

Włodzisław Zeidler

W sprawie specjalizacji psychologów klinicznych : w związku z artykułem Jana Tylki: "Kilka refleksji "o początkach i rozwoju psychologii klinicznej"

Studia Psychologica nr 6, 283-287

2006

Artykuł został 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.

WŁODZISŁAW ZEIDLER
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

W SPRAWIE SPECJALIZACJI PSYCHOLOGÓW KLINICZNYCH

W ZWIĄZKU Z ARTYKUŁEM JANA TYLKI:

KILKA REFLEKSJI „O POCZĄTKACH I ROZWOJU PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

W grudniu 2005 r., na zebraniu jednego z oddziałów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, dotarła do mnie informacja o nowej formule specjalizacji w zakresie psychologii klinicznej. Część uczestników zebrania – lepiej zorientowana w temacie ode mnie – przyjęła tę informację bez owacji. Aby moją wiedzę uzupełnić, zajrzałem do odpowiedniego źródła. Była to publikacja pt. *Kilka refleksji „o początkach i rozwoju psychologii klinicznej”*¹, której autorem jest Jan Tylka. Pełen zainteresowania i najlepszych oczekiwań. Ze względu na to, że przez sporo lat mojego życia z psychologią kliniczną byłem blisko związany, cieszyłem się, że po trzydziestu latach pojawia się nowy model uprawiania psychologii klinicznej; pojawiają się nowe zasady i formy podnoszenia oraz weryfikacji kwalifikacji psychologicznych. Zanim powiem, czy mój optymizm był uzasadniony, wskażę na jego przesłanki.

Nie będę przy tym szukał podobieństw lub korzeni psychologii wśród wróżbitów i szamanów, jak to czyni J. Tylka we wstępie swojego artykułu. Nie będę w tym samym celu odbywał podróży na drugą stronę Atlantyku. Myślę, że psychologia, w tym psychologia kliniczna ma dostatecznie silne i głębokie korzenie tutaj, u nas, w Europie, a także w Polsce. Dodam jednak, że od korzeni ważniejsza jest dla mnie przyszłość. Zadania i perspektywy psychologii klinicznej w Europie. O Europie myślę tutaj w dwojakim kontekście. Jeden z nich będzie miał charakter bardziej statyczny, drugi dynamiczny. Ten pierwszy, to potrzeba przyglądania się wzorcom uprawiania psychologii klinicznej w różnych krajach Europy. Ten drugi, to coraz wyraźniej zarysowujące się perspektywy wykonywania zawodu psychologa w Europie, dokładniej mówiąc w różnych krajach europejskich, według wspólnych standardów. W artykule J. Tylki żaden z tych kontekstów nie jest brany pod uwagę. Ktoś, zainfekowany ksenofobią, zapyta w tym miejscu: A po co? No właśnie! Komu to jest potrzebne? Ustalmy najpierw komu to jest **niepotrzebne**, a wtedy problem ukaże swoje inne właściwe oblicze. Uwzględnianie społeczno-kulturowych realiów Europy jest niepotrzebne, a nawet groźne, dla tych wszystkich, którzy nie lubią, nie chcą lub boją się zmian. Takie nastawienie jest absurdalnie błędne. Jestem przekonany, że coraz więcej pol-

¹ W *Studia Psychologica UKSW* nr 5 (2002), s. 363-373.

szych psychologów i coraz częściej będzie miało ochotę na wykonywanie swojego zawodu gdzieś w Europie. Oczywiście, będzie to możliwe, ale tylko przy posiadaniu wymaganych w Europie, w XXI w. kompetencji zawodowych.

Wątpię w to, aby ktokolwiek był w stanie przedstawić dokładne liczby dotyczące zawodowo czynnych psychologów. Nie będą one tożsame z liczbą absolwentów psychologii (te liczby i w Europie i w USA, systematycznie rosną), nie będą one zgadzały się także z liczbą członków psychologicznych towarzystw naukowych – nb. w niektórych krajach istnieją już odrębne stowarzyszenia zawodowe psychologów. Nie wiemy także, jak wygląda „wysycenie” psychologami w poszczególnych krajach. Wiadomo, że jest ono mocno zróżnicowane. Wiadomo także, że liczba, dokładniej może: odsetek psychologów wykonujących w poszczególnych krajach europejskich samodzielną praktykę psychologiczną jest nader zróżnicowany. Przy czym formy i rodzaje tej praktyki są różnorodne – zarówno w zakresie psychologii klinicznej, jak również w innych dyscyplinach. Przy dużej różnorodności zapotrzebowań na usługi psychologiczne, „przykrawanie” modelu jakiegokolwiek specjalizacji na miarę aktualnych zapotrzebowań jednego z fragmentów polskiej rzeczywistości nie jest rozwiązaniem optymalnym. Mój pogląd opiera się nie na krytyce polskiej rzeczywistości, ale na świadomości tych wszystkich przemian, które w tzw. służbie zdrowia w poszczególnych krajach europejskich już zaszły, nadal zachodzą i będą jeszcze przez długi okres zachodzić. Przede wszystkim, ale nie tylko ze względów finansowych. W tym kontekście zawężanie specjalizacji psychologii klinicznej do służby zdrowia: „Do specjalizacji może przystąpić magister psychologii, zatrudniony w publicznym bądź niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej od co najmniej 1 roku” (J. Tylka, s. 368), jest dużym nieporozumieniem. Kto ma się troszczyć, kto ma rozwijać jakość praktyki w tych obszarach psychologii klinicznej, która nie podlega „reglamentacji” w służbie zdrowia?

Nie będę przywoływał żadnych zagranicznych przykładów. Logika będzie lepszym doradcą. Projekt specjalizacji w zakresie psychologii klinicznej, który prezentuje J. Tylka nie jest wolny od logicznych i chyba także rzeczowych sprzeczności. „Specjalistą” może zostać tylko ktoś, kto pracuje w „zakładzie opieki zdrowotnej” – z jednej strony. Z drugiej strony redukuje się zakres kształcenia do czterech dyscyplin medycznych (psychiatria, pediatria, neurologia, choroby somatyczne), zapominając o istnieniu innych, od tych czterech istotnie różniących się działów – dla przykładu można wymienić rehabilitację, która ma swoją specyfikę i nie jest do tych czterech wyżej wymienionych redukowalna. Dalej, nie jest jasne jaką opcję przyjęto dla formuły kształcenia w tzw. bloku podstawowym? Czy ma ono mieć charakter „podstawowy”, uzupełniający czy może pogłębiający wiedzę wyniesioną ze studiów? Krótko mówiąc, koncepcja, którą proponuje J. Tylka bardziej przypomina spis treści starego podręcznika tzw. psychologii lekarskiej (np. H. Lotzego z roku 1852) niż zawartość europejskich podręczników psychologii klinicznej (np. L. Pongratz 1977; t. I i II). Powiadam „europejskich” ponieważ o istnieniu polskich J. Tylka jakoś nie chce nic wiedzieć. O tej kwestii za chwilę.

W tym miejscu należy jeszcze dodać dwie informacje dotyczące sytuacji europejskiej. W lipcu 2005 r., na konferencji w Granadzie, członkowie Europejskiej

Unii Towarzystw Psychologicznych (EFPA) przyjęli wspólny (europejski) model kształcenia dyplomowego psychologów, który to model realizują już Finlandia, Włochy, Węgry, Hiszpania, Wielka Brytania oraz Niemcy. „Ślady” tego modelu w koncepcji J. Tylki, powiedzmy, są tak głęboko ukryte, że ich nie widać. Nie można dostrzec śladów także innej problematyki, która w większości krajów europejskich staje się rzeczywistością. Mam na myśli wprowadzanie dwustopniowego modelu kształcenia psychologów. Idzie o to, że europejska koncepcja kształcenia psychologów uwzględnia zarówno zasadę drożności, jak i zróżnicowania zadań. Ta dwustopniowość ma jako uzasadnienie coraz silniejsze powiązania praktyki psychologicznej z zastosowaniem komputerów. Te dwie ścieżki przemian, w psychologii europejskiej coraz bardziej widocznych, wytyczają inicjatywy i działania towarzystw psychologicznych, starających się o sprecyzowanie i ochronę zawodowej tożsamości psychologów.

Pojawia się zatem pytanie, jaki sens może mieć „ustawianie” specjalizacji w psychologii klinicznej gdzieś na uboczu tych wszystkich przemian i postępu, który obserwuje się w psychologii europejskiej. Mój akcent pada przy tym na słowo „psychologia”. O problemach specjalizacji, dyskutowali psychologowie w Europie już dawno temu. Przed mniej więcej 30-łaty dyskusje te ożywiły się znacznie i zaczęto szukać realistycznych rozwiązań. Pierwsze „przymiarki” szły w dość dobrze znanym kierunku. Jego pierwowzorem były **psychologia lekarska**. Próby te groziły zredukowaniem psychologii do problematyki medycznej i wywołały refleksję, która pojawiła się już na marginesie znanego sporu W. Wundta z O. Külpe. Wówczas dalekowzroczność Wundta wyszła psychologii na dobre. Podobnie współcześnie, w ostatnim dwudziestoleciu w Europie, starano się wzmacniać wewnętrzne związki w ramach psychologii, niż szukać sprzymierzeńców poza psychologią. Ich wyrazem było nawiązanie bliskiej współpracy przez naukowców i zawodowe stowarzyszenia psychologów w poszczególnych krajach. Konkluzja była jasna: specjalizacja w psychologii – obojętnie jaka ona by była – powinna opierać się na psychologicznych kryteriach zawodowych (zasada jakości świadczeń zawodowych). W ten sposób instytucje kształcące psychologów stanęły przed problemem określenia swojej tożsamości oraz zakresu swoich zadań (kształcenie podyplomowe?). W toku tych dyskusji dostrzeżono także kompetencje stowarzyszeń psychologicznych. Wcześniejszą „monopolizację” zaczął wypierać demokratyczny *consensus* i racjonalny podział zadań. Myślę, że popełniłbym błąd, powiadając, że w projekcie J. Tylki dominują pozostałości „centralizmu”. Błąd polegałby na tym, że owa centralistyczna mentalność cechuje cały system polskiej medycyny. „Przykrwanie” psychologii klinicznej na miarę potrzeb medycyny jest zabiegiem, który zawsze będzie miał ten sam efekt: dominację myślenia medycznego nad psychologicznym, tłumienie tych wątków humanistycznych, które psychologia powinna do medycyny wносить i we właściwy sposób je artykułować.

Zaletą koncepcji, którą J. Tylka referuje, jest sposób potraktowania psychoterapii. Jest to zaleta o ograniczonych walorach, ale chciałbym traktować ją jako zapowiedź dalszych zmian na lepsze. Autor nie traktuje już psychoterapii jako swoistego *panaceum*, dobrego na wszystkie przypadki i dostrzega już istnienie „indywidualnych potrzeb chorego”. Brakuje jednak wizji pozytywnej. Współcze-

sna, europejska psychologia kliniczna zakłada partnerski stosunek do osoby, z którą każdy psycholog, a więc również psycholog kliniczny nawiązuje kontakt. Kiedyś chodziło w nim tylko o poznanie (diagnoza), później o wywieranie wpływu (psychoterapia); obecnie oczekuje się od psychologa **bycia z** osobą, z którą nawiązał kontakt. Jest to istotna zmiana w zakresie widzenia roli i zadań psychologa. Nie „indywidualne potrzeby chorego”, ale pewne ogólne zasady nadają kształt i determinują relacje w diadzie: psycholog – drugi człowiek. Relacje te muszą być „identyczne” w stosunku do tego, który z lekarskiego punktu widzenia został uznany za chorego, jak i do tego, który jest chorobą zagrożony, albo wcale nie ma zamiaru na cokolwiek się skarżyć i chorować. Myślę, że owa **relacja osobowa** (o czym pisałem w innym miejscu) jest czymś, co w praktyce psychologicznej jest konieczne; jest czymś konstruktywnym, czym psychologia może wzbogacić (kto wie, może nawet uzdrowić) współczesną medycynę: zamkniętą za murami kolosalnych klinik, uzbrojoną najnowszymi osiągnięciami techniki. Jeżeli zgodzimy się, że owa relacja osobowa jest tak ważną, to powstaje pytanie: Gdzie i kiedy ma ją psycholog na tyle „oswoić”, aby stała się ona spolegliwym towarzyszem jego pracy?

Myślę, że koncepcja J. Tylki, przy wielu niewątpliwych zaletach, zapoznaje (tu i ówdzie wręcz ignoruje) dorobek psychologii klinicznej w Polsce. Na pewno błędem jest zapominanie w takim opracowaniu tego, że niezwykle ważny efekt utworzenia w Poznaniu pierwszej Katedry Psychologii Klinicznej, stanowiło opracowanie i opublikowanie (1969) pod redakcją A. Lewickiego pierwszego podręcznika psychologii klinicznej oraz nawiązanie ścisłej współpracy ze środowiskiem lekarskim. Struktura i treści tego podręcznika odpowiadały dokładnie innym późniejszym podręcznikom psychologii klinicznej, które publikowano w różnych krajach europejskich. Ten pierwszy opublikowany w Polsce podręcznik, prezentował psychologię kliniczną jako dyscyplinę samodzielną, świadomą samej siebie oraz zorientowaną w rodzaju i zakresie swoich zadań w odniesieniu i do nauki i do różnych grup osób potrzebujących pomocy psychologicznej. Mimo pewnych drobnych usterek (pisałem o nich w stosownym czasie), *Psychologia kliniczna*, pod redakcją A. Lewickiego, spotkała się z zasłużonym zainteresowaniem i uznaniem. Myślę, że to właśnie ona wpłynęła na kształt i charakter oczekiwań środowiska lekarskiego kierowanych pod adresem psychologów. Wiem, że walory tamtego podręcznika mają kolejne, podobne publikacje, które ukazały się pod redakcją Heleny Sęk.

Działalność Katedry Psychologii Klinicznej, kierowanej przez Andrzeja Lewickiego, w sposób istotny i ewidentny przyczyniła się do polepszenia i pogłębienia współpracy między lekarzami i psychologami. Spowodowała ona zasadniczy przełom, który polegał na tym, że lekarze zaczęli dostrzegać całe obszary zadań, które w służbie zdrowia powinny należeć do **kompetencji psychologa**. Zmianę tych nastawień można było najwcześniej zaobserwować w Klinice Psychiatrycznej AM w Poznaniu, kierowanej wówczas przez prof. Stanisława Dąbrowskiego. To właśnie on, już jako dyrektor ówczesnego Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie, wspólnie z prof. Stanisławem Pużyńskim oraz prof. Ignacym Waldem, stał się gorącym rzecznikiem oraz inicjatorem wprowadzenia specjalizacji w zakresie psychologii klinicznej. Prace nad przygotowaniem formuły specjaliza-

cji i warunków umożliwiających jej realizację rozpoczęły się już w połowie lat 70., minionego wieku. Charakteryzowało je bliskie i partnerskie współdziałanie: Instytutu Psychoneurologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, licznych przedstawicieli środowisk akademickich oraz CMKP. Zarys koncepcji specjalizacji doczekał się artykulacji na pierwszej konferencji psychologów klinicznych w Gdańsku. Warto może w tym miejscu przypomnieć to, że jej niezapomnianą ozdobą była dyskusja prof. Marii Susłowskiej z prof. Januszem Reykowskim. Dla klimatu oraz kierunków ówczesnego modelowania specjalizacji klinicznej okolicznością niezwykle ważną było to, że osoba kierująca tymi pracami była członkiem Krajowego Zespołu Specjalistów w zakresie psychiatrii, neurologii i psychologii klinicznej oraz przewodniczącym Sekcji Psychologii Klinicznej PTP. Daleko zaawansowane prace nad wprowadzeniem specjalizacji zostały przerwane w związku z ustanowieniem stanu wojennego. Myślę, że okoliczności tej nie należy ani ukrywać, ani przemilczać. W przeciwnym przypadku deformacja musi ulec poczucie zawodowej tożsamości.

I to właśnie ze względu na tę okoliczność „opisanie początków psychologii klinicznej w Polsce” przez Jana Tyłkę uznać należy za bałamutne. Jest oczywiste, że konsekwencją zawężenia perspektywy poznawczej musi być deformacja perspektywy zawodowej. Znaczenie tej uwagi podkreśla to, że kształcenie studentów psychologii, w zakresie psychologii klinicznej – właściwie we wszystkich krajach i wszystkich modelach studiów – już od wielu lat nie jest do dawnego modelu psychologii medycznej redukowalne. W tej sytuacji powstaje samorzutnie pytanie: Na jakiej podstawie miejsce pracy absolwentów studiów psychologicznych ma przesądzać o możliwości ich dalszej specjalizacji? Ani samo pytanie, ani odpowiedź nie są w tym miejscu najważniejsze. Ważniejszy jest fakt pominięcia całej, bardzo szerokiej, palety psychologicznych problemów, traktowanych jako „kliniczne”, chociaż nie są one przedmiotem zawodowych zainteresowań środowiska lekarskiego. Wokół tych problemów – społecznie niezwykle ważnych – koncentruje się działalność chyba już większości „psychologów klinicznych”. Jak należy pojmować ich działalność zawodową? Czy nie ma ona działalności „specjalistycznej”? Aby nie wylewać dziecka z kąpielą, warto zdać sobie sprawę z tego, że ci inni psychologowie kliniczni stają wielokrotnie wobec problemów niezwykle trudnych i muszą je rozstrzygać zdani tylko na samych sobie. To im właśnie specjalizacja jest potrzebna nie dla splendoru i poprawy zarobków, ale po to, by mogli optymalnie i z pełnym zaangażowaniem wykonać swoje zadania. Myślę, że powinni oni mieć także możliwość specjalizowania się, ale opierając się na adekwatnym dla ich potrzeb modelu, którego szczegóły oraz sposoby realizacji powinny zostać opracowane w ramach środowiska psychologów. Myślę, że czas ku temu, aby zadanie to zostało wykonane wspólnymi siłami, przy zaangażowaniu Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, środowiska akademickiego oraz silnej i adekwatnej „reprezentacji” psychologów klinicznych, wykonujących swój zawód poza służbą zdrowia.