

Metoda symulowanego klienta w nauczaniu diagnostyki klinicznej w psychologii

Bartosz Zalewski*

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Maja Filipiak

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Monika Tarnowska

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

THE SIMULATED CLIENT METHOD IN TEACHING CLINICAL DIAGNOSTICS IN PSYCHOLOGY

The article presents a method of teaching psychological diagnosis using the simulated client method (SC) which has not been described in Polish literature so far. This method consists in playing the client's role by a professionally trained participant and it is widely used for teaching medical diagnosis. Attempts have also been made for years to use it for teaching psychology. The article presents a critical overview of the relevant literature and it analyzes the possibilities and limitations of using simulation in teaching psychology. The article discusses information available in the literature on technologies of the preparation of simulated clients, benefits achieved owing to the use of simulation in teaching and, finally, the effect simulation has on the simulated clients playing their roles. The method is compared with other teaching procedures, such as work with real clients and role play. Also, guidelines concerning the application of the method for psychology teaching and proposals for the verification of its usefulness by using psychological questionnaires are presented.

Blisko 50 lat temu Howard Barrows użył symulacji w uczeniu diagnostyki studentów medycyny. Wówczas było to metoda szeroko stosowana m.in. w szkoleniu pilotów, żołnierzy czy ratowników (Adamo, 2003; Yudkowsky, 2002). Szybko zdobyła popularność w medycynie, a jej intensywny rozwój nastąpił wraz z zastosowaniem do egzaminowania studentów, w tym od lat 90-tych także studentów psychiatrii (Famuyiwa, Zachariach i Ilechukwu, 1991). Wymogło to proces jej standaryzacji i wprowadzenie określenia „standardowy pacjent” (SP; Howley, 2004). Od początku XXI wieku kilka instytucji rządowych USA wydało rekomendacje do jej stosowania jako najlepszej praktyki nauczania oraz weryfikacji kompetencji diagnostycznych, zaś od roku 2004 wszyscy studenci medycyny, w tym także psychiatrii, muszą przejść egzamin licencyjny z użyciem SP (Collins i Harden, 1998; Yudkowsky, 2002). Dobrym podsumowaniem dynamicznego rozwoju metody oraz jej obecnej popularności są słowa szefa Narodowej Rady ds. Egzaminów Medycznych USA Daniela J. Klasa: „Kiedyś ludzie pytali «Dlaczego ktoś miałby używać SP do sprawdzania umiejętności klinicznych?». Dzisiaj pytają: «Dlaczego ktoś miałby nie

używać SP do sprawdzania umiejętności klinicznych?»” (Adamo, 2003, s. 262).

Metoda symulacji prawie nie używana jest natomiast do nauczania diagnozy psychologicznej w Polsce ani na świecie. Wprawdzie od lat 80-tych symulacje wykorzystuje się w nauczaniu studentów pomocy społecznej (Rogers i Welch, 2009), kierunku najbliższym studiom psychologicznym, jednak dzieje się to w skromnym wymiarze, a literatura przedmiotu jest wyjątkowo uboga. Jakże mogą być przyczyny takiego stanu rzeczy? W medycynie istnieje swoista tradycja wypracowywania użytecznych dla praktyki standardów postępowania, która przyniosła w ostatnich dekadach owoce takie jak np.: standardy uprawiania praktyki klinicznej EBM (*Evidence-Based Medicine*; Davidson i in., 2003), standardy tworzenia raportów naukowych z randomizowanych badań z grupą kontrolną (traktowanych jako kluczowe w nurcie praktyki opartej na dowodach) znane pod nazwą CONSORT (Łuszczynska i Doliński, 2008), czy standardowe procedury nauczania diagnostyki w postaci SP. Zarówno praktyka oparta na dowodach empirycznych (*Evidence-Based Practice*, EBP) jak i standardy CONSORT zyskały swoje miejsce również w obszarze psychologii, choć proporcja stosownych publikacji w medycynie i psychologii wypada wyraźnie na korzyść ‘matczynego’ medycznego kontekstu. Wydaje się więc, że zjawisko, które obserwujemy

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Bartosz Zalewski, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa
e-mail: bartosz.zalewski@swps.edu.pl

śledząc literaturę dotyczącą symulacji, jest przejawem bardziej ogólnego trendu. Inna przyczyna może leżeć w strukturach lecznictwa, których jedynie małym wy-cinkiem są oddziaływania psychologiczne. Medycyna ca-łościowo sprofilowana jest na leczenie, zaś psychologia kliniczna to jedynie subdyscyplina psychologii. Wreszcie w medycynie kształci się nieporównanie więcej osób niż w psychologii, stąd naturalnie szybciej rozwinęły się za-awansowane programy nauczania medycyny, za którymi szły odpowiednie nakłady finansowe.

W tym artykule przyjrzymy się możliwościom zastoso-wania symulacji w diagnozie psychologicznej. Spróbujemy wypunktować zagadnienia, związane z praktykowa-niem nauczania diagnozy w oparciu o symulacje, które należałoby podjąć, by opisywana procedura mogła stać się solidnym filarem w dydaktyce psychologicznej.

SYMULACJA W MEDYCYNIE

Znane są różne sposoby pracy z osobami odgrywającymi role w medycynie, m.in: zaprogramowany pacjent (*pro-grammed patient*), przygotowany pacjent (*prepared pa-tient*), wytrenowany pacjent (*trained patient*), czy pseu-do-pacjent (*pseudo-patient*) (Adamo, 2003; Barrows, 1993; Peters, 1999). Spośród nich najczęściej wykorzystywane i rozwinięte są metoda symulowanego pacjenta (*simulated patient*) oraz standardowego pacjenta (*stan-dardized patient*). W obu modelach uczestników trenuje się do odgrywania różnych chorób i dolegliwości, opar-tych na historii medycznej realnych pacjentów (Rogers i Welsch, 2009; Yudkowsky, 2002). Obie metody różnią się poziomem standaryzacji odegrań, przy czym pierwszy historycznie jest model symulowanego pacjenta, używa-ny aktualnie wyłącznie do edukacji. Format standardo-wego pacjenta powstał na potrzeby egzaminów (Adamo, 2003). Symulowany pacjent to osoba wytrenowana w pre-zentowaniu symptomów z naciskiem na realność i złożo-ność sytuacji (Barrows, 1993). Standardowy pacjent (SP) natomiast to osoba wytrenowana w odgrywaniu symp-tomów danej jednostki chorobowej w niezmienny spo-sób przez wiele wykonan – z naciskiem na spójność od-tworzeń (Collins i Harden, 1998). Jak wskazuje Adamo (2003) standardowy pacjent zawiera w sobie procedurę symulowanego pacjenta, ale symulowany nie zawiera w sobie standaryzacji.

MOŻLIWOŚCI ZASTOSOWANIA SYMULACJI W NAUCZANIU DIAGNOZY PSYCHOLOGICZNEJ

Z punktu psychologicznego punktu widzenia pomiar dia-gnostyczny w medycynie skupia się na objawach, które są stosunkowo łatwe do symulowania (poza objawami czysto fizycznymi), a celem diagnostyki medycznej jest przyporządkowanie objawów do danej jednostki choro-bowej. Natomiast celem diagnozy psychologicznej jest rozpoznanie mechanizmów osobowościowych lub psy-chopatologicznych, które leżą u podłoża symptomów cho-robowych. Medyczny protokół leczenia wynika wprost

z diagnozy nozologicznej, a modyfikuje go tylko tolerancja na leki i zgoda pacjenta na procedury leczenia. Wskaźni-ki wystąpienia mechanizmów psychopatologicznych są bardziej złożone i wymagają dłuższego czasu weryfikacji, stąd diagnoza psychologiczna zajmuje najczęściej więcej niż jedno spotkanie, które umożliwi jedynie postawie-nie wstępnych hipotez dotyczących tych mechanizmów. Z punktu widzenia szkolenia i wykorzystania symulacji oznacza to, że odgrywający musi wiarygodnie odtworzyć nie symptomy chorobowe, lecz zachowania wynikające z patologicznych mechanizmów psychologicznych.

Pacjenci medyczni mogą opisywać dolegliwość fizyczną wielokrotnie w podobny sposób, natomiast opis złożonych przeżyć emocjonalnych daje pole do dużego zróżnicowa-nia pomiędzy odtworzeniami. Rozmowa diagnostyczna sama w sobie jest interwencją (Stemplewska-Zakowicz, 2009), zatem badany po spotkaniu inaczej rozumie, do-świadcza i opowiada o swojej trudności niż przed nim. Propozycje standaryzacji odegrań roli mogą mieć sens wobec diagnozy nozologicznej, ale przy nauczaniu psy-chologicznej czy psychospołecznej go tracą.

Wywiad psychologiczny bazuje na budowaniu kon-taktu z klientem oraz promowaniu wyrażania przezeń myśli i uczuć, jako podstawowych danych dla diagnozy (Stemplewska-Zakowicz, 2009). Słowa klienta zastępują badanie medyczne, a wyrażanie trudnych treści wymaga pogłębionego kontaktu i czasu na rozmowę. Psycholog musi być wyszkolony w dbaniu o osobę badaną, czyli: a) przewidywania i zapobiegania negatywnym konsekwenc-jom samego badania, b) krytycznej oceny wielorakich ról, kontekstów i relacji, w których funkcjonują obie strony, c) szerokiej obserwacji przebiegu rozmowy oraz refleksji nad nim, czy d) przyjmowania i wytrzymywa-nia trudnych emocjonalnie treści (Krishnamurthy i in, 2004). Odmienne jest ukierunkowanie uwagi badacza: w medycynie podstawowym obiektem badania jest cia-ło pacjenta, w tym znaczeniu jest to badanie u podstaw przedmiotowe, podczas gdy cel badania psychologiczne-go wymaga podejścia podmiotowego. Wprawdzie obecnie promuje się podmiotowy charakter relacji pacjent–lekarz w medycynie (Gordon i Edwards, 2009), szczególnie w kon-tekście rozwoju wiedzy o znaczeniu kontaktu dla efektyw-ności leczenia, ale badanie przedmiotowe jest nadal lwią częścią diagnostycznej procedury medycznej.

SZKOLENIE I ZASTOSOWANIE SYMULANTÓW

Dobrze wytrenowany standardowy pacjent (SP) powi-nien być nie do odróżnienia przez doświadczonego klini-cystę od prawdziwego pacjenta (Collins i Harden, 1998). Trening potrzebny jest do czasu, aż SP może utrzymywać oczekiwany poziom wykonania roli w kolejnych odtwo-rzeniach, określane przez odpowiednie pomiary (Adamo, 2003).

Najbliższe psychologii użycie symulacji jako pierwsi opisali Whiteley i Jakubowski (1969) wobec studentów pomocy społecznej. Metoda dotyczyła „prowadzonych klientów” (*coached clients*) i bazowała na realnych i istot-

nych trudnościach osób grających. W tym sensie nie było to odgrywanie roli (*role-play*), lecz osoba przedstawiała sprawę, która poruszała ją osobiście. Autorzy uznawali to za mocną stronę procedury, ponieważ odgrywający zachowywali się tak, jakby naprawdę zgłosili się do psychologa. Początkiem szkolenia była prezentacja przez symulanta własnych trudności podczas jedno-godzinnego wywiadu, z którego wybierano 16 stwierdzeń, ważnych dla opisu problemu oraz sytuacji demograficznej i emocjonalnej osoby. Służyły one jako wskazówki do odgrywania roli w ciągu kilku tygodni szkolenia. Przykładowo Sharpley, Guidara i Rowley (1994) opisali młodą kobietę, dyplomowanego magistra psychologii, zgłaszającą problem poświęcania przez jej partnera więcej uwagi swoim kolegom niż jej. Osoba podczas sesji prezentowała uczucia złości, frustracji, smutku oraz poczucia odrzucenia. Na tej bazie zbudowano rolę, którą następnie wielokrotnie odgrywała ze studentami–diagnostami. Jednocześnie sama podjęła terapię w celu poradzenia sobie z tą trudnością.

Dziś metoda Whiteleya i Jakubowskiego (1969) budzi zastrzeżenia natury etycznej, chociażby fakt, że poważnie utrudnia oddzielanie realnych przeżyć osoby od symulacji. Jest jednak jedyną opracowaną metodą odgrywania dłuższych (50-minutowych) sesji, choć należy zmodyfikować ją tak, by SK nie bazowali na osobistych doświadczeniach. Z założenia rozmowa psychologiczna silnie porusza emocjonalnie, a symulant jest proszony o prawdziwe wczucie się w rolę i doświadczanie emocji podobnych do tych, jakie mógłby czuć ktoś faktycznie przeżywający określony problem.

W medycynie do programów symulacji dobierani są najczęściej: laicy, studenci aktorstwa (Rogers i Welsch, 2009), profesjonalni aktorzy (Peters, 1999), praktycy (lekarze, terapeuci; Howley, 2004), studenci klinicznych studiów doktoranckich (Sharpley, Guidara i Rowley, 1994), a także nastolatki (McLachlan, 2006). Zdaniem Pomerantza (2003) i Yudkowskiego (2002) szczególnie cennym źródłem symulantów są studenci aktorstwa, którzy przechodzą obowiązkowe zajęcia z umiejętności budowania roli na wydziałach aktorstwa, co zmniejsza koszty programu. Autorzy podają opisy współdziałania wydziałów aktorstwa oraz uczelni medycznych lub społecznych. Budowanie roli przydatnej innym, kontakt z realnym diagnostą–studentem oraz zaliczenie własnego kursu daje studentom aktorstwa motywację do rzetelnej pracy. Rola budowana jest pod opieką prowadzącego zajęcia z aktorstwa, co odciąża nauczycieli medycyny czy psychologii (Rogers i Welsch, 2009).

Uczelnie medyczne kładą nacisk na własności psychometryczne SP, wzmacniające kryteria oceniania studentów na egzaminach: trafność, rzetelność i powtarzalność. Można jednak spytać czy podobne egzaminy są konieczne, a także sensowne w psychologii? W przeciwieństwie do medycyny czy psychiatrii podstawowym celem diagnozy psychologicznej jest pogłębiona refleksja nad mechanizmami psychicznymi, zarówno tymi, które prowadzą do cierpienia osoby, jak i tymi, które mogą okazać

się użyteczne w dochodzeniu do prozdrowotnej zmiany. Najczęściej używaną formą weryfikacji umiejętności studentów psychologii jest studium przypadku, co pokazuje mniejszą wagę cech psychometrycznych procedury dla oceniania umiejętności studentów. Rygor niezmiennych powtarzalności odtworzeń w symulacjach może zostać zastąpiony przez pożądaną elastyczność oraz zmienność odgrywanej roli. Oddaje to specyfikę kontaktu w wywiadzie psychologicznym, gdzie poziom otwartości klienta zależy w dużej mierze od sposobu prowadzenia rozmowy i zachowania diagnosty.

Rezygnując z egzaminów, nie tracimy zainteresowania kryterium trafności, a więc tego, na ile dobrze osoba symuluje dany mechanizm psychologiczny. Odpowiednikiem badania fizycznego w medycynie może być wypełnianie testów psychologicznych, przy czym jak sądzą symulanci nie powinni uczyć się odpowiedzi na pamięć, lecz wypełniać kwestionariusze tak, jakby zrobił to klient, którego odgrywają. Kwestionariusze samoopisowe składają się z pytań, które równie dobrze mogą paść w wywiadzie, zatem dobrze wyszkolony symulant powinien udzielać odpowiedzi, które ułożą się w wyniki charakterystyczne dla odgrywanego wewnętrznego mechanizmu psychicznego. Kwestionariusze mogą pełnić funkcję weryfikacji trafności symulacji rozumianej jako sprawdzenie czy symulowany jest mechanizm, który powinien być symulowany. Jeżeli symulant nie uzyskuje oczekiwanych wyników, zapewne jest niewystarczająco wyszkolony, lub nie jest odpowiednią osobą do symulowania tego typu treści. Wypełnianie kwestionariuszy wydaje się także dobrą procedurą walidacyjną programu SK: można będzie uznać ją za odpowiednią, jeżeli większość szkolonych osób będzie uzyskiwała oczekiwane rezultaty.

KORZYŚCI STOSOWANIA SYMULACJI W NAUCZANIU DIAGNOSTYKI

Metoda SP ceniona jest w medycynie za szereg korzyści (Collins i Harden, 1998; Howley, 2004; Rogers i Welsch, 2009; Wallace, 2007), z których część dobrze odnosi się także do psychologii, takich jak: a) dostępność symulantów; b) możliwość zastępowania symulantami realnych pacjentów w sytuacjach wątpliwych etycznie; c) elastyczność symulacji, modyfikowanej przez dodawanie lub odejmowanie symptomów; d) realność sytuacji jako źródło motywacji studentów do szkolenia; e) pogłębione rozumienie przez studentów uczonych umiejętności, jak i mechanizmów za nimi stojących; f) wreszcie symulacje spełniają kryteria nauczania osób dorosłych oraz promują transfer wiedzy i umiejętności ze szkoleń do praktyki. Pozostałe korzyści odnoszą się do egzaminów medycznych i opierają na psychometrycznych wartościach metody.

Procedury symulacyjne doczekały się kilku metaanaliz (van der Vleuten i Swanson, 1990; Collins i Harden, 1998; Barrows, 1993), opierających się na idei „wystarczająco dobrej” symulacji, przyjętej za szkoleniami pilotów na symulatorach. Wnioski autorów cenne są także

dla psychologii i pokazują m.in., że: 1) SP są w stanie odgrywać pacjentów spójnie i powtarzalnie, a doświadczeni psychiatrzy nie potrafią rozpoznać SP od realnego pacjenta, jeśli ten pierwszy jest wysłany anonimowo do szpitala; 2) SP mogą dobrze symulować pacjentów z głębokimi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak schizofrenia czy ostre postacie zaburzeń osobowości typu borderline; 3) egzaminy oparte na symulacjach osiągają zadowalające właściwości psychometryczne (rzetelność na poziomie .8), jednak dopiero przy użyciu 10 do 14 SP wobec jednego studenta. Ostatni punkt niemal przekreśla możliwości używania symulacji w nauczaniu psychologii, a nie jest jedyną wadą tej metody.

WADY METODY SYMULACJI W NAUCZANIU DIAGNOSTYKI

Główną wadą symulacji jest kosztowność oraz czasochłonność całego programu. Każdy symulant musi przejść wielotygodniowe szkolenie, szacowane na mniej więcej dziesięć spotkań (Adamo, 2003), w które zaangażowanych jest kilku specjalistów praktyków oraz nauczycieli akademickich (Collins i Harden, 1998). Symulanci muszą być też odpowiednio opłacani, by posiadać motywację do pracy oraz do pozostawania w programie, a podawane koszty dla USA to 10\$ do 15\$ za godzinę pracy (Klamer i Yudkowsky, 2002). Wolontariusze są mniej zmotywowani do dobrych wykonań, szczególnie przy powtórzeniach w dłuższym przedziale czasu, relatywnie często też rezygnują z programu na etapie szkolenia (Pomerantz, 2003). Opłaty są także konieczne dla etycznego zabezpieczenia sytuacji i promowania motywacji finansowej jako podstawowej do wykonywania tego zajęcia, co pozwala zawrzeć umowę na odpowiednie usługi, tym samym tworząc podstawy do oddzielania osoby od odgrywanej roli. Zmniejszenie kosztów jest możliwe poprzez angażowanie studentów aktorstwa przy odpowiedniej umowie z uczelnią artystyczną, co wskazaliśmy powyżej.

Minusem metody wydaje się niska reprezentatywność typów odgrywanych pacjentów wobec występujących realnie rodzajów zaburzeń. Jednak standard reprezentatywności symulowanych klientów klóci się z ideą diagnozy psychologicznej, która z natury jest kontekstowa, czyli nastawiona i wrażliwa na kontekst zgłaszanej trudności, zarówno wewnętrzny (wewnątrz osoby) jak i zewnętrzny. Jeśli kontekst jest istotny, reprezentatywność na wzór medyczny nie jest możliwa do osiągnięcia w psychologii. Szczęśliwie kompetencje diagnostyczne odnoszą się w psychologii do uniwersalnych umiejętności prowadzenia procesu diagnostycznego i stosowane są w najróżniejszych kontekstach.

SKUTKI ODGRYWANIA ROLI SYMULOWANEGO KLIENTA

Na przestrzeni ostatnich 10 lat wzrosło zainteresowanie następstwami symulacji dla dobrostanu osób odgrywających. Przeprowadzone badania sugerują brak długo-

terminowych negatywnych następstw symulacji, przy występujących niedogodnościach tuż po odegraniu roli (Blake, Gusella, Greaven i Wakefield, 2006; Fall i Levittow, 2002; Hanson i in., 2002; McLachlan, 2006; Bokken, van Dalen i Rethans, 2006). Najczęściej występujące niedogodności to: brak satysfakcji z poziomu odegrania roli, zmęczenie, napięcie mięśniowe, stany subdepresyjne oraz kontynuowanie zachowania lub czucia się jak odgrywany pacjent po zakończeniu odgrywania roli (np. podczas realnej wizyty u lekarza osoba musi świadomie nie odgrywać roli pacjenta). Zaznaczmy, że badania dotyczyły w ogromnej większości krótkich interakcji lekarz–pacjent w kontekście medycznym. Wnioski ważne w kontekście diagnozy psychologicznej, której specyfiką jest doświadczanie i dłuższy czas koncentracji na jednej roli, wydają się następujące: a) ograniczenie ilości odegrań w ciągu jednego dnia, szczególnie odgrywania ról osób cierpiących na ciężkie zaburzenia psychiczne; b) wbrew oczekiwaniom, profesjonalni aktorzy nie posiadają większych możliwości dystansowania się do roli niż inne osoby i doświadczają tyle samo negatywnych symptomów stresu co inne grupy odgrywających, dodatkowo rzadko poddawani są procedurze odreagowania (Rogers i Welsch, 2009); c) konieczne jest dbanie o to, aby symulanci nie podejmowali się ról indywidualnie zbyt dla nich obciążających, ani ról osób zbyt do nich podobnych; d) należy zmienić lub modyfikować rolę po czterech latach pozostawania w programie; e) ważne jest zapewnianie osobie stałych informacji zwrotnych dotyczących poziomu odegrania, ponieważ zwiększa to pewność siebie podczas odegrań i daje poczucie rozwoju.

Badania nad symulantami wskazują także, że osoby uczestniczące w wieloletnim programie (3-letni program OSCE, *Objective Structured Clinical Examination*; Adamo, 2003) miały gorsze zdanie o opiece zdrowotnej, którą otrzymywali na co dzień, ale jednocześnie lepsze rozumienie zasad działania systemu medycznego, lepsze umiejętności komunikacji z lekarzami oraz większą tolerancję na różnorodny styl komunikacji lekarzy (McLachlan, 2006; Wallach i in., 2001). Ponadto niektórzy symulanci byli tak zaangażowani w odgrywanie roli, że wyobrażali sobie, że naprawdę doświadczają symptomów, które odgrywają (Davis, 1989). Jednak podobne następstwa także były krótkoterminowe i ustępowały w kilka godzin po zakończeniu symulacji. Najbardziej męczące dla odgrywających są role wymagające prezentacji emocji i symptomów trudności psychicznych, przy czym im rola bliższa jest życiu osobistemu symulanta, tym bardziej męczy jej granie. Okazuje się, że istotne jest również zmęczenie związane nie tyle z samym odgrywaniem roli, co z udzielaniem informacji zwrotnych studentom–diagnostom po wyjściu z roli, ponieważ proces ten wymaga dwutorowego myślenia i koncentracji – na roli oraz na ocenie poziomu kompetencji studenta (Bailey, Deardorff i Nay, 1977). Ten rodzaj zmęczenia można zredukować poprzez udzielanie informacji zwrotnych po zakończeniu sesji, zamiast w stop–klatkach podczas symulacji (Klamer i Yudkowsky, 2002).

SYMULOWANI KLIENCI A INNE METODY NAUCZANIA

Pomerantz (2003) wskazuje na wyższość symulacji nad innymi metodami nauczania diagnostyki. Wobec popularnej metody odgrywania scenek w parach, gdzie studenci wymiennie wcielają się w rolę klienta i terapeuty lub diagnosty, wskazuje m.in., że studentom często brak odpowiedniego talentu oraz motywacji do wiarygodnego odegrania roli klienta, ponieważ bardziej zainteresowani są nauczaniem się roli terapeuty niż klienta. Także sami studenci mają szereg zastrzeżeń wobec scenek: a) trudno zrozumieć im idee, jakie stoją za konkretnymi technikami, b) nadmiernie upraszczają odegrania; c) odbierają sytuację jako sztuczną, a zatem niezbyt koncentrują się na dobrym zastosowaniu techniki oraz na własnych ograniczeniach w jej używaniu, ponadto d) sztuczność wprowadza niską motywację do ćwiczeń, jako że zachowanie w scenie nie będzie miało realnego wpływu na drugą osobę; e) mało znaczące są dla studentów także wynoszone ze scenek informacje zwrotne (Rogers i Welsch, 2009). Wreszcie Collins i Harden (1998) stwierdzają, że wiedza ze scenek nie przekłada się na wzrost umiejętności w pracy z realnymi klientami.

Bailey, Deardorff i Nay (1977) dokonali klasycznego już porównania trzech metod: a) modelowania poprzez uczestniczenie studenta w sesji prowadzonej przez profesjonalnego diagnostę, b) odgrywania roli w parach oraz c) uzyskiwania informacji zwrotnych w postaci nagrań video z własnej sesji prowadzonej z symulantem. Modelowanie okazało się najlepsze w zwiększaniu specyficznych umiejętności, takich jak zadawanie pytań oraz wpływało na „styl rozmowy” osoby uczącej się. Modelowanie i analiza nagrań wideo zwiększały umiejętność formułowania nie oceniających wypowiedzi i pytań. Natomiast odgrywanie ról w parach było najmniej efektywnym sposobem uczenia, ponieważ informacje zwrotne od klientów-kolegów nie współgrały ze zwiększaniem umiejętności studentów (wbrew oczekiwaniom badaczy). Nie potwierdziło się założenie autorów o wpływie oglądania nagrań własnych sesji na zwiększenie umiejętności zachowań niewerbalnych, zmiana taka zachodziła natomiast przy modelowaniu. Żadna metoda nie prowadziła do zmian na poziomie obrazu siebie (*self-concept*) studentów. Autorzy wskazują, że modelowanie prowadziło do zmian w konkretnych zachowaniach, oglądanie nagrań wideo powodowało jedynie minimalne zmiany w zachowaniu studentów, a odgrywanie ról nie dawało żadnych zmian. Natomiast połączone modelowanie i nagrania wideo owocowało większymi zmianami niż samo modelowanie. Wnioski te wspierają zarówno metodę symulacji jak i pracę z „realnym” klientem.

METODA SYMULOWANEGO KLIENTA A METODA „REALNYCH” KLIENTÓW

W Polsce popularna jest metoda nauczania diagnostyki psychologicznej poprzez kontakt z „realnymi” klientami (RK). Studenci albo samodzielnie wyszukują osoby do badań

w przypadku podstawowych kursów diagnozy osobowości (Zalewski, 2005), albo pracują z osobami zgłaszającymi się do ośrodka psychoterapii w przypadku zaawansowanych kursów klinicznych. Studenci są ściśle superwizowani przez prowadzących, a w drugim przypadku najczęściej prowadzą wywiad w obecności nauczyciela. Niemniej z powodów etycznych praca z RK nierzadko jest utrudniona lub niemożliwa. Całkowicie wykluczone wydaje się wykorzystywanie RK do prowadzenia egzaminów ze studentami, podczas których ta sama osoba miałaby wielokrotnie opowiadać o tych samych swoich trudnościach różnym studentom.

Do nauczania diagnostyki klinicznej pozostają „do dyspozycji” jedynie pacjenci w stabilnym stanie i dobrym kontakcie, a więc tacy, którzy mają możliwości wyrażenia świadomej zgody (*informed consent*) na udział w badaniach (Yudkowsky, 2002). Dodatkowym czynnikiem ryzyka w pracy z RK są predyspozycje indywidualne szkolonych studentów – jak wskazujemy w osobnym artykule (Filipak, Tarnowska i Zalewski, w tym numerze) w szkoleniu znajdują się także studenci, którzy nie mają możliwości (przynajmniej początkowo) nawiązywania dobrego kontaktu z klientem. Postępowanie takich studentów daleko przekracza granice koniecznego dyskomfortu uczestnika badań wobec rodzaju uzyskiwanych informacji. Sposoby samoregulacji emocji studentów bywają raniące dla uczestników konsultacji, a jednocześnie brakuje możliwości wyłączenia z prac wybranych studentów z powodu ich dyspozycyjnych trudności.

PODSUMOWANIE

Jak wskazaliśmy powyżej używanie symulacji rozwiązuje większość problemów logistycznych i etycznych związanych z nauczaniem diagnostyki psychologicznej. Symulant nie opowiada o swoich trudnościach, posiada doświadczenie z wieloma studentami (co sprzyja zewnętrznej atrybucji swoich aktualnych negatywnych stanów, np. przeżywania złości na wyjątkowo nieumiejętnie prowadzącego wywiad studenta) oraz udzielania informacji zwrotnych bezpośrednio studentom. Możliwość wywołania nadmiernego dyskomfortu u osób odgrywających SK jest nieporównanie mniejsze niż wobec realnego pacjenta, czemu sprzyja szereg efektów i czynników psychologicznych związanych z odgrywaniem ról (por. Mróz, 2008). Ponadto metodę SK można dostosować do wielu warunków pracy, szkoląc osoby do odgrywania różnorodnych, także rzadko występujących trudności.

W naszym przekonaniu wykorzystanie procedury SK wymaga dostosowania jej do specyfiki nauczania diagnostyki psychologicznej. Konieczne jest symulowanie nie objawów, a mechanizmu psychopatologicznego, z którego symulant wyprowadza konkretne zachowania. Sądzymy, że do szkolenia symulantów użyteczna jest odpowiednio zmodyfikowana procedura Whiteleya i Jakubowskiego (1969). Dostosowując metodę SK do potrzeb psychologii należy zrezygnować z przeprowadzania tą metodą egzaminów, co szeroko argumentowaliśmy w tekście. Nie

rezygnujemy jednak z oceny samego programu, która odbywać się powinna także przy użyciu testów. Program można będzie uznać za skuteczny, jeśli symulanci będą w stanie odgrywać role wystarczająco dobrze przy racjonalnej długości i kosztach treningu.

LITERATURA

- Adamo, G. (2003). Simulated and standardized patients in OSCEs: Achievements and challenges 1992–2003. *Medical Teacher*, 25, 1, 262–70.
- Bailey, K.G., Dearthoff, P., Nay, W.R. (1977). Students play therapist: Relative effects of role playing, videotape feedback, and modeling in a simulated interview. *Journal of consulting and clinical psychology*, 45, 2, 257–266.
- Barrows, H.S. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Academic Medicine*, 68, 443–451.
- Blake, K.D., Gusella, J., Greaven, S., Wakefield, S. (2006). The risks and benefits of being a young female adolescent standardised patient. *Medical Education*, 40, 1, 26–35.
- Bokken, L., van Dalen, J., Rethans, J.-J. (2006). The impact of simulation on people who act as simulated patients: A focus group study. *Medical Education*, 40, 8, 781–786.
- Collins, R.M.H., Harden, J. (1998). AMEE Medical Education Guide No. 13: Real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Medical Teacher*, 20, 6, 508–521.
- Davidson, K.W., Goldstein, M., Kaplan, R.M., Kaufmann, Knatterud, G.L., Orleans, C.T., Spring, B., Trudeau, K., Whitlock, E.P. (2003). Evidence-based behavioral medicine: What it is and how do we achieve it?. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 3, 161–171.
- Davis, M. (1989). The way ahead: Teaching with simulated patients. *Medical Teacher*, 11, 319.
- Fall, K.A., Levitov, J.E. (2002). Using actors in experiential group counseling leadership training. *Journal for Specialists in Group Work*, 27, 2, 122–135.
- Famuyiwa, O.O., Zachariah, M.P., Ilechukwu, S.T.C. (1991). The objective structured clinical exam in psychiatry. *Medical Education*, 25, 45–50.
- Filipiak, M., Zalewski, B., Tarnowska, M. (2011). *Nauczanie psychologicznej diagnozy klinicznej – przesłanki dla praktyki dydaktycznej*. W tym numerze.
- Gordon, T., Edwards, W.S. (2009). *Rozmawiać z pacjentem. Podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji*. Warszawa: Academica.
- Hanson, M., Tiberius, R., Hodges, B., MacKay, S., McNaughton, N., Dickens, S., Regehr, G. (2002). Adolescent standardized patients: Method of selection and assessment of benefits and risks. *Teaching and learning in medicine*, 14, 2, 104–13.
- Howley, L.D. (2004). Performance assessment in medical education: Where we've been and where we're going. *Evaluation and The Health Professions*, 27, 3, 285–303.
- Klamen, D.L., Yudkowsky, R. (2002). Using standardized patients for formative feedback in an introduction to psychotherapy course. *Academic Psychiatry*, 26, 168–172.
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N.I., Tazeau, Y.N., Miville, M.L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., Benton, S.A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 7, 7250–739.
- Łuszczynska, A., Doliński, D. (2008). Jak przeprowadzać i opisywać eksperymentalne badania psychologiczne: wytyczne CONSORT. *Studia Psychologiczne*, 46, 57–64.
- McLachlan, J. (2006). Meeting the needs of simulated patients and caring for the persons behind them? *Medical Education*, 40, 1, 2–3.
- Mróz, B. (2009). *Osobowość wybitnych aktorów polskich. Studium różnic międzygeneracyjnych*. Warszawa: Scholar.
- Peters, C. (1999). The use of client surrogates in determining the reliability of a standardized assessment instrument in multiple, diverse settings. *Evaluation and Program Planning*, 22, 4, 429–437.
- Pomerantz, A.M. (2003). Who plays the client? Collaborating with theater departments to enhance clinical psychology role-play training exercises. *Journal of Clinical Psychology*, 3, 363–368.
- Rogers, A., Welch, B. (2009). Using standardized clients in the classroom: An evaluation of a training module to teach active listening skills to social work students. *Journal of Teaching in Social Work*, 29, 2, 153–168.
- Sharpley, C.F., Guidara, D., Rowley, M. (2004). Psychometric evaluation of a “standardized client” procedure with trainee counselors. *Counseling Psychology Quarterly*, 7, 69–82.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.
- van der Vleuten, C.P.M., Swanson, D.B. (1990). Assessment of clinical skills with standardized patients: State of the art. *Teaching and Learning in Medicine*, 2, 58–76.
- Wallace, P. (2007). *Coaching standardized patients: for use in the assessment of clinical competence*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Wallach, P.M., Elnick, M., Bognar, B., Kovach, R., Papadakis, M., Zucker, S. (2001). Standardized patients perceptions about their own health care. *Teaching and learning in medicine*, 13, 4, 227–31.
- Whiteley, J.M., Jakubowski, P.A. (1969). The coached client as a research training resource in counseling. *Counselor Education and Supervision*, 9, 19–29.
- Yudkowsky, R. (2002). Should we use standardized patients instead of real patients for high-stakes exams in psychiatry? *Academic psychiatry*, 26, 3, 187–192.
- Zalewski, B. (2005). *Kontrakt*. W: K. Stemplewska-Żakowicz, K. Krejtz, T. Szustrowa (red.), *Wywiad Psychologiczny. Tom 2: Wywiad jako spotkanie z człowiekiem* (s. 102–130). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.