

Nauczanie psychologicznej diagnozy klinicznej – przesłanki dla praktyki dydaktycznej

Maja Filipiak*

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Monika Tarnowska

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Bartosz Zalewski

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

TEACHING PSYCHOLOGICAL CLINICAL ASSESSMENT – PREMISES FOR DIDACTIC PRACTICE

Considerations described in the article refer to an attempt to systematize the use of the real client (RC) method in teaching psychological clinical assessment. The leitmotiv of the analysis is a reflection on the essential demands the future diagnostician meets on the one hand, and the mental situation of an apprentice of clinical assessment on the other. In the first of the above contexts, the RC method is commented on the base of contemporary standards of diagnostic competencies. In the second context, the authors refer to general psychological knowledge about emotional and cognitive constraints of information processing and knowledge about learning mechanisms. In consequence of those considerations, specific postulates about teaching psychological assessment with real client method are formulated as conclusions of this article.

WPROWADZENIE

Opisywane w artykule rozważania dotyczą próby usystematyzowania podejścia do wykorzystania metody realnego klienta (RK) w nauczaniu umiejętności niezbędnych w toku dokonywania psychologicznej diagnozy klinicznej.

Termin „psychologiczna diagnoza kliniczna” odnosi się zarówno do dziedziny nauki i praktyki (por. Sęk, 2010; Stemplewska-Żakowicz, 2009), jak i do procesu postępowania diagnostycznego (patrz np. Kowalik i Brzeziński, 2000; Kowalik, 2010) oraz do efektu tego procesu, jakim może być produkt w postaci pisemnego raportu (patrz np. *Model Guidelines for Assessment Process – GAP* – Fernandez-Ballesteros i in., 2001). Pisząc o nauczaniu diagnozy, mamy na myśli przede wszystkim przybliżanie studentom specyfiki procesu diagnozowania – a zwłaszcza praktyczną naukę postępowania diagnostycznego wraz z etapem konstruowania produktu finalnego.

Formułowane w niniejszym artykule postulaty dotyczące nauczania diagnozy metodą realnego klienta skonstruowane zostały w oparciu o opisywane już w literaturze modele diagnozowania (Fernandez-Ballesteros i in., 2001; Paluchowski, 2006, 2007; Stemplewska-Żakowicz,

2009; Kowalik, 2010), oraz wybraną wiedzę z zakresu psychologii uczenia się, psychologii poznawczej, społecznej oraz psychologii różnic indywidualnych. Są więc efektem integracji wiedzy wypracowanej w różnych obszarach psychologii ogólnej i klinicznej.

ŹRÓDŁA INSPIRACJI DLA SFORMUŁOWANIA POSTULATÓW W ZAKRESIE UŻYWANIA METODY RK

W nauczaniu diagnozy niezbędne wydaje się równoczesne spojrzenie na aktywność diagnostyczną z jednej strony z perspektywy wymagań, jakie stoją przed przyszłym diagnostą, a z drugiej strony – z perspektywy sytuacji mentalnej, w jakiej znajduje się osoba ucząca się diagnozy.

Perspektywa wymagań jest zewnętrznym wobec osoby układem odniesienia służącym monitorowaniu procesu diagnostycznego, rodzajem wytycznych, którymi dysponuje (po ich przyswojeniu) osoba ucząca się diagnozy. Ich charakter wynika z wiedzy zgromadzonej w obszarze diagnozy rozumianej jako dziedzina nauki.

Perspektywa sytuacji mentalnej stanowi bardziej wewnętrzny układ odniesienia. Umożliwia opis procesu dokonywania diagnozy z punktu widzenia wiedzy o mechanizmach psychicznych człowieka zaangażowanych w proces uczenia się. Przyjrzyjmy się kolejno obu perspektywom.

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Maja Filipiak, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa

e-mail: mfilipiak@swps.edu.pl

PERSPEKTYWA WYMAGAŃ

W literaturze z obszaru psychologicznej diagnozy klinicznej znaleźć można wiele propozycji uporządkowania myślenia o procesie diagnostycznym (por. Stemplewska-Żakowicz, 2009). W publikowanych modelach podejmowane są kluczowe dla procesu diagnostycznego zagadnienia, takie jak kontekstowość i funkcjonalność diagnozy, jej naukowość czy kompletność.

A zatem dobrze wyedukowany student musi mieć świadomość tego, jaki typ diagnozy powinien podjąć i na czyj użytek. Na przykład, czy będzie to diagnoza nozologiczna potrzebna jako pomocnicza w diagnostyce medycznej? Czy też będzie to względnie niezależna psychologiczna diagnoza funkcjonalna? Czy w końcu diagnoza psychospołeczna, uwzględniająca szersze, niż intrapsychiczne, spektrum wzajemnych powiązań między jednostką a jej otoczeniem? (Kowalik i Brzeziński, 2000; Kowalik, 2010).

Powinien też bezwzględnie pamiętać o strukturalizowaniu procesu diagnozy – co wnikliwie podejmowane jest w takich propozycjach, jak model Paluchowskiego (2006, 2007), model pięciu punktów Szustrowej (2005), etapy postępowania diagnostycznego (Pasikowski i Sęk, 2010) czy formularz diagnostyczny Trzebińskiej i Filipiak (w przygotowaniu).

Kiedy już ustalony zostanie kontekst i struktura procesu diagnostycznego, niezbędne wydaje się zwrócenie uwagi studenta na to, by wyłonił on adekwatną, możliwie kompletną pulę zmiennych do badania, w oparciu o którą można będzie dokonywać wnioskowania. W uzyskaniu kompletności procesu diagnostycznego, poza wspomnianymi wyżej propozycjami, pomocne mogą być też postulaty psychologii pozytywnej dotyczące postrzegania zdrowia nie tylko przez pryzmat patologii. Postulaty takie pojawiały się w literaturze wcześniej, np. w odniesieniu do diagnozy rozwojowej (patrz np. Ziemiński, 1973), czy funkcjonalnej (Kowalik, 2010). Obecnie jednak, na ich poparcie, oferowane są konkretne: a) modele zdrowia – patrz np. europejski model jakości życia związanej ze zdrowiem (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, za: Oleś, 2010) oraz b) strategię diagnozowania zdrowia – patrz np. propozycja oparta na modelu zdrowia Snydera i współ. (2003), czy strategia „czterech frontów diagnozy” Wright i Lopeza (2009).

To zatem, co naszym zdaniem w uderzający sposób wyłania się jako podstawowe wymaganie wobec studenta stawiającego pierwsze kroki w nauce diagnozowania (aktualne również w odniesieniu do profesjonalnych diagnostów), to konieczność równoległego uwzględnienia w diagnozie wielu perspektyw.

Dobitnie oddaje to sposób definiowania interwencji psychologicznej sformułowany w ramach paradygmatu praktyki psychologicznej opartej na dowodach empirycznych (APA, 2006). W ramach tego podejścia diagnoza psychologiczna wymaga od diagnosty nie tylko biegłości

praktycznej, ale też uwzględniania współczesnej wiedzy empirycznej, szczególnie w nawiązaniu i odniesieniu do indywidualnych właściwości klienta, jego preferencji i kultury, z której pochodzi (tamże).

Przed studentem, a później praktykiem, staje więc zadanie łączenia akademickiej postawy badacza /naukowca (z jej metodologicznym reżimem) z zawodowym motywem pomagania i wynikającą zeń potrzebą znalezienia możliwie prostej i ‘stosowalnej’ odpowiedzi na pytania typu: „jak?”, wynikające z zamówienia konkretnej osoby, pary, czy też grupy (porównaj: Brzeziński i Teopltz-Winiewska, 2010).

Standardowe szkolenie studenta w diagnozie powinno zatem wyposażać go w umiejętności: a) budowania współpracującej relacji z klientem, b) wykorzystywania teorii klinicznych, c) poszukiwania, kumulowania i selekcjonowania dynamicznie rozwijającej się wiedzy zarówno o różnego typu zjawiskach, czy mechanizmach psychologicznych, jak i o praktycznych procedurach pomiarowych oraz interwencjach konstruowanych na potrzeby wprowadzania pro-zdrowotnych zmian, oraz d) wykorzystywania zgromadzonej wiedzy w praktyce. Znajduje to odzwierciedlenie w opisie kompetencji, jakie powinien posiadać diagnosta, by móc profesjonalnie wykonywać zadania diagnostyczne (Krishnamurthy i in., 2004) oraz w postulatach kształcenia klinicystów (patrz np. Hansley, 2007). „Sprawdzianem” dla tak rozległego przygotowania może być umiejętność przeprowadzenia i opisanego procesu diagnostycznego według wytycznych GAP (Fernandez-Balasteros i in., 2001).

W tym miejscu warto podkreślić, że współczesna wiedza empiryczna, którą należy brać pod uwagę, odnosi się także do diagnosty. W licznych publikacjach opisano ograniczenia, jakim podlega przetwarzanie informacji przez diagnostę (np. Stemplewska-Żakowicz, 2009). Niedoskonałość poznawczej analizy danych wiąże się, po pierwsze, z interakcyjnym charakterem relacji diagnostycznej, który może zakłócać wynik procesu diagnostycznego (patrz np. schemat interakcji psycholog – osoba uczestnicząca w badaniu diagnostycznym – Brzeziński, 2010, Brzeziński i Kowalik, 2000), a po drugie – ze specyfiką procesów poznawczych, w tym z ograniczeniami w pojemności pamięci roboczej i tendencyjnością przetwarzania (zależną m.in. od społecznego kontekstu badania).

A zatem, uwzględniając wiedzę o procesach zachodzących w umyśle diagnosty, należałoby na liście oczekiwań wobec studenta podkreślić wymóg autooceny jakości stawianych hipotez, sposobu ich weryfikacji i ostatecznej integracji uzyskanego materiału pod kątem wpływu na powyższe rozmaitych tendencyjności przetwarzania jak np. tendencji do potwierdzenia hipotez, spostrzegania iluzorycznej korelacji, nadużywania myślenia przyczynowo-skutkowego oraz informacji kontekstowych, czy nadmiernej koncentracji na osobie uczestniczącej w diagnozie z marginalnym zainteresowaniem dla jej środowiska społecznego.

PERSPEKTYWA SYTUACJI MENTALNEJ

Z psychologii podstawowej wiadomo, że zarówno czynniki sytuacyjne, jak i osobowościowe, wpływają na efektywność funkcjonowania oraz, że procesy uczenia się przebiegają zarówno na poziomie świadomym, jak i na poziomie automatycznym.

SYTUACJA UCZENIA SIĘ I ZNACZENIE CECH

Udział zmiennych sytuacyjnych i dyspozycyjnych w efektywnym uczeniu wyjaśnić można np. poprzez pokazanie ich znaczenia dla funkcjonowania uwagi i pamięci roboczej oraz związku z tzw. wysiłkiem poznawczym, który oznacza zużycie określonej puli zasobów – a te, jak zakłada się w wielu modelach poznawczych, są ograniczone (patrz np. Kahneman, 1973; Baddeley, 1996).

W tym kontekście łatwo zauważyć, że współczesne standardy wielowymiarowości diagnozy są niezwykle wyzwaniem dla systemu poznawczego, z jego ograniczonymi możliwościami przetwarzania informacji. Im więcej poziomów analizy należy uwzględnić, czy skontrolować podczas prowadzenia badania – tym trudniejsze zadanie.

Oczywiście, dobra wstępna strukturalizacja procesu diagnozy może uczynić zadanie realizowalnym, jednak, w przypadku kształcenia, do puli obciążeń (poza wielością danych i wymiarów do identyfikowania danych) dodać należy zmienne związane z nowością sytuacji i kontekstem roli ucznia, w jakim zadanie to jest podejmowane.

Nowość i złożoność sytuacji na poziomie automatycznym aktywizuje potrzebę domknięcia poznawczego (patrz. Kossowska, 2005). Jeśli za Bar-Talem (Bar-Tal, Raviv i Spitzer, 1999) założyć, że ludzie dyspozycyjnie różnią się nie tylko natężeniem potrzeby domknięcia, ale też poziomem kompetencji, w zakresie zdolności osiągania struktury (*ability to achieve structure*) umożliwiającej regulowanie tej potrzeby, to można przyjąć, że, w przypadku uczenia studentów, odpowiada to za nierządno przez dydaktyków obserwowane dwa zjawiska: a) sprawne domykanie złożonej sytuacji, ale realizowane dzięki powierzchownemu jej przetworzeniu (np. student w trakcie wywiadu może skupić się wyłącznie na technicznym zadaniu, jakim jest wypowiedzenie określonej, przygotowanej wcześniej listy pytań), albo b) „zawieszenie się” mentalne, w wyniku niemożności podjęcia decyzji „co dalej?” Fenomenologicznym odbiciem tego drugiego procesu może być „pustka w głowie”, jakiej doświadczają studenci podczas rozmów z osobami biorącymi udział w badaniu, lub natłok myśli. Konsekwencją pustki jest często wycofanie się z prowadzenia wywiadu i nieme przysłuchiwanie się temu, co badany sam spontanicznie opowiada. Konsekwencją natłoku, z kolei, jest nie słyszenie tego, o czym dalej mówi badany, ponieważ uwaga studenta skupiona jest na treściach monologu wewnętrznego. Zarówno wycofanie się z prowadzenia wywiadu, jak i przedłużające się w trakcie spotkania okresy wzmożonej autokoncentracji skutkować muszą porażką

w budowaniu kontaktu z osobą uczestniczącą w badaniu. Rozdźwięk między standardami, do zrealizowania których dąży student podejmując zadanie praktyczne, a poziomem wykonywania tegoż zadania, jest dla doświadczającej go osoby niezwykle frustrujący. Koszty tak przebiegającej praktyki są zatem dyskusyjne. Wydaje się z tej perspektywy, że zapewnienie studentom treningu w nadawaniu optymalnej (tj. w przetwarzalnym stopniu złożonej) struktury podczas prowadzenia wywiadu i w fazie integracji danych, mogłoby zredukować obciążenia związane z fazą wczesnego praktykowania. Nie od rzeczy wydaje się też zadbanie o aktywizację standardów, konstruowanych na potrzeby ćwiczeń, tak, by student nie porównywał własnych osiągnięć ze standardami mistrzostwa, lecz jasno opisanymi standardami dla danego etapu ćwiczenia się w procesie diagnozy.

Może to stanowić dodatkowe wsparcie dla uczenia tych studentów, którzy na wymiarze przekonania o stałości *vs* zmienności cech (Dweck, 2000; Lachowicz-Tabaczek, 2004, 2009) plasują się w grupie osób przeświadczonych o tym, że ich wyniki są sprawdzianem, i zarazem „wyrokiem” na temat tego, jakimi są/będą diagnostami, ponieważ odzwierciedlają one ich potencjał w tym zakresie, lub też jego brak. Skłonność do takiego interpretowania własnych postępów w nauce mają właśnie osoby przekonane o stałości cech. W ich przypadku, lęk przed oceną, związaną z podjętą edukacją, ma nie tylko kontekst sytuacyjny, ale też dyspozycyjny.

Jeśli praktyczne ćwiczenie procesu diagnostycznego odbywa się z użyciem metody realnego klienta, student dodatkowo doświadcza ekspozycji na realne cierpienie uczestnika badania. Świadomość studenta, że „to się dzieje naprawdę” aktywizuje poczucie realności wpływu własnych dobrych i złych posunięć na rozmówcę, a w konsekwencji – wyższy poziom odpowiedzialności za przebieg spotkania. Względnie łatwo pojawia się w przeżyciach studentów lęk, że mogą rozmówcę skrzywdzić, i tym mocniej odczuwana może być wewnętrzna presja by pomóc, dobrze wypaść przed rozmówcą.

Niezależnie od tego, czy student będzie, czy nie będzie, chciał wykazać się przed sobą, swym rozmówcą czy osobą prowadzącą zajęcia własnymi kompetencjami, fakt, iż jego działania podlegać będą ocenie, stanowić może kolejne wyzwanie budzące poczucie zagrożenia. Ma to znaczenie dla efektywności nauczania. Badania eksperymentalne wykazały, że zarówno sytuacyjnie wzbudzony, jak i dyspozycyjny lęk utrudnia przetwarzanie. W przeduwagowym etapie przetwarzania lęk wpływa na pojawienie się tzw. tendencyjności uwagowej (Wilson i MacLeod, 2003). Polega ona na szybkiej detekcji bodźców zagrażających ze zbioru napływających informacji i skoncentrowaniu na nich uwagi. Można sobie wyobrazić, że, w konsekwencji, kiedy już uświadomimy sobie to, co nasza uwaga automatycznie wyłapała – w grupie jawnie dostrzeżonych bodźców niedoreprezentowane będą bodźce o znaczeniu neutralnym, czy pozytywnym. A zatem wstępne lękowe nastawienie studenta, na zasadzie błędnego koła, zawoocuje wyłapaniem z otoczenia takich bodźców, które

podtrzymają jego lękowe napięcie. Ma to dalsze konsekwencje nie tylko fenomenologiczne. W późniejszym etapie przetwarzania, związanym ze świadomym nadawaniem znaczenia bodźcowi (w tzw. etapie elaboracji), lęk wpływa na pojawienie się istotnych trudności w efektywnym przetworzeniu informacji lękorodnej. Wpływ ten jest dwojaki. Po pierwsze, lęk nasila unikanie skupienia uwagi na zagrażających bodźcach. Po drugie, najprawdopodobniej, utrudnia proces hamowania poznawczego, w konsekwencji czego do pamięci roboczej automatycznie napływają bodźce wewnętrzne (np. sygnały pobudzenia), które stają się dystraktorami dla rozpoczętego procesu analizy znaczenia zagrażającego bodźca (Holas i Brzezicka, 2009). W efekcie, przetworzenie znaczenia tych świadomie dostrzeżonych bodźców na głębokim semantycznym poziomie zachodzi nieefektywnie, co oznacza, że maleją możliwości adekwatnego zinterpretowania sytuacji i zareagowania na nią. Aby zatem uczenie świadome mogło przebiegać efektywnie, należałoby zredukować napięcie lękowe, manipulując warunkami uczenia się.

Jednocześnie warto, oprócz obniżania pobudzenia napięciowego, stymulować pobudzenie energetyczne, związane z pozytywną afektywnością, ponieważ przyspiesza ono przetwarzanie informacji w pamięci roboczej (por. Matthews i Westerman, 1994) oraz ułatwia integrację danych jednocześnie osłabiając fiksację na pierwszych skojarzeniach diagnostycznych (Lsen, Rosenzweig i Young, 1991).

wanego przez Wierzchonia (2009). Wspomniany autor, po przeanalizowaniu literatury z zakresu procesów automatycznych – między innymi koncepcji Rebera, (1976, 1992), Logana, (1988), Barga (1994), Blocka (2007) – proponuje wyróżnienie trzech jakości przetwarzania: automatycznego, jawnego i zautomatyzowanego, oraz trzech wymiarów, na których uwidacznia się odmiennosc wyróżnionych jakości: wysiłkowości, kontrolowalności i świadomości (tamże). Schematycznie przedstawia to Rycina 1.

Odwołując się do paradygmatu zadań podwójnych oraz wykorzystując zadania związane z nauką sztucznych gramatyk, Wierchoń (2009) wykazuje, że niezależnie od naszej woli oraz bez angażowania funkcji kontrolnych centralnego systemu wykonawczego¹, jeśli tylko na około sekundę obejmujemy świadomą uwagę jakąś grupę bodźców, która będzie powtarzać się sekwencyjnie w różnych konfiguracjach, to w efekcie nauczymy się abstrakcyjnych reguł pozwalających przewidywać cykliczność i charakter współwystępowania tych bodźców.

Gdyby nie minimalne możliwości kontroli tego mechanizmu – można by uznać ten sposób uczenia się procesu diagnostycznego za zbawienny. Który student nie chciałby bez wysiłku przyswoić sobie reguły współwystępowania określonych symptomów, generowanych przez mechanizmy psychiczne? Czemu warto, w takim razie, przejmować się niekontrolowalnością mimowolnego uczenia się?

Procesy Wymiary		Procesy automatyczne	Procesy jawne	Procesy zautomatyzowane
wysiłkowość		małe	max.	małe
kontrolowalność		min.	max.	mała
świadomość	fenomenologiczna	min.	max.	duża
	dostępu	min.	max.	mała

Opracowanie własne na podstawie modelu M. Wierzchonia (2009).

Ryc. 1. Procesy przetwarzania

AUTOMATYCZNY I JAWNY POZIOM PROCESÓW UCZENIA SIĘ

Interesującą kwestią wydaje się udział obu poziomów uczenia się w nauczaniu diagnozy. Uczenie jawne jest procesem transparentnym. Studenci standardowo nabywają wiedzę „że”, a następnie przystępują do ćwiczeń przybliżających im perspektywę „jak”. Jaki status ma jednak uczenie nieświadome w kształtowaniu kompetencji diagnostycznych?

By odpowiedzieć na to pytanie, proponujemy sięgnąć do modelu procesów automatycznych i jawnych opraco-

Na automatycznym poziomie aktualizowane są produkty finalne wielu różnych lekcji o świecie, „zaśmiecając” nam napływające informacje. W efekcie uczymy się o mechanizmach osoby uczestniczącej w badaniu zlewa-

¹ Centralny system wykonawczy to pojęcie zaproponowane przez Baddleya (1996). Wg niego to nadrzędny system pamięci roboczej, koordynujący pracę pozostałych (buforu epizodycznego, pętli fonologicznej, brudnopisu wzrokowo-przestrzennego), przydzielający zasoby uwagi podsystemom, selekcyjony informacje wejściowe i aktywizujący informacje przechowywane w pamięci długotrwałej.

jąc identyfikowane informacje z własnymi doznaniem, których świadomie nie dostrzegamy. Tak powstaje nierzetelna diagnoza. Zakłócający wpływ może być, naszym zdaniem, pochodną aktualizacji dyspozycji psychicznych, takich jak np.: styl przywiązania (tzw. *attachment style*) czy tendencja do reagowania lękiem, które właśnie rozumiemy jako wczesnodziecięce produkty uczenia mimowolnego. Znając minimalną możliwość kontroli aktualizacji tych cech w momencie przejmowania przez nie funkcji regulacyjnej w naszym zachowaniu, – np. podczas wywiadu z klientem – warto stwarzać warunki maksymalizujące szanse na świadomą identyfikację ich wpływu na przebieg wykonywanej diagnozy². Pamiętać przy tym należy, że w sytuacji nadmiernego obciążenia pamięci roboczej, związanego z jawnym skupieniem na określonych treściach (np. podczas wywiadu), przetwarzanie automatyczne i zautomatyzowane zyska wyraźnie przewagę, nie tracąc na swojej efektywności. A zatem – im więcej wątków, kontekstów student będzie miał do przetworzenia równocześnie – tym większe prawdopodobieństwo, że możliwości przetworzeniowe jego pamięci roboczej się wyczerpią i automatyzmy zmonopolizują jego funkcjonowanie. W konsekwencji kontekst dla refleksji nad wpływem własnych tendencji będzie miał sens dopiero po odzyskaniu zasobów dla świadomego przetwarzania. W tym kontekście ważne staje się zorganizowanie studentom takich warunków dla prowadzenia i analizy wywiadu, w które wpisana jest możliwość ‘spokojnego’ oglądu własnych tendencji. Samoświadomość jest bowiem narzędziem pomocnym w procesie weryfikowania wpływu naszych automatyzmów (uwarunkowanych poznawczo i emocjonalnie) na stawiane przez nas hipotezy. W efekcie dokonania takiej autorefleksji student nabywać może wiedzy, popartej doświadczeniem, z czym, i w jaki sposób, przychodzi mu się zmagać w sytuacji kontaktu z klientem. To pierwszy krok w stronę opracowywania sposobów radzenia sobie z własnymi schematycznymi reakcjami.

Jak zatem konstruować standardy uczenia praktycznych kompetencji w diagnozie klinicznej, by uwzględniły one wytyczne płynące z opisanych powyżej perspektyw?

W STRONĘ KONKLUZJI

Metoda realnego klienta ma niezwykle potencjał. Wydaje się dostarczać studentom w możliwie największym stopniu wyobrażenia o realności klinicznej pracy diagnosty (więcej na temat porównania tej metody z innymi pisaliśmy w artykule Zalewski, Filipiak, Tarnowska, w tym numerze). Stwarza też okazję do zaistnienia możliwie wielu zjawisk, które współwystępują w realnym procesie

diagnozy, a dzięki temu pozwala na podjęcie wymogu równoległego uwzględniania w diagnozie wielu perspektyw. Są to powody, dla których, naszym zdaniem, warto inwestować w doskonalenie tego narzędzia nauczania.

PRAKTYCZNE PROPOZYCJE DLA NAUCZANIA W OPARCIU O METODĘ RK

Proponujemy, by za podstawowy punkt odniesienia w konstruowaniu specyficznych ram używania RK, uznać postulat redukcji napięcia lękowego studenta, niemal ‘wpisanego’ w tę metodę. Podstawową manipulacją, jaką można zastosować, jest wprowadzenie etapowości nauczania z użyciem RK. Na poziomie studiów magisterskich użycie metody RK mogłoby odbywać się dwustopniowo.

W kroku pierwszym – w kontakcie ze zdrową osobą, która przeżywa aktualnie jakiś problem i jest gotowa, na potrzeby zajęć, opowiedzieć o nim studentowi. Takie zadanie student mógłby podejmować indywidualnie, pod superwizją nauczyciela. Istotne wydaje się w tym kontekście dostarczenie studentowi parametrów doboru osoby, z którą miałby prowadzić wywiad i szczegółowe ustalenia wszystkich aspektów podejmowanego kontraktu. Tu ważne staje się podkreślenie prawa studenta do wycofania się z udziału w ćwiczeniu na dowolnym etapie wywiadu. Manipulacją wspierającą pozytywne, a nie napięciowe, zaangażowanie studenta w realizację tego zadania może być zagwarantowanie studentowi swobody wyboru w podjęciu zadania. Sytuację taką można uzyskać oferując możliwość wyboru innego (mniej angażującego) typu zadania zaliczeniowego. Redukcji napięcia może też służyć przesunięcie obszaru podlegającego ocenie, w ramach rozliczania kursu, z jakości wywiadu, na jakość analizy przeprowadzonej rozmowy i jej potencjału diagnostycznego. Takie rozwiązanie wydaje się jednocześnie motywować studenta do pogłębiania refleksji nad charakterem własnych interwencji podczas wywiadu i przesuwać standard oceny własnego sukcesu/porażki z jakości wywiadu, na jakość analizy. By jednak podczas wykonywania analizy nie polegać wyłącznie na procesach pamięciowych, proponujemy nagrywanie wywiadu. Zabieg ten zwiększa także szanse na rzetelność superwizji.

Aby zoptymalizować zużycie zasobów podczas prowadzenia wywiadu, proponujemy dostarczyć studentom zewnętrzną klarowną strukturę prowadzenia spotkania oraz wskaźniki, po których będą oni mogli rozpoznać, na jakim etapie uzyskiwania danych są w dowolnym momencie rozmowy. Pozwoli to, naszym zdaniem, na odciążenie buforu epizodycznego (Baddeley, 1996). Mając informacje spisane na kartce, nie trzeba sięgać do pamięci długotrwałej w analizie złożonych informacji, ten „zapas” zasobów może więc zostać przesunięty do pętli fonologicznej i przeznaczony na budowanie kontaktu – np. poprzez parafrazy. Dzięki takim rozwiązaniom udźwigniecie dwóch równoległych i wymagających zadań, jakimi

² Zakłócenia przetwarzania można zidentyfikować w kontekście pozyskiwania informacji diagnostycznych (obszar wyodrębniania danych), reagowania na uzyskiwane informacje (obszar budowania kontaktu) oraz przetwarzania treści diagnostycznych (obszar osiągnięcia struktury).

są: budowanie kontaktu i strukturalizowane gromadzenie danych, stanie się bardziej wykonalne.

Ten pierwszy kontakt z metodą RK ma, naszym zdaniem, sens dopiero po przyswojeniu sobie przez studenta podstawowej (deklaratywnej) wiedzy wymaganej jako standard kompetencji diagnostycznych (patrz: Krishnamurthy i in., 2004).

Dopiero w drugim kroku proponujemy użycie metody RK w kontakcie diagnostycznym z osobą poszukującą pomocy (często borykającą się z różnymi zaburzeniami psychicznymi). Na tym etapie proponujemy wzbogacić nauczanie z użyciem RK w technikę modelowania. Takie rozwiązanie wychodzi naprzeciw potrzebie połączenia motywu nauczania z koniecznością rzetelnego przeprowadzenia procesu diagnozy. W tym wariancie szkolenia student mógłby współprowadzić spotkanie diagnostyczne z pacjentem lub oglądać je zza jednostronnej szyby.

W ramach kształcenia po-magisterskiego proponujemy organizowanie absolwentom psychologii systematycznej praktyki w zakresie diagnozy w ośrodku (ambulatoryjnym lub zamkniętym) zajmującym się profesjonalnie pomaganiem ludziom z problemami psychicznymi.

Opisane powyżej postulaty i przykładowe sposoby ich podejmowania nie wydają się rewolucyjne wobec istniejącej praktyki. Mamy jednak nadzieję, że zwiększą możliwości świadomego doskonalenia programów dydaktycznych. Dla nas stały się one inspiracją do pracy nad stworzeniem komputerowego programu dla studentów umożliwiającego trenowanie nadawania struktury danym pojawiającym się w toku wywiadu (zarówno tym płynącym z otoczenia, czyli z ust i obserwacji badanego, jak i tym związanym z procesami wewnętrznymi aktualizowanymi w pamięci roboczej: a) wiedzy o procesie diagnozy, oraz b) świadomości własnych reakcji).

CZY TYLKO RK?

Na zakończenie chcielibyśmy zwrócić uwagę na potencjał wynikający z faktu istnienia uczenia mimowolnego. Naszym zdaniem kwestią najbliższej przyszłości powinno być pojawienie się komputerowo opracowanych programów do trenowania, na poziomie uczenia mimowolnego, reguł pomocnych w prowadzeniu diagnozy, np. trening naturalnej w wywiadzie sekwencji kontakt – struktura itp. Dzięki takim programom, można by, uczyć wyodrębniania reguł współwystępowania objawów u pacjentów. W efekcie student mógłby nabywać kompetencje identyfikowania mechanizmów psychicznych prowadzących do występowania określonych objawów. Jesteśmy przekonani, że dzięki wykorzystaniu takich narzędzi w podstawowym etapie szkolenia studentów, pierwszy kontakt z metodą RK mógłby być istotnie bardziej komfortowy dla obu stron, zarówno dla studenta jak i osoby, która zgodziła się na udział w takim badaniu.

LITERATURA

- APA Presidential Task Force on Evidence – Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Baddeley, A.D. (1996). Exploring the central executive. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 49A, 5–28.
- Barg, J.A. (1994). The four horsemen of automaticity: Awareness, efficiency, intention, and control in social cognition. W: R.S. Wyer, Jr., T.K. Srull (red.), *Handbook of social cognition* (2 wyd. s. 1–40). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bar-Tal, Y., Raviv, A., Spitzer, A. (1999). The need and ability to achieve cognitive structuring: Individual differences that moderate the effect of stress on information processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 33–51.
- Block, N. (2007). *Consciousness, functions, and representation. Collected papers* (t. 1). Cambridge, MA: MIT Press.
- Brzeziński, J. (2010). Psychologiczna diagnoza zdrowia i zaburzeń z perspektywy metodologii badań psychologicznych. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 153–180). Warszawa: PWN.
- Brzeziński, J., Kowalik, S. (2000). Modelujący wyniki badania psychologicznego (diagnostycznego) wpływ osoby badanej (pacjenta) i badacza (klinikisty). W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna* (s. 269–302). Warszawa: PWN.
- Brzeziński, J., Teoplitz-Winiewska, Z. (2010). Model zawodowy psychologa klinicznego. W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Dweck, C.S. (2000). *Self-theories: Their role in motivation, personality, and development*. Philadelphia: Psychology Press.
- Fernandez-Bellesteros, R., De Bruyn, E.E.J., Godoy, A., Hornke, L.F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H., Zaccagnini, J.L. (2001). Guidelines for the assessment process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 187–200.
- Hansley, J. (2007). Training psychologists for evidence-based practice. *Canadian Psychology. Canadian Psychological Association*, 48, 1, 32–42.
- Holas, P., Brzezicka, A. (2009). Uwaga i pamięć w lęku: zniekształcenia na późnych etapach przetwarzania informacji? W: M. Fajowska, B. Szymura (red.), *Lęk. Geneza mechanizmy funkcje* (s. 158–189). Warszawa: SCHOLAR.
- Isen, A.M., Rosenzweig, A.S., Young, M.J. (1991). The influence of positive affect on clinical problem solving. *Medical Decision Making*, 11, 221–227.
- Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. Engelwood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Kossowska, M. (2005). *Umysł niezmienny. Poznawcze mechanizmy sztywności*. Kraków: Wyd. U.J.
- Kowalik, S. (2010). Modele diagnozy psychologicznej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Kowalik, S., Brzeziński, J. (2000). Diagnoza kliniczna. W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna* (s. 213–239). Warszawa: PWN.
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N.J., 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*, 7, 725–739.
- Lachowicz-Tabaczek, K. (2004). *Potoczne koncepcje świata i natury ludzkiej*. Gdańsk: GWP.
- Lachowicz-Tabaczek, K. (2009). Emocje umysłu: rola potocznych koncepcji świata i natury ludzkiej w regulacji percepcji i zachowań. W: M. Kossowska, M. Kofta (red.), *Psychologia poznania społecznego* (s. 245–262). Warszawa: PWN.
- Logan, G.D. (1988). Toward an instance theory of automatization. *Psychological Review*, 95, 4, 492–527.
- Matthews, G., Westerman, S.J. (1994). Energy and tension as predictors of controlled visual and memory search. *Personality and Differences*, 31, 501–606.
- Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie*. Lublin: Wyd. KUL.
- Paluchowski, W.J. (2006). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wyd. Nauk. SCHOLAR.
- Paluchowski, W.J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*. Warszawa: Wyd. Akademickie i Profesjonalne.
- Pasikowski, T., Sęk, H. (2010). Psychologiczna diagnoza kliniczna – etapy postępowania diagnostycznego a wynik diagnozy. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 193–212). Warszawa: PWN.
- Reber, A.S. (1976). Implicit learning and tacit knowledge. *Journal of Experimental Psychology: General*, 118, 219–235.
- Reber, A.S. (1992). An evolutionary context for the cognitive unconsciousness. *Philosophical Psychology*, 5, 33–51.
- Sęk, H. (2010). Psychologia Kliniczna jako dziedzina badań i praktyki, w: H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Snyder, C.R., Lopez, S.J., Edwards, L.M., Teramoto, Pedrotti, J., Prosper, E.C., LaRue Walton, S., Vehige Spalitto, S., Ulven, J.C. (2003). Measuring and labeling the positive and the negative. W: S.J. Lopez, C.R. Snyder (red.), *Positive psychological assessment* (s. 21–39). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.
- Szustrowa, T. (1991). Tematyka wywiadu. W: T. Szustrowa (red.), *Swobodne techniki diagnostyczne* (s. 72–84). *Wywiad i obserwacja*. Warszawa: Wyd. U.W.
- The KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook*. Langereich: Pabst.
- Trzebińska, E., Filipiak, M. (w przygotowaniu). O strukturalizacji psychologicznej diagnozy.
- Wierzchoń, M. (2009). *Koszty poznawcze uczenia się mimowolnego*. Kraków: Wyd. U.J.
- Wilson, E., MacLeod, C. (2003). Contrasting two accounts of anxiety linked attentional bias: Selective attention to varying levels of stimulus threat intensity. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 212–218.
- Wright, B., Lopez S. J. (2009). Widening the diagnostic focus: A case for including human strengths and environmental resources. W: Lopez, S.J., Snyder, C.R. (red.), *Oxford handbook of positive psychology* (2 wyd., s. 71–87). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Zalewski, B., Filipiak, M., Tarnowska, M. (2011). Metoda symulowanego klienta w nauczaniu diagnostyki klinicznej w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18, 1, 1–6.
- Ziemski, S. (1973). *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa: PWN.