K R Ó T K I E R A P O R T Y

ROCZNIKI PSYCHOLOGICZNE / ANNALS OF PSYCHOLOGY
2015, XVIII, 1, 97-102

LIDIA CIERPIAŁKOWSKA
EMILIA SOROKO
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Psychologii

OBLICZA DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO W DIAGNOZIE KLINICZNEJ. KOMENTARZ DO TRZEBIŃSKA I FILIPIAK (2015)

Komentarz porusza zagadnienia dotyczące znaczenia doświadczeń zawodowych dla różnego rodzaju diagnozowania prowadzonego w obszarze psychologii klinicznej. Wpływ doświadczenia zawodowego jest rozumiany szeroko i został odniesiony do postępowania diagnostycznego ukierunkowanego na diagnozę różnicową i strukturalno-funkcjonalną, ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu osobowościowego diagnosty. Poruszone zostały też ograniczenia wynikające z monitorowania skoncentrowanego wyłącznie na procesach poznawczych.

Słowa kluczowe: diagnoza kliniczna, postępowanie diagnostyczne, doświadczenie zawodowe, superwizja kliniczna.

Diagnoza (interpretacja i ocena) kliniczna jest procesem złożonym, a na jej efekty wpływają, zdaniem Trulla i Prinsteina (2013), między innymi: (1) dane o pacjencie pochodzące z zastosowania różnych metod (testów, historii przypadku, obserwacji zachowań; (2) reakcje klinicysty i pacjenta na te dane; (3) cechy klinicysty, takie jak jego struktury poznawcze, preferowane podejście teoretyczne oraz inne; (4) zmienne sytuacyjne, np. związane z miejscem pracy, „modą" na diagnozowanie pewnych zaburzeń psychicznych. Na różnych etapach

Adres do korespondencji: LIDIA CIERPIAŁKOWSKA, EMILIA SOROKO – Instytut Psychologii, Uniwerstytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań; e-mail: Emilia.Soroko@amu.edu.pl

tego procesu, jak podkreśla Butterworth (2006; por. też Berg, 2008), 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. Praktyka psychologiczna oparta na dowodach empirycznych (*evidence-based practice in psychology*), poszukując procedur i algorytmów w diagnozowaniu, znacznie większe znaczenie przypisuje wiedzy *explicite* niż *implicite*, traktując je często jako dwa oddzielne systemy lub wskazując na negatywny wpływ intuicji na rację. Dość rzadko pokazuje się dwie strony intuicji w procesie diagnozowania (co czynią do pewnego stopnia autorki niniejszego artykułu), jeszcze rzadziej podejmuje się kwestie dotyczące umiejętności/procedur rozróżniania przez klinicystów i terapeutów intuicji będącej efektem przeciwprzeniesienia od intuicji będącej szczególnym „aktem twórczym", które nie mają odniesienia do wiedzy *explicite*. W konsekwencji od klinicysty wymaga się biegłości praktycznej, obejmującej konkretne kompetencje z różnych obszarów, tj. wiedzy, ogólnych umiejętności klinicznych, specyficznych umiejętności technicznych, interpersonalnych umiejętności i profesjonalnej oceny, pomijając często zalecenia dotyczące rozwoju osobistego (por. Overholser, 2010). Doświadczenie zawodowe klinicysty, w najlepszym tego słowa znaczeniu, definiujemy jako zdolność do uaktywniania w procesie diagnozowania umiejętności i wiedzy *explicite* oraz umiejętności odróżniania intuicji będącej odzwierciedleniem uaktywnienia się procesu przeciwprzeniesienia od adekwatnego uaktywnienia się wiedzy niejawnej. Sprzeczność wyników badań na temat znaczenia intuicji dla trafności diagnozy pośrednio potwierdza tę tezę lub ją uprawdopodnia.

Wychodzimy z założenia, że każda z trzech typów diagnozy klinicznej: różnicowa, strukturalno-funkcjonalna i epigenetyczna[1] wymaga innego rodzaju biegłości praktycznej, która jest bardzo złożoną i nabywaną przez lata pracy i kształcenia się kompetencją, wymagającą ciągłego poszerzania i pogłębiania wiedzy, doskonalenia różnych umiejętności i osobistego rozwoju diagnosty. Doświadczenie zawodowe, rozumiane jako liczba przepracowanych lat w instytucjach zajmujących się zdrowiem psychicznym, jest jednym z aspektów biegłości, której wpływ na trafność postępowania diagnostycznego zależy od wielu innych zmiennych, między innymi od pewności siebie diagnosty (Overholser, 2010). Nie tylko poszczególne typy diagnozy, ale – zdaniem Groth-Marnata (2003), kolejne fazy diagnozowania – zbieranie danych, ich porządkowanie oraz inter-

[1] Ze względu na złożoność diagnozy epigenetycznej i konieczność stosowania w niej aktualnej wiedzy o przyczynach zaburzeń psychicznych, pominęłyśmy rozważania w tym obszarze; por. więcej: Cierpiałkowska, 2007.

pretacja i wnioskowanie kliniczne, polegające w dużej mierze na integracji danych umożliwiającej stworzenie dogłębnej wiedzy o pacjencie – wymagają od klinicysty innych kompetencji. Rola doświadczenia zawodowego w fazie zbierania danych może różnić się np. w zależności od typu stosowanych metod – w ustrukturowanych ma nieco mniejsze znaczenie niż w nieustrukturowanych, choć i tutaj dane nie są jednoznaczne (Beatty, 1995; Westen i Weinberger, 2004).

Ponieważ nie ma jednej diagnozy klinicznej, zatem klinicysta nie uaktywnia tej samej wiedzy *explicite* i *implicite* w procesie wnioskowania, tego samego sposobu przetwarzania informacji o pacjencie, a nawet tego samego rodzaju zdolności poznawczych i emocjonalnych do monitorowania własnego postępowania. Spośród trzech typów diagnozy klinicznej, z których w artykule omawia się diagnozę różnicową, pominięto analizę dwóch pozostałych, których istotą jest wyjaśnienie tego, co jest u podłoża zdrowia/zaburzenia. Diagnoza różnicowa polega na rozpoznaniu symptomów, czyli znaczących klinicznie zachowań i doświadczeń osoby, następnie odniesieniu ich do opisu (matryca) jednostek klinicznych wyodrębnionych w klasyfikacjach medycznych – ICD i DSM oraz podjęciu decyzji o zdrowiu lub zaburzeniu psychicznym. Diagnosta zbiera dane z poziomu fenomenologicznego, korzystając zarówno z *self-report*, obserwacji, jak i metod testowych. Jak dowodzą klasyczne badania P. E. Meehla oraz ich różne kontynuacje, kliniczna ocena – rozumiana jako intuicyjna, nieformalna agregacja i interpretacja danych – jest gorsza niż ocena wyników testów polegająca na statystycznej analizie, np. aktuarialnej (por. Westen i Weinberger, 2005; Garb, 2010; Paluchowski, 2007).

Kwestia znaczenia doświadczenia klinicznego jeszcze bardziej się komplikuje, gdy uwzględnimy powszechność współwystępowania zaburzeń psychicznych, zwłaszcza tych z osi I i II DSM, oraz konieczność stawiania tzw. podwójnej diagnozy. Wymaga ona od klinicysty zidentyfikowania dwóch różnych kategorii zaburzeń na podstawie uwzględniania informacji o znaczeniu pierwszorzędowym niektórych symptomów dla rozpoznania jednego zaburzenia oraz niepominięcia znaczenia symptomów drugorzędowych, które są często pierwszorzędowe dla drugiego zaburzenia psychicznego. Badania pokazują, że eksperci z minimum 12-letnim doświadczeniem – w przeciwieństwie do nowicjuszy – nie ignorują mniej prawdopodobnych alternatywnych kategorii, ale w dobrze im znanej dziedzinie przeważa u nich wnioskowanie wielokategorialne (Hayes i Chen, 2008), co będzie sprzyjać trafnej diagnozie w mniej jednoznacznych przypadkach.

Diagnoza strukturalno-funkcjonalna ma na celu wyjaśnienie, jakie mają odniesienia i/lub znaczenia owe symptomy w strukturze osobowości, rozumianej

specyficznie w każdym z paradygmatów w psychologii. W diagnozie tej nie tylko opisuje się elementy czy aspekty osobowości, ale przede wszystkim dynamiczne związki między elementami, ze szczególnym zwróceniem uwagi na te mechanizmy, które podtrzymują symptomy i/lub adaptacyjne zachowania. Diagnosta kliniczny koncentruje się także na wskazaniu, pod wpływem jakich znaczących dla jednostki bodźców zewnętrznych uaktywniają się owe mechanizmy patogenetyczne i/lub salutogenteyczne (Sęk i Cierpiałkowska, 2005). Formułowanie takiej diagnozy jest problemem dywergencyjnym, o wielu możliwych rozwiązaniach, w którym znaczącą rolę odkrywa stworzenie spójnych wyjaśnień w języku określonej teorii. W tym typie diagnozy stosowanie testów psychologicznych jest traktowane jako zbieranie danych, których wyniki są raczej źródłem hipotez, a nie końcowym efektem postępowania rozwiązującego problemy diagnostyczne (Groth-Marnat, 2003). Ogromną rolę w diagnozowaniu strukturalno-funkcjonalnym odgrywa łączenie przejawów (sprawozdawanych i obserwowalnych) z teoretycznymi konstruktami, które pozwalają na tworzenie spójnych wyjaśnień wywiedzionych z konkretnego podejścia teoretycznego. Nie tylko kompetencje poznawcze (wiedza, automonitorowanie), ale także osobowościowe (emocjonalne) są potrzebne klinicyście do adekwatnego wiązania manifestacji zewnętrznych (słowa, gesty, zachowanie) z terminami mentalistycznymi, psychologicznymi, wywodzącymi się z teorii w celu podjęcia decyzji o zastosowaniu odpowiedniej interwencji terapeutycznej. Bardzo myląca może okazać się intuicja, gdy w grę wchodzi konieczność rozpoznania u pacjenta silnych pragnień, negatywnych emocji i niezrozumiałych zachowań oraz ich przełożenia na język patomechanizmów wybranej psychologicznej koncepcji. Jednak również nadmierne korzystanie z wiedzy *explicite*, np. postępowanie według dobrze opisanych procedur, może zaprowadzić na manowce – nadmierne poleganie na algorytmizowaniu diagnozowania może bowiem pełnić funkcje obronne u diagnosty, dzięki którym nie musi on dostrzegać tych aspektów psychicznego funkcjonowania pacjenta, które dla diagnosty są osobiście trudne, konfliktowe.

Choć pożądane są praktyki polegające na celowym stosowaniu wiedzy profesjonalnej do rozwiązywania problemów diagnostycznych, to warto przyjrzeć się roli możliwości klinicysty do przekształcania wiedzy *explicite* pod wpływem informacji zwrotnych, w procesie nabywania doświadczenia zawodowego. O doświadczeniu nie decyduje bowiem jedynie czas, jaki upłynął od ukończenia danego etapu edukacji, ale przede wszystkim ekspozycja na różnorodne przypadki kliniczne, krotność tej ekspozycji, zaangażowanie w superwizje zawodowe i osobowościowe dyspozycje do przekształcania uzyskiwanych informacji zwrotnych. W badaniach jakościowych nad znaczeniem tychże informacji w rozwoju

zawodowym psychologów klinicznych zaobserwowano, że doświadczenie kliniczne, rozumiane między innymi jako wielokrotność wykonania konkretnej czynności diagnostycznej, było bezpośrednio powiązane z poczuciem pewności. Klinicyści o średnim poczuciu pewności częściej uwzględniali informacje zwrotne, nawet te potencjalnie zagrażające dla oceny własnego Ja, niż osoby o wysokim poczuciu pewności, które częściej nie brały ich pod uwagę (Eva i in., 2012). Wprawdzie konieczność pracy nad osobistymi problemami jest bardziej podkreślana w przypadku terapeutów, ale odnosi się to także do diagnosty klinicznego, u którego procesy przeciwprzeniesieniowe pozostają w związku z trafnością diagnozowania. Tradycja superwizji klinicznych oraz grup Balinta i Brammera (Brammer i MacDonald, 2003) jest właściwym kontekstem dla rozważań w tym obszarze, które powinny być wzbogacone współczesnymi badaniami.

Monitorowanie procesu diagnostycznego, w który zaangażowany jest klinicysta, jest czymś, czego nie można przecenić. Ma ono jednak co najmniej dwa aspekty: poznawczy (świadomość ograniczeń własnego umysłu wynikających z natury jego funkcjonowania, ekonomii poznawczej itp.) oraz osobowościowy – będący następstwem doświadczeń osobistych, zarówno tych niezwiązanych, jak i związanych z sytuacją diagnozowania. Wpływ stosowania procedury automonitorowania procesu diagnozowania na podstawie Formularza Diagnostycznego na trafność diagnozy ma dość istotne ograniczenia, które wiążą się: (1) ze złożonością postępowania diagnostycznego – nie prowadzi ono jedynie do diagnozy różnicowej; (2) z koniecznością monitorowania nie tylko procesów poznawczych, ale również właściwości osobowych diagnosty i ich wpływu na diagnozowanie.

LITERATURA CYTOWANA

Beatty, P. (1995). Understanding the standarized/non-standarized interviewing controversy. *Journal of Official Statistics, 11*(2), 147-160.

Berg, E. (2008). Clinical practice: Between explicit and tacit knowledge, between dialogue and technique. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 15*(2), 151-157.

Brammer, L. M. i MacDonald, G. (2003). *The helping relationship. Process and skills.* Boston: Pearson Education, Inc.

Butterworth, T. (2006). Foreword. W: L. Golding i I. Gray (red.), *Continuing professional development for clinical psychologists* (s. VII-IX). Oxford: The British Psychological Society and Blackwell Publishing.

Cierpiałkowska, L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: Scholar.

Cierpiałkowska, L. i Sęk, H. (2005). Psychologia kliniczna i psychopatologia – wzajemne zależności. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Eva, K. W., Armson, H., Holmboe, E., Lockyer, J., Loney, E., Mann, K. i Sargeant, J. (2012). Factors influencing responsiveness to feedback: On the interplay between fear, confidence, and reasoning processes. *Advances in Health Science Education. Theory and Practice, 17*(1), 15-26, doi: 10.1007/s10459-011-9290-7

Garb, H. N. (2010). The social psychology of clinical judgment. W: J. E. Maddux i J. P. Tagney (red.), *Social psychological fundations of clinical psychology* (s. 297-311). New York: Guilford Publications, Inc.

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Hayes, B. K. i Chen, T. H. (2008). Clinical expertise and reasoning with uncertain categories. *Psychonomic Bulletin Review, 15*(5), 1002-1007, doi: 10.3758/PBR.15.5.1002

Overholser, J. C. (2009). Clinical expertise: A preliminary attempt to clarify its core elements. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*(3), 131-139, doi: 10.1007/s10879-009-9129-1

Paluchowski, J. W. (2007). *Diagnoza psychologiczna – proces, narzędzia, standardy.* Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Trull, T. J. i Prinstein, M. J. (2013). *Clinical psychology.* Belmont: Wadsworth, Cengage Learning.

Trzebińska, E., Filipiak, M. (2015). Rola doświadczenia klinicznego w diagnozie zdrowia psychicznego. *Roczniki Psychologiczne, 18*(1), 59-76.

Westen, D. i Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist, 59*(7), 595-613, doi: 10.1037/0003-066X.59.7.595

Westen, D. i Weinberger, J. (2005). In praise of clinical judgment: Meehl's forgotten legacy. *Journal of Clinical Psychology, 61*(10), 1257-1276, doi: 10.1002/jclp.20181