęk L. (2014). *Wyzwania dla psychologii klinicznej w XXI w.* I Krajowa Konferencja Psychologii Klinicznej pt. *Psychologia kliniczna w XXI wieku – teoria i praktyka*. Poznań, 28-29 listopada 2014. Niepublikowany wykład plenarny.
- Cierpiałkowska L. Soroko E. (w druku). *Oblicza doświadczenia zawodowego w diagnozie klinicznej. Komentarz do Trzebińska i Filipiak (2015)*. *Roczniki Psychologiczne Annals of Psychology* 18 (1).
- Cooper M. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Davison T.E., McCabe, Marita P., Mellor D. (2009), *An examination of the 'gold standard' diagnosis of major depression in aged-care settings*, *American Journal of Geriatric Psychiatry* 17, 5, 359-367.
- Dozois D.J.A. (2013). *Psychological treatments: Putting evidence into practice and practice into evidence*. *Canadian Psychology* 54, 1, 1-11.
- Dozois D.J.A., Mikail S.F., Alden L.E., Bieling P.J., Bourgon G. et al. (2014). *The CPA Presidential Task Force on evidence-based practice of psychological treatments*. *Canadian Psychology* 55, 3, 153-160.
- Duncan B.L. (2002). *The legacy of Saul Rosenzweig: the profundity of the dodo bird*. *J. Psychotherapy Integration* 12, 32-57.
- Duncan B.L. (2002). *The founder of common factors: A conversation with Saul Rosenzweig*. *Journal of Psychotherapy Integration* 12(1), 10-31.
- Fernández-Ballesteros R., De Bruyn E.E., Godoy A., Hornke L.E. i in. (2001). *Guidelines for the Assessment Process (GAP): A Proposal for Discussion*. *European Journal of Psychological Assessment* 17, 3, 187-200.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. (2006). *Psychoanalytic perspectives on developmental psychopathology*. [W:] D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.), *Development and psychopathology. Theory and method*. (t. 1., s. 1-10). New Jersey: John Wiley&Son.
- Friedman T.L. (2000). *The Lexus and the olive tree: Understanding globalization*. New York: Anchor.
- Groth-Marnat G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hermans H.J.M., Dimaggio (2007). *Self, identity and globalization in times of uncertainty*. *Review of General Psychology* 11, 1, 31-61.
- Jensen Arnett J. (2002). *The psychology of globalization*. *American Psychologist* 57, 10, 774-783.
- Joiner T.E., Walker R.L., Pettit J.W., Perez M., Cukrowicz K.C. (2005). *Evidence-based assessment of depression in adults*. *Psychological Assessment* 17, 267-277.
- Kazdin A.E. (2008). *Evidence-Based Treatment and Practice*. *American Psychologist* 63, 146-153.
- Lambert M.J., Ogles B.M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. [W:] M.J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5 wyd. s. 139-193), New York: Wiley.
- Lewicki A. (1963). *Główne problemy psychologii klinicznej*. *Przegląd Psychologiczny* 6, 67-87.
- Lewicki A. (1969). *Psychologia kliniczna w zarysie*. [W:] A. Lewicki (red.), *Psychologia kliniczna* (s.10-155) (wyd. 4). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Miller W.R., Zweben J., Johnson W.R. (2005). *Evidence-based treatment: Why, what, where, when, and how?* *Journal of Substance Abuse Treatment* 29, 267-276.
- Mintz J., Drake R.E., Crits-Christoph P. (1996). *Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science*. *American Psychologist* 51(10): 1084-1088.

- Murray S.F., Bisht R., Baru R., Pitchforth A. (2012). *Undersatnding health system health economies and globalization: the need for social science perspectives*. *Globalization and Health* 3, 212-224.
- Nathan P.E., Stuart S.P., Dolan S.L. (2000). *Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis?* *Psychological Bulletin* 126, 6, 964-981.
- Nieman M.C. (2011). *Shocks and turbulence: Globalization and the occurence of civil war*. *International Interactions* 37, 3, 263-292.
- Obuchowski K. (1965). *Analiza i ocena stanu psychologii klinicznej w dwudziestym roku Polski Ludowej*. *Przegląd Psychologiczny* 10, 114-139.
- Oldham J.M. (2013). *Psychodynamiczna metoda planowania leczenia a oficjalny system diagnostyczny – w kierunku DSM-5*. [W:] J.F. Clarkin, P. Fonagy, G.O. Gabbard (red.). *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości* (s. 515-534). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Oleszkowicz A., Senejko A. (2013). *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w dobie globalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Paluchowski W.J. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Paluchowski W.J. (2010). *Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Buros”?* *Roczniki Psychologiczne* XIII, 2, 13-27.
- Rose R.J., Dick D.M. (2010). *Gene-environment interplay in adolescent drinking behaviour*. *Alcohol, Research & Health* 28, 222-229.
- Sęk H. (2008). *Psychologia kliniczna jako dziedzina badań i praktyki*, [W:] H. Sęk (red.) *Psychologia kliniczna*, tom 1 (s. 19-30) Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Spengler P.M., White M.J., Agisdoltis S., Maugherman A.S., Anderson L.A., i in. (2009). *Meta-analysis of clinical judgment project: Effects of experience on judgment accuracy*. *The Counseling Psychologists* 37, 3, 350-399.
- Stemplewska-Żakowicz K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Naukowe.
- Sztompka P. (2014). *Uniwersytet współczesny; zderzenie dwóch kultur*. *Nauka* 1, 7-18.
- Tadeusiewicz R., Ligęza A. (2014). *Wady i zalety wprowadzenia Krajowych Ram Kwalifikacji*. *Nauka* 1, 43-58.
- Taracha E., Habrat B., Smela J., Gruszyński W. (2002). *Badania przesiewowe żołnierzy zasadniczej służby wojskowej w kierunku nadużywania alkoholu. Próba zastosowania oznaczania aktywności b-heksozoaminidazy w moczu jako markera przewlekłego alkoholizmu*. *Alkoholizm i Narkomania* 15, 1, 83-94.
- Trull T. J., Prinstein M. J. (2013). *Clinical Psychology*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learning.
- Wallin D.J. (2011). *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Weisz J.R., Chu B.C., Polo A. (2004). *Treatment Dissemination and Evidence-Based Practice: Strengthening Intervention Through Clinician-Researcher Collaboration* *Clinical Psychology: Science and Practice* 11, 3, 300-307.
- Widiger T.A., Lowe J.R. (2010). *Personality disorders*. [W:] M.M. Antony, D.H. Barlow (red.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Witmer L. (1907). *Clinical Psychology, Psychological Clinic*, 1, 1-6. <http://www.arches.uga.edu/~parrott/witmer.html>.

Challenges for clinical psychology in the XXI century

Clinical psychology is an experimental and applied field undergoing changes due to the influence of fundamental schools of psychology as well as related sciences and social demands. The reflection on its current tasks includes the past, present and future temporal dimensions as well as different activity contexts. It has been demonstrated that the achievements of clinical psychology indicate how important is constant consolidation of its level and identity. Some educational and organizational tasks should be solved by teams of researchers and practitioners. New, imposed tasks need to be related to a theoretical and methodological framework. The article discusses the significance of the influence of the macrosocial context and processes of globalization. It includes a critical analysis of the principles created according to Evidence-Based Practice in psychological assessment and treatment as well as their application in the conditions of Polish experimental and clinical practice. It was concluded that numerous challenges require constant discussion among researchers, academics and clinical practitioners.

Key words: clinical psychology, development of theory and practice, the role of globalization, evidence-based practice, challenges from the past, present and future

