

LIDIA CIERPIAŁKOWSKA

HELENA SĘK

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Instytut Psychologii

NAUKOWE I SPOŁECZNE WYZWANIA DLA PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

Artykuł jest próbą refleksji nad aktualnymi zadaniami psychologii klinicznej jako dziedziną nauki i praktyki. Zadania te wynikają ze stałych wymagań rozwoju poziomu naukowego tej dziedziny i rozwiązywania problemów związanych z intensywnymi przemianami społecznymi. Uwzględniono problematykę globalizacji i wynikające z niej dla psychologii klinicznej wyzwania, przedstawiając wybrane koncepcje globalizacji i wzorce reakcji na te przemiany. Uznano, że nurt praktyki opartej na dowodach empirycznych w psychologii jest odzwierciedleniem tych przemian w nauce i praktyce klinicznej. Omówiono pozytywny wpływ tego nurtu na podniesienie standardów praktyki diagnostycznej oraz efektywności psychoterapii, zwracając uwagę na niektóre negatywne konsekwencje uniwersalizacji, zwłaszcza te zagrażające podmiotowości człowieka. Podjęcie i realizowanie tych wyzwań wymaga ściślejszej współpracy badaczy i praktyków, co postulowano na I Krajowej Konferencji Psychologii Klinicznej w 2014 roku.

Słowa kluczowe: teoria i praktyka psychologii klinicznej; globalizacja i kultura; evidence-based practice; nowe wyzwania dla diagnozy i terapii.

Wprowadzenie`

Poziom naukowy psychologii klinicznej jest uwarunkowany tworzeniem własnej teorii, przestrzeganiem założeń metodologicznych i prowadzeniem nowoczesnych badań. Wzajemne relacje między teorią a praktyką stanowią więc

Adres do korespondencji: LIDIA CIERPIAŁKOWSKA – Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 89 AB, 60-568 Poznań; e-mail: lcierp@amu.edu.pl

HELENA SĘK – emerytowany profesor psychologii Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu; e-mail: shecel@amu.edu.pl

stały temat do refleksji i podejmowania nowych zadań. Refleksje te były przedmiotem I Krajowej Konferencji Psychologii Klinicznej po transformacji ustrojowej. Analizując źródła i naturę wyzwań dla psychologii klinicznej w XXI wieku, uwzględniono kluczowe momenty jej rozwoju w minionym pięćdziesięcioleciu, które zdecydowały o jej podstawach teoretycznych i tożsamości.

W artykule rozważamy tezę, że najważniejsze problemy w zakresie zdrowia psychicznego jednostki i kondycji psychicznej mieszkańców wielu krajów związane są z zachodzącymi na różnych płaszczyznach procesami globalizacji i zachowania tożsamości narodowej i kulturowej. W nauce zaś procesy globalizacji wydają się znajdować odzwierciedlenie w ideach nurtu praktyki opartej na dowodach empirycznych (*evidence-based practice*, EBPP). Na początku lat 90. Gordon Guyatt (1991; za: Spring, 2007) użył określenia „medycyna oparta na dowodach empirycznych” (*evidence-based medicine*, EBM), wskazując na konieczność uwzględniania przede wszystkim wyników badań naukowych, a nie – jak dotąd – klinicznych dla uzasadnienia decyzji wyboru procedury leczenia konkretnego pacjenta. Model *evidence-based practice* w praktyce psychologicznej (EBPP) został oficjalnie zarekomendowany w 2005 roku przez zespół ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA, 2006). Od tego czasu *evidence-based practice* w psychologii, podobnie jak w medycynie (Rzepiński, 2013), używana jest w dwóch różnych znaczeniach. Po pierwsze, może oznaczać pewien sposób uprawiania przez psychologa praktyki klinicznej w zakresie diagnozy i terapii. Działania w tym obszarze możemy ocenić jako te, które spełniają lub nie spełniają kryteriów *evidence-based*, wskazując, w jakim stopniu decyzje diagnostyczne i terapeutyczne psychologa, mającego odpowiednie umiejętności i doświadczenie kliniczne, odwołują się do najlepszych wyników badań naukowych, uwzględniających ważne dla pacjenta wartości i preferencje (APA, 2006, s. 273). Po drugie, może odnosić się do ogólnej koncepcji *evidence-based*, w ramach której formułuje się założenia i ustala reguły oceny wiarygodności konceptualizowania diagnozy oraz reguły mocy dowodzenia różnych badań nad skutecznością psychoterapii w konkretnych zaburzeniach psychicznych. W takim ujęciu EBP staje się nową, ponadparadygmatyczną koncepcją, którą uznajemy za przejaw tendencji do globalizacji reguł oceny wiarygodności i jakości działań diagnostycznych i terapeutycznych w psychologii, niosącej za sobą zarówno pozytywne, jak negatywne konsekwencje dla nauki, a także praktyki klinicznej.

Idee i założenia leżące u podstaw prowadzonych w nurcie EBP badań, które miały sprostać kryteriom jak najwyższej trafności wewnętrznej i zewnętrznej, wzbudzały ogromne nadzieje, jednakowoż sposoby instytucjonalnego i jednost-

kowego ich wykorzystania w praktyce klinicznej przyniosły nie tylko pozytywne efekty. Badania te służyć miały przede wszystkim podnoszeniu jakości usług medycznych i uniwersalizacji standardów leczenia pacjentów chorych somatycznie i cierpiących z powodu różnych zaburzeń psychicznych. W medycynie i psychologii klinicznej dzięki ideom EBP wystandardyzowano wiele procedur postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w wypadku różnych chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych. Okazało się jednak, że zjawisko uniwersalizacji usług diagnostycznych i terapeutycznych w zakresie zdrowia psychicznego może spowodować, podobnie jak to ma miejsce w medycynie, pewne negatywne konsekwencje dla pacjentów i efektów leczenia.

W artykule przedstawiamy psychologię kliniczną jako naukę i praktykę społeczną, z uwzględnieniem znaczenia EBP dla konceptualizowania zdrowia psychicznego. Koncentrujemy się na pokazaniu zjawiska globalizacji nie tylko jako społecznego kontekstu wpływającego na kształtowanie zdrowia psychicznego jednostki i grup społecznych, ale próbujemy też wskazać na zastosowanie procedury *evidence based practice* dla stworzenia uniwersalnego modelu opisującego i wyjaśniającego uwarunkowania i mechanizmy zdrowia psychicznego. Analizujemy pozytywne i negatywne konsekwencje przenoszenia wyników badań nurtu *evidence based* do praktyki klinicznej, zwłaszcza uniwersalizacji postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.

Teoria i praktyka psychologii klinicznej

Tradycyjnie psychologia kliniczna, podobnie jak inne dyscypliny psychologii stosowanej, jest ujmowana jako dziedzina badań i praktyki społecznej pozostająca w bezpośrednich związkach z osiągnięciami różnych obszarów psychologii naukowej (Lewicki, 1969; Sęk, 2000; Brzeziński, 2014a). Współcześnie w nurcie EBP przyjmuje się perspektywę, że klinicysta jest badaczem i praktykiem, który teorie psychologiczne i wyniki badań przekłada na praktykę i odwrotnie, jego praktyka staje się źródłem nowych badań i koncepcji wyjaśniających uwarunkowania zdrowia psychicznego i skutecznej terapii. Przedmiotem psychologii klinicznej jest opis zdrowia oraz zaburzeń psychicznych, wyjaśnienie intrapsychicznych mechanizmów utrzymywania się zdrowia i zaburzeń stosownie do założeń psychologicznych teorii i wyników badań nad naturą człowieka, a także wskazanie na uwarunkowania tych mechanizmów, w kontekście wiedzy o znaczeniu czynników biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych. Wiedza ta jest podstawą dla postępowania diagnostycznego psychologa klinicznego oraz stanowi przesłanki do formułowania założeń o skutecznych procedu-

rach pomocy psychologicznej, w postaci działań prewencyjnych lub psychoterapeutycznych.

Powszechne jest stanowisko, że psychologia jako nauka ma charakter globalny i w odróżnieniu od poznania pozanaukowego, co podkreśla Brzeziński (2014a), odwołując się do twierdzeń Ajdukiewicza, jest dyscypliną intersubiektywnie komunikowalną i sprawdzalną. Choć kwestie metodologii gromadzenia wiedzy w psychologii nie budzą większych kontrowersji, to nie ma zgody co do tego, czy jest ona nauką uniwersalną, czyli czy wyjaśnia funkcjonowanie człowieka ponad kontekstem społeczno-kulturowym. Jedni akademicy widzą ją jako dyscyplinę gromadzącą wiedzę dalece ponadkulturową i ponadwyznaniową (Łukaszewski, 2014), inni jako bardziej lokalną, bo pochodzącą z badań prowadzonych w konkretnym czasie oraz kontekście społecznym i kulturowym (Grzelak, 2014), a pozostali – jako dyscyplinę w różnym stopniu obciążoną czynnikiem kulturowym i narodowym (Brzeziński, 2014a, 2014b). Uniwersalna jest metodologia badań w psychologii, bardziej lokalne zaś są badania nad zdrowiem psychicznym jednostki czy społeczności lokalnej.

Zagadnienia globalności i uniwersalności w psychologii klinicznej są rozważane zarówno na poziomie opisowym, jak i wyjaśniającym źródła ludzkich doświadczeń czy zachowań. W psychopatologii dominuje podejście uniwersalistyczne, ponieważ wskazuje się, że zaburzenia psychiczne, np. psychozy, zaburzenia osobowości czy zaburzenia nastroju, występują w całej populacji. W każdej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, na przykład w aktualnie obowiązujących ICD-10 (WHO, 1997) i DSM-5 (APA, 2013), podkreśla się, że systemy te mają charakter uniwersalny i ponadkulturowy. Jednocześnie te same klasyfikacje zawierają aneksy, w których prezentuje się specyficzne zaburzenia psychiczne, ściśle powiązane z konkretnym kręgiem społeczno-kulturowym i występującymi tam wierzeniami, np. zaburzenie lękowe *koro* (kultura chińska, Indonezja, Malezja, Tajwan) czy *taijin kyofusho* (Chiny, Japonia, Korea) (WHO, 1997, ICD-10).

Na poziomie wyjaśniającym uwarunkowania rozwoju zdrowia psychicznego człowieka psychologia kliniczna, podobnie jak psychologia rozwoju i osobowości, bazuje na fundamentalnym założeniu, że jest on wynikiem działania (interakcji) czynników biologicznych i specyficznych czynników społeczno-kulturowych. W świetle procesów globalizacji i uniwersalizacji kultury niepodważalna dotąd teza o relatywizmie społeczno-kulturowym w rozumieniu zdrowia i zaburzeń psychicznych powinna być w psychologii ponownie skonceptualizowana. W skrajnie uniwersalistycznym modelu biologicznym uwarunkowań zaburzeń wpływ kultury na zdrowie psychiczne jest znacząco minimalizowany. Natomiast skrajnie relatywistyczny punkt widzenia zakłada, że wpływy kultury są widoczne

nie tylko w różnych symptomach zaburzeń psychicznych, ale też w kształtowaniu się patomechanizmu, zaburzenia, które mogą być uwarunkowane głównie przez specyficzne środowiska społeczno-kulturowe. Oba podejścia zaowocowały nieco inną metodologią badań, procedurami i narzędziami badawczymi (Stypuła, 2012). Jeśli przyjmiemy, że globalizacja to uniwersalizacja zjawisk różnych wymiarów rzeczywistości, czy to oznacza, że znosi ona konieczność ustalania specyficznego, zindywidualizowanego wpływu czynników społecznych i kulturowych na rozwój struktury psychicznej jednostki? Czy raczej podejście globalistyczne proponuje nową perspektywę w rozumieniu znaczenia czynników społeczno-kulturowych w rozwoju zdrowia psychicznego? Pytania te są przedmiotem poniższych rozważań.

Kontekst kulturowy i procesy globalizacji – wybrane zagadnienia z perspektywy psychologa klinicznego

Procesy globalizacji przenikają sfery życia grup i jednostek. Powodują unifikację i współzależność procesów ekonomicznych, politycznych i społeczno-kulturowych w skali światowej. Przemiany te mogą mieć charakter pozytywny i negatywny. Do pozytywnych zjawisk zalicza się tworzenie warunków dla twórczego dynamizmu, mobilności, możliwości konkurowania i kooperacji oraz szybkiego upowszechnienia nowych odkryć w dziedzinie nauki i techniki, systemów informacji i szybkości komunikowania się oraz szerokiego dostępu do wiedzy za sprawą ciągle doskonalącego się Internetu. Te zmiany stymulują rozwój sfer poznawczych i niektórych kompetencji człowieka (Friedman, 2000). Negatywne wpływy globalizacji analizuje się między innymi w ramach koncepcji szoku kulturowego i jego konsekwencji (Nieman, 2011).

Procesy globalizacji stały się też przedmiotem rozważań w pracach psychologicznych. Może to polegać na modyfikacji istniejących koncepcji – poprzez wprowadzanie zjawisk globalizacyjnych do myślenia o wzorcach reakcji człowieka na tendencje uniwersalistyczne w ekonomii, polityce, ekologii, języku, kulturze oraz indywidualnym samoregulacyjnym rozwoju tożsamości i stylu życia człowieka, które cechują się dodatkowo wysokim potencjałem unifikacji i zobowiązania (por. Bandura, 2001, 2002; Kowalik, 2015a, 2015b; Oleszkowicz i Senejko, 2013; Oleś, 2011; Salzman, 2001; Wosińska, 2007). Niektórzy autorzy proponują nowe pojęcia i koncepcje teoretyczne, umożliwiające przedstawienie relacji, jakie zachodzą między zmianami organizacji życia społecznego a wzorcami reakcji psychologicznych. Kowalik (2015a) uważa, że należałoby ujawniać nowe wzajemne oddziaływania bytu makrosocjalnego, jakim jest globalizacja,

i bytu jednostkowego. W tym celu proponuje nowe pojęcie kontekstu, które – w odróżnieniu od środowiska – wymaga uwzględnienia działania człowieka – czyli kontekst działania typu praca, edukacja, życie rodzinne, rekreacja itp. Jeszcze bardziej kluczowe i ważne dla psychologa klinicznego jest pojęcie kontekstualizacji. Jego podstawową funkcją jest nadanie znaczenia własnemu postępowaniu w kategoriach swobody wyboru i utrzymania kierunku własnego działania w odniesieniu do rozpoznanych zewnętrznych warunków makrospołecznych (Kowalik, 2015a, s. 25). Takie rozumienie jest zgodne z koncepcją samoregulującej się podmiotowości człowieka odniesionej do globalizacji, jakie zaproponował Bandura (2001).

Wstępną analizę tych zjawisk można oprzeć na typach ocen, jakie ludzie przypisują różnym wymiarom globalnej unifikacji. Należy jednak brać pod uwagę zarówno oceny pozytywne, negatywne, jak i ambiwalentne (Oleszkowicz i Senejko, 2013; Łoś i Senejko, 2013). Poniższa próba uwzględnia te oceny i różne konsekwencje behawioralne.

1. Pozytywna ocena i akceptacja przemian globalizacyjnych może generować dwie formy: a) wzorzec identyfikowania się z ideami globalizacji, z jednoczesnym odrzuceniem lub zaprzeczeniem własnej tożsamości kulturowej, oraz b) wzorzec równoważenia idei globalizacji i wartości lokalnych i indywidualnych.

1a. Wzorzec ten występuje prawdopodobnie w grupach osób, które są beneficjentami korzystnych zmian w wielu sferach życia (dobrobytu, wolności, sukcesu, mobilności i pełnego korzystania z wartości neoliberalnych). Ten pozytywny wzorzec reagowania może być jednak pozorny, gdyż z czasem mogą się pojawiać osłabienie bliskich więzi społecznych w rodzinach, grupach przyjacielskich i społecznościach lokalnych. Nadmierna identyfikacja z ogólnymi systemowymi wymaganiami globalizacji może też prowadzić do osłabiania stabilnego poczucia własnej tożsamości i poczucia kreowanego sensu życia. U osób zaangażowanych w radzenie sobie z wyzwaniami procesów globalizacyjnego ładu społecznego może też wystąpić zjawisko autoeksploatacji posiadanych zasobów podmiotowych i rezygnacja z działań nastawionych na wszechstronny rozwój.

1b. Wzorzec równoważenia, z tendencją do rozwiązywania konfliktu między uniwersalizacją a wartościami lokalnej kultury i podmiotową samoregulacją, występuje u osób, które integrują w ocenach swoich wartości globalistyczne z wartościami lokalnego kontekstu społeczno-kulturowego. Są to prawdopodobnie ludzie racjonalno-realistyczni, pragmatyczni, skuteczni w realizacji podmiotowych i prospołecznych celów życiowych. Jednocześnie chronią bliskie więzi rodzinne i przyjacielskie, dbają o rozwój zasobów emocjonalnych i zaradczych oraz o poczucie sensu życia.

Wzorce pozytywnego reagowania na uniwersalizację życia są słabo rozpoznane. Może to wynikać też stąd, że zdecydowana większość koncepcji i badań w psychologii klinicznej analizuje negatywne konsekwencje.

2. Negatywna ocena przemian globalizacyjnych może przyjąć także dwie formy: a) wzorzec negacji i sztywnej obrony lokalnych, tradycyjnych wartości oraz b) wzorzec negacji i walki z tendencjami globalistycznymi.

2a. Wzorzec obrony *status quo* może przyjmować różne formy unikania konfrontacji z globalizacją; może to być pielęgnowanie tradycyjnych rytuałów życia rodzinnego, religijnego czy towarzyskiego z tendencjami do autowykluczania się z zachodzących przemian. Tym tendencjom mogą towarzyszyć procesy wykluczania zewnętrznego. Konsekwencją mogą być poczucie braku adekwatności, zrozumienia i pokrzywdzenia, resentymenty, poczucie zagrożenia, samotność itp.

2b. We wzorcu negacji i walki z tendencjami globalistycznymi będzie dominować bunt i różne formy sprzeciwu i agresji. Wzorzec ten zaobserwowano przede wszystkim u osób młodych, poszkodowanych socjoekonomicznie, doświadczających silnej frustracji i bezradności wobec systemu (np. niesprawiedliwości i krzywdy). W klimacie neoliberalnych zmian społecznych i globalnej gospodarki rynkowej pojawia się liczna grupa dobrze wykształconych osób, które nie mają stałej pracy, nie mogą wykonywać zdobytego zawodu i nie mają dostępu do gwarantowanych przez państwo przywilejów i zabezpieczeń zdrowotnych, emerytalnych itp. To „prekariusze” (Standing, 2014), którzy doświadczają braku tożsamości związanej z pracą i braku przynależności do solidarnej społeczności pracowniczej. Brak stałej pracy i bezpieczeństwa egzystencjalnego rodzi różne negatywne konsekwencje społeczne i zdrowotne. Frustracja rozpoczętych działań budzi złość i agresję, skłonność do protestów i podatność na działania populistyczne i nacjonalistyczne.

Odwołując się z kolei do tezy o znaczeniu procesu globalizacji nie tylko dla problemów stawianych przed badaczami, ale także wpływu tego zjawiska poprzez nurt EBP na teorię i praktykę kliniczną, sięgnęliśmy do dwóch przykładów. Pierwszy ma zobrazować, jak w podejściu poznawczo-behawioralnym konceptualizuje się zjawisko zmagania się jednostki z procesami globalizacji; drugi – jak wykorzystuje się zalecenia EBP jako nurtu propagującego pewien idealny wzorzec tworzenia modeli psychologicznych wyjaśniających uwarunkowania, np. zdrowia psychicznego, dla rozwiązywania problemów społecznych.

Wymaga to jednak uzasadnionego wyboru lub tworzenia konstruktów teoretycznych w ramach orientacji psychologicznej, dotyczących uwarunkowań i mechanizmów leżących u podłoża wzorców zachowań w konfrontacji z wymaganiami globalizacji. Próbę taką podjął wspomniany wyżej Bandura (2001, 2002).

Proponuje on uwzględnienie w koncepcjach poznawczo-behawioralnych i samo-regulującej się podmiotowości (*agency*) taką „zmianę twarzy psychologii” (Bandura, 2001, s. 12) w dobie globalizacji, która umocniłaby najbardziej humanistyczną tendencję motywacji i zachowania człowieka, jaką jest zachowanie podmiotowej kontroli nad swoim życiem i działaniem. Analizuje w związku z tym aktywność edukacyjną, pracy oraz styl życia związany ze zdrowiem. Jako czynniki ryzyka patologii rozwoju wymienia wzrost przypadku i zjawisk incydentalnych w życiu, wpływ Internetu i erozję intymności. Kładzie akcent na samoregulację w radzeniu sobie ze stresem globalizacji, która sprzyja kształtowaniu się i rozwijaniu tendencji proaktywnych i ogólnych zasobów odpornościowych, takich jak *resiliency*, i pozytywnych emocji. Ta paradygmatyczna propozycja wymaga dalszej pracy teoretycznej i badawczej, aby spełniać warunki EBP.

Próbie stworzenia nowego modelu czy koncepcji psychologicznej na podstawie procedury badawczej wywodzącej się z zaleceń EBP zaproponował też zespół psychologów zdrowia z Wielkiej Brytanii (Michie i in., 2005). Zastosowana przez nich procedura miała zapewnić wysoką trafność wewnętrzną i zewnętrzną tworzonego modelu uwarunkowań zdrowia jednostki na podstawie osiągniętego konsensusu między teoretykami, badaczami i praktykami. W programie uczestniczyło 18 znanych badaczy mechanizmów zmiany zachowań zdrowotnych, 13-osobowa grupa oceniająca serwis opieki zdrowotnej oraz 30-osobowa grupa praktykujących psychologów zdrowia. Grupa teoretyków tworzyła obszary wiedzy na temat zachowań zdrowotnych i konstrukty teoretyczne. Następnie oceniała ich wzajemne relacje oraz wagę dla tematyki interwencji zmiany zachowań zdrowotnych. W efekcie tych prac koncepcyjnych powstało 17 kluczowych konstruktywów, pochodzących z 33 psychologicznych teorii. Interdyscyplinarny zespół i grupa praktyków oceniali przydatność tych konstruktywów do badań zgodnych z EBP w opiece zdrowotnej. Grupa teoretyków i badaczy opieki zdrowotnej operacjonalizowała te konstrukty i tworzyła pytania do wspólnego kwestionariusza, który stanowił podstawę do badań pilotażowych i standaryzacyjnych.

Wyzwania dla psychologii klinicznej w obszarze diagnozy i psychoterapii

Podczas dyskusji na zjazdach PTP i na krajowych konferencjach naukowych wielokrotnie poruszane były kwestie koncentrujące się na trzech ważnych problemach: (1) niskim poziomie wiedzy i standardów zawodowych psychologów posługujących się testami psychologicznymi oraz niskim poziomie oczekiwań względem parametrów psychometrycznych, jakie powinny spełniać narzędzia

psychologiczne (Paluchowski, 2010), (2) niskim poziomie respektowania standardów prowadzenia psychoterapii zgodnie z wymaganiami konkretnych szkół terapeutycznych, co powoduje, że na polskim rynku, w najlepszym razie, dominują różne „autorskie” terapie integracyjne (Szymańska, Dobrenko, Grzesiuk i in., 2014) oraz, w konsekwencji, (3) konieczności powołania zespołów ekspertów działających przy różnych instytucjach, które zajęłyby się inicjowaniem projektów badawczych w zakresie diagnozy i terapii oraz propagowaniem standardów zawodowych i etycznych psychologów różnych specjalności (Brzeziński, 2014c; Cierpiałkowska i Sęk, 2015).

W psychologii najczęściej wyodrębnia się trzy typy diagnozy klinicznej: diagnozę różnicową, strukturalno-funkcjonalną i epigenetyczną (Brzeziński i Kowalik, 2000; Sęk, 2000; Cierpiałkowska, 2007). Ponieważ nie ma jednej diagnozy klinicznej, dlatego nie możemy odwoływać się do jednego sposobu konceptualizowania przypadku, a co za tym idzie – do tych samych zasad i kryteriów wiarygodności diagnozy.

Generalnie diagnoza ma albo bardziej opisowy charakter, i wówczas zazwyczaj przedstawia bądź w kategoriach psychologicznych, bądź w psychopatologicznych funkcjonowanie jednostki w różnych sferach życia (*case assessment*), albo bardziej wyjaśniający, i wtedy skupia się na objaśnieniu, zgodnie z wybranym paradygmatem w psychologii, intrapsychicznych procesów i mechanizmów salutogenetycznych lub patogenetycznych (*case formulation*), które podtrzymują bardziej adaptacyjne bądź dezadaptacyjne zachowania. Konceptualizacja przypadku stanowi podstawę planowania terapii. Jak pokazują badania Groenier, Pieters, Hulshof, Wilhelm i Witteman (2008), psychologowie kliniczni znacznie rzadziej formułują diagnozę wyjaśniającą, niż się wydawało, zwłaszcza w kontekście podejmowania decyzji o planowanej terapii. Kiedy podejmują się takiego działania, to często w mniej skomplikowanych przypadkach, dla których dostępne są empiryczne dowody na temat efektywności różnych programów leczenia (Groenier, Pieters, Witteman i Lehmann, 2013). Stąd wyzwaniem dla psychologii klinicznej jest poznanie oraz ustalanie reguł i sposobów tworzenia diagnozy wyjaśniającej.

Badania nad trafnością i rzetelnością diagnozy różnicowej i strukturalno-funkcjonalnej, zwłaszcza w kontekście narzędzi badawczych, były prowadzone przed pojawieniem się idei EBP. Jakkolwiek diagnozowanie jest czymś więcej niż stosowanie technik pomiaru różnych cech i właściwości pacjenta, jednak najwięcej uwagi w modelu diagnozy opartej na dowodach poświęca się trafności, rzetelności i standaryzacji narzędzi badawczych. Wyznaczając kierunki rozwoju EBA w psychopatologii dorosłych, Hunsley i Mash (2005) wskazali między in-

nymi, że właściwości psychometryczne narzędzi nie mają charakteru bezwzględnego, ale zmieniają się w zależności od grupy klinicznej, kontekstu i celu badania. Dlatego niektóre z nich są bardziej wiarygodne dla badań przesiewowych, inne zaś do diagnostyki, planowania lub monitorowania leczenia (Soroko, 2016). Współcześnie, podobnie jak w medycynie, dzięki badaniom prowadzonym zgodnie z założeniami EBA, rekomenduje się konkretne techniki i strategie diagnostyczne do oszacowania poszczególnych zaburzeń psychicznych, np. zaburzeń osobowości (Widiger i Samuel, 2009), zaburzeń lękowych (Antony i Rowa, 2005), zespołu stresu potraumatycznego (Speroff i in., 2012) czy uzależnienia od alkoholu (Maisto i Connors, 2007). Procedury te i narzędzia były przydatne do czasu pojawienia się ostatniej wersji DSM 5 (APA, 2013), która przyniosła ogromne zmiany co do kryteriów diagnostycznych niektórych zaburzeń psychicznych. Okazało się, że wprowadzenie nowych kategorii zaburzeń psychicznych i zachowania oraz wykorzystanie modelu hybrydowego, dymensjonalno-kategorialnego, np. w klasyfikowaniu zaburzeń osobowości, wymaga zrewizowania procedur i narzędzi diagnostycznych (Cierpiałkowska i Soroko, 2014; Miller, Few, Lynam i McKillop, 2015). Jest to zapewne największe wyzwanie, jakie stoi przed EBA, tym bardziej że publikacje na temat nowej wersji ICD 11 (iCAT, 2011), która ma się niebawem pojawić, wskazują, że wzoruje się ona na niektórych rozwiązaniach zaproponowanych w DSM 5 (APA, 2013). Podejście dymensjonalne w psychopatologii stawia niebagatelne wyzwanie przed badaczami, polegające na stworzeniu wystarczająco zalgorytmizowanych i wiarygodnych procedur postępowania w diagnozie różnicowej; tym bardziej że wśród pacjentów dominują osoby z podwójnym rozpoznaniem, cierpiące z powodu dwóch lub więcej zaburzeń psychicznych. Zalgorytmizowane działania, przynajmniej potencjalnie, stwarzają niebezpieczeństwo pominięcia nie pasujących do algorytmu indywidualnych cech pacjenta.

Ogromnym wyzwaniem dla EBA jest sformułowanie reguł konceptualizowania klinicznej strukturalno-funkcjonalnej diagnozy paradygmatycznej na etapie kwalifikowania osoby do terapii i na różnych etapach jej trwania. Diagnozowanie to obejmuje proces i efekty terapii, a jego istota polega na nieustannym ponawianiu oceny zmiany u pacjenta, jej istotności dla osiągnięcia wspólnie ustalonego w kontrakcie efektu. Ma charakter ciągłej oceny trafności kolejnych interwencji i odpowiedzi pacjenta na te interwencje, które są oceniane jako istotne lub nieistotne klinicznie z punktu widzenia ważnych celów terapeutycznych ukierunkowanych na zdrowie psychiczne. Interwencje terapeutyczne są pewnym wariantem konkretnej strategii terapeutycznej realizowanej podczas jednej sesji, które konstytuują całą procedurę terapeutyczną realizowaną na kolejnych eta-

pach postępowania terapeutycznego. O ile nie brakuje rekomendacji, między innymi przez EBP, całościowych modeli postępowania diagnostycznego, które obejmują kolejne etapy diagnozowania, najczęściej od zgłoszenia problemu przez osobę po sprawdzenie efektywności interwencji psychologicznej po jej zakończeniu, np. model integracyjny Fernández-Ballesteros i współpracowników (2001) czy modele integracyjne i paradygmatyczne Ingram (2006), to trudno wskazać, poza pewnymi próbami w postaci opisów sesji terapeutycznych, model diagnozowania procesu terapii w kontekście konkretnych interwencji i strategii oddziaływania.

W każdym typie postępowania diagnostycznego, obok danych o pacjencie i kontekście diagnozy, uwzględnia się reakcję klinicysty na pacjenta i wyniki uzyskanych przez niego badań (np. świadome i nieświadome reakcje) oraz jego kompetencje (np. w posługiwaniu się narzędziami) i cechy (np. preferowane podejście teoretyczne, struktury poznawcze, zdolność do samomonitorowania i samokontroli) (Trull i Prinstein, 2013; Cierpiałkowska i Soroko, 2015). Pomimo przekonania klinicystów o znaczącym, pozytywnym wpływie doświadczenia klinicznego na trafność diagnozy, wyniki metaanaliz pokazują, że wielkość tego efektu wynosi od $d = 0,12$ (Spengler i in., 2009) do $d = 0,15$ (Spengler i Pilipis, 2015). Nie jest to zbyt duży efekt w kontekście innych czynników, których znaczenia dla trafności diagnozy do końca nie znamy. Okazało się, że pomimo wprowadzenia w ostatnich latach różnych zmian i udoskonaleń w szkoleniu psychologów klinicznych, zaobserwowano wysoką stałość zarówno wielkości, jak i zmienności tego efektu od 1999 roku. Przyczyny tego zjawiska mogą być różne i nie są zbyt dobrze poznane, ponieważ niewiele wiemy o procesie i regułach powstania w umyśle diagnosty empiryczno-teoretycznego modelu pacjenta.

Aktualne badania wskazują, że szczególne znaczenie dla wiarygodności diagnozy mogą mieć dwie grupy czynników. Pierwsze wiążą się ze zdolnościami klinicysty do reflektowania i monitorowania przebiegu procesu diagnozowania, wzbogaconego o doświadczenia nabywane podczas superwizji diagnostycznej, która poszerza jego samoświadomość i dostarcza narzędzi do samokontroli (Garb, 2010). Reflektowanie procedury będzie szczególnie istotne w diagnozowaniu opartym na modelu dymensjonalno-kategorialnym zaburzeń psychicznych (Barlow i Carl, 2014). Drugie dotyczą czasu i poziomu relacji między klinicystą i pacjentem podczas diagnozowania, zwłaszcza poprzedzającego decyzję co do programu terapii. Relacja diagnostyczna, która może stać się relacją (sojuszem) terapeutyczną, stwarza większe możliwości trafnej diagnozy, ponieważ pacjent dostarcza bardziej różnorodnych, nie tylko faktograficznych, ale też dynamicz-

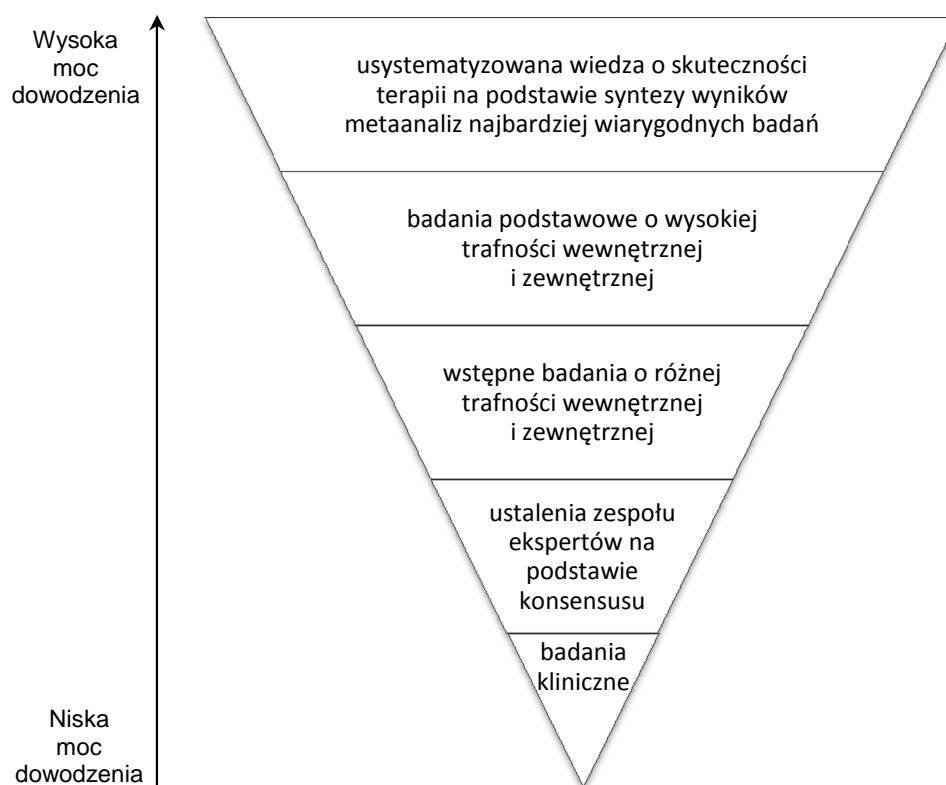
nych, informacji o zmieniającym się funkcjonowaniu w różnych obszarach życia i kontekstach społecznych (Tufekcioglu i Muran, 2015).

Zanim rozwinęła się koncepcja EBP w obszarze psychoterapii, znane już były wyniki badań nad jej skutecznością, które prowadzono w warunkach naturalnych (typu *effectiveness*) i laboratoryjnych (typu *efficacy*). Dzięki badaniom *efficacy* udowodniono skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej, psychodynamicznej, humanistycznej i interpersonalnej w leczeniu różnych zaburzeń psychicznych. Nareszcie trwający od lat spór skończył się, a werdykt ptaka Dodo brzmiał: „Wszyscy wygrali i wszystkim należy się nagroda!” (za: Duncan, 2002, s. 12). Czy jednak naprawdę? Dość szybko okazało się, że terapeuci nie tylko nie korzystali ze strategii terapeutycznych opisanych w terapii podręcznikowej na podstawie sesji w ramach badań *efficacy*, ale także wskazywali na ich niewielką użyteczność dla leczonych przez nich pacjentów. O ile w terapii prowadzonej w warunkach laboratoryjnych uczestniczyli pacjenci z jednym zaburzeniem psychicznym w stanie ostrym, młodzi, wykształceni i zmotywowani, o tyle w warunkach naturalnych często leczyli się pacjenci z podwójnym rozpoznaniem, w średnim wieku, z niezbyt wysoką motywacją do uczestniczenia w terapii (Nathan, Stuart i Dolan, 2000; Lambert i Ogles, 2004).

Dzięki metaanalizom wielu badań, między innymi Lipsey i Wilson (2001), okazało się, że trudno zwiększyć efektywność terapii, manipulując specyficznymi czynnikami leczącymi, natomiast można ją polepszyć, odwołując się do czynników wspólnych, związanych z relacją i sojuszem terapeutycznym (Cooper, 2010). Dzięki temu rozpoczęły się badania nad wpływem czynników osobowościowych i sytuacyjnych na poziom sojuszu terapeutycznego zarówno po stronie pacjenta, jak i terapeuty, przynosząc wiele ciekawych rezultatów.

Dzisiaj nikt nie ma wątpliwości, że psychoterapia jest skuteczną metodą leczenia różnych zaburzeń psychicznych. Jednak pytania o jej efekty powinny być stawiane inaczej. Na przykład, czy skuteczna jest terapia poznawczo-behawioralna dla 50-letniej uzależnionej od alkoholu kobiety z wykształceniem wyższym, pozostającej w związku małżeńskim, u której występuje także narcystyczne zaburzenie osobowości? Wśród ekspertów staje się coraz bardziej oczywiste, że w takiej sytuacji należy skorzystać z różnych źródeł informacji, żeby stwierdzić, czy konkretna metoda leczenia jest skuteczna (Dozois, 2013). Eksperci zespołu EBP APA nie zdefiniowali pojęcia dowodu w poradnictwie psychologicznym i psychoterapii, dlatego w różnych krajach eksperci i naukowcy tworzą własne hierarchie mocy dowodzenia badań nad skutecznością psychoterapii w konkretnych przypadkach.

Hierarchię mocy dowodzenia różnych typów badań nad efektywnością postępowania terapeutycznego opracowali eksperci Kanadyjskiego Stowarzyszenia Psychologów (Dozois i in., 2014). Uszeregowali je od najsłabszych do najsilniejszych mocy dowodzenia (por. Rysunek 1).



Rysunek 1. Hierarchia mocy dowodzenia poszczególnych badań nad efektywnością psychoterapii (opracowano na podstawie Dozois, Mikail, Bourgon i in., 2014).

Barlow i Carl (2014) stawiają tezę, że badania o wysokiej mocy dowodzenia stały się już podstawą do tworzenia procedur i strategii psychologicznych, zwłaszcza w wypadkach podwójnej lub potrójnej diagnozy zaburzeń psychicznych. Zweryfikowana skuteczność tych procedur posłużyła wypracowaniu tzw. transdiagnostycznych modułów interwencji psychologicznych, a one z kolei ulegają rozpowszechnieniu i uzyskują status standardu w leczeniu zaburzeń psy-

chicznych. Przewiduje się, że psychoterapia w klasycznej formie będzie dominowała w leczeniu niepublicznym, zaś procedury psychologiczne oparte na dowodach – w publicznym.

Wiedza pochodząca z badań EBP powinna mieć istotny wpływ na postępowanie diagnostyczne i decyzję o typie leczenia, które zaleca się pacjentowi o konkretnym lub wielu zaburzeniach psychicznych, przy uwzględnianiu jego preferencji. Jednocześnie terapeuta powinien monitorować skuteczność terapii wobec indywidualnego pacjenta i dokonywać zmian w procedurze terapeutycznej, gdy oczekiwane pozytywne efekty nie są osiągnięte.

Zakończenie

Podsumowując główne idee artykułu dochodzimy do wniosków, że wyzwania dla psychologii klinicznej dotyczą zarówno aspektów naukowych, jak i praktycznych. Naukowe wyzwania to dbałość o najważniejsze osiągnięcia psychologii klinicznej i stałe wzbogacanie wiedzy zgodnie ze współczesnymi osiągnięciami różnych obszarów psychologii oraz tworzenie reguł, które pozwalają na zastosowanie wyników badań w praktyce. Wyzwaniem dla klinicystów jest zaś przygotowanie się do współuczestnictwa w zespołach badawczych, rozwiązujących ważne dla jednostki i grup społecznych problemy.

Coraz częściej psychologowie kliniczni podejmują też świadomie problemy wieku globalizacji w kontekście ruchów narodowościowych i kulturowych. Prowadzą badania nad znaczeniem globalnej unifikacji dla opisu i rozumienia zdrowia i zaburzeń psychicznych. Przedstawiono ogólne wzorce pozytywnych i negatywnych reakcji na zmiany globalizacyjne w różnych sferach życia człowieka. Odwołując się do nurtu EBP, zaprezentowano projekt paradygmatycznego podejścia do zmagania się jednostki z procesem globalizacji oraz próby zastosowania jego założeń do tworzenia koncepcji promocji zdrowia.

Najważniejszym celem nurtu EBP jest zwiększanie wiarygodności diagnozy klinicznej oraz efektywności psychoterapii. W zakresie diagnozy klinicznej rezultaty badań w tym nurcie przyniosły wiele ważnych rezultatów, które pozwalają na zwiększenie właściwości psychometrycznych narzędzi badawczych, jak i trafności wnioskowania diagnostycznego o charakterze różnicowym (*case-assessment*). Ogromnym wyzwaniem jest stworzenie podstaw do diagnozowania zaburzeń psychicznych w ujęciu dymensjonalno-kategorialnym. Mniej ucyniono w zakresie konceptualizacji przypadku (*case-formulation*), diagnozy niezbędnej dla skutecznego postępowania w psychoterapii. Choć w różnych szkołach terapeutycznych wskazano na ramy i zasady konstruowania diagnozy wyja-

śniającej, to dopiero poznanie sposobów i reguł przetwarzania wiedzy o pacjencie w umyśle klinicysty pozwoli na zidentyfikowanie jego bardziej lub mniej trafnego sposobu konceptualizowania.

Badania nad skutecznością terapii typu *efficacy*, prowadzone zgodnie z zaleceniami nurtu EBP, zaowocowały nie tylko dowodami, że różne szkoły terapeutyczne są podobnie skuteczne, lecz także wieloma podręcznikami psychoterapii. W podręcznikach tych przedstawiono najbardziej efektywne strategie i procedury terapeutyczne, ale terapeuci ocenili je jako mało przydatne w praktyce. Okazało się, że pacjenci uczestniczący w badaniach *efficacy* różnią od pacjentów „z ulicy”. Brakuje badań i wiedzy o pacjentach „opornych” na standardowe strategie leczenia w każdej szkole psychoterapii, wiedzy o warunkach koniecznych i zasadach zmiany procedur postępowania terapeutycznego. Wyzwaniem dla dalszych badań jest też ustalenie znaczenia wspólnych w różnych szkołach psychoterapii czynników leczących, najbardziej obecnych i działających w relacji terapeutycznej. Badania w nurcie EBP powinny odpowiedzieć na pytanie, jakie strategie psychologiczne należy stosować wobec pacjentów o wielu zaburzeniach psychicznych.

LITERATURA CYTOWANA

- APA, American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA, American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Antony, M. M. i Rowa, K. (2005). Evidence-based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 256-266. DOI: 10.1037/1040-3590.17.3.256
- Bandura, A. (2001). The changing face of psychology et the dawning of a globalization era. *Canadian Psychology*, 42(1), 12-24.
- Bandura, A. (2002). Social cognitive psychology in cultural context. *Applied Psychology: An International Review*, 51(2), 269-290.
- Barlow, D. H. i Carl, J. R. (2014). The future of clinical psychology: Promises, perspectives, and predictions. W: D. H. Barlow (red.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (s. 899-929). New York: Oxford University Press.
- Brzeziński, J. (2014a). Czy warto (trzeba) dyskutować o różnych aspektach uprawiania psychologii w Polsce?, 17(3), 615-645.
- Brzeziński, J. (2014b). O tym, co ważne, gdy myślimy o psychologii w Polsce. *Roczniki Psychologiczne*, 17(3), 475-515.
- Brzeziński, J. (2014c). *Po co psychologia?* Referat wygłoszony na XXXV Zjeździe Naukowym PTP, Bydgoszcz.

- Brzeziński, J. M. i Kowalik, S. (2000). Diagnostyka kliniczna w kontekście praktyki społecznej. W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna* (wyd. 4, s. 187-212). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Cierpiałkowska, L. i Sęk, H. (2015). Wyzwania dla psychologii klinicznej w XXI wieku. *Nauka*, 2, 69-86.
- Cierpiałkowska, L. i Soroko, E. (2014). Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i psychologii różnic indywidualnych. W: L. Cierpiałkowska i E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s. 15-34). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiałkowska, L. i Soroko, E. (2015). Oblicza doświadczenia zawodowego w diagnozie klinicznej. Komentarz do Trzebińska i Filipiak (2015). *Roczniki Psychologiczne*, 18(1), 97-102.
- Cooper, M. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Dozois, D. J. A. (2013). Psychological treatments: Putting evidence into practice and practice into evidence. *Canadian Psychology*, 54(1), 1-11.
- Dozois, D. J. A., Mikail, S. F., Alden, L. E., Bieling, P. J., Bourgon, G. [i in.] (2014). The CPA Presidential Task Force on evidence-based practice of psychological treatments. *Canadian Psychology*, 55(3), 153-160.
- Duncan, B. L. (2002). The legacy of Saul Rosenzweig: The profundity of the dodo bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 32-57. DOI: 10.1037/1053-0479.12.1.32
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E. E., Godoy, A., Hornke, L. E. [i in.] (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 187-200.
- Friedman, T. L. (2000). *The Lexus and the olive tree: Understanding globalization*. New York: Anchor.
- Garb, H. N. (2010). The social psychology of clinical judgment. W: J. E. Maddux i J. P. Tagney (red.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (s. 297-311). New York: Guilford Publications, Inc.
- Groenier, M., Pieters, J. M., Hulshof, C. D., Wilhelm, P. i Witteman, C. L. M. (2008). Psychologists' judgements of diagnostic activities: Deviations from a theoretical model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(4), 256-265. DOI: 10.1002/cpp.587
- Groenier, M., Pieters, J. M., Witteman, C. L. M. i Lehmann S. R. S. (2013). The effect of client case complexity on clinical decision making. *European Journal of Psychological Assessment*, www.hogrefe.com/journals/ejpa. DOI: 10.1027/1015-5759/a000184
- Grzelak, J. (2014). Psychologia polska, czy świata? *Roczniki Psychologiczne*, 17(3), 533-551.
- Hunsley, J. i Mash, E. J. (2005). Introduction to the special section on developing guidelines for the evidence-based assessment (EBA) of adult disorders. *Psychological Assessment*, 17(3), 251-255.
- iCAT, <http://sites.google.com/site/icd11revision/home/icat>
- Ingram, B. L. (2006). *Clinical case formulations. Matching the integrative treatment plan to the client*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Kowalik, S. (2015a). Globalizacja jako kontekst funkcjonowania psychologicznego ludzi. *Nauka*, 1, 7-39.
- Kowalik, S. (2015b). *Uśpione społeczeństwo. Szkice z psychologii globalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno.

- Lambert, M. J. i Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. W: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 wyd., s. 139-193). New York: Wiley.
- Lewicki, A. (1969). Psychologia kliniczna w zarysie. W: A. Lewicki (red.), *Psychologia kliniczna* (wyd. 4, s. 10-155). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Lewin, K. (1997). *Resolving social conflicts and fidel theory in social science*. Washington: Wydawnictwo APA.
- Lichner Ingram, B. (2011). *Clinical case formulations matching the Integrative Treatment Plan to the Client* (2 wyd.). New Jersey: Wiley.
- Lipsey, M. W. i Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage. Applied Social Research Methods Series, t. 49.
- Łoś, Z. i Senejko, A. (2013). Doświadczenie globalizacji diagnozowane Kwestionariuszem Świat – Ja a style tożsamości młodzieży. W: M. Straś-Romanowska (red.), *Drogi rozwoju psychologii wrocławskiej* (s. 267-291). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Łukaszewski, W. (2014). O czym myślimy, a o czym nie myślimy? *Roczniki Psychologiczne*, 17(3), 565-580.
- Maisto, S. A., Connors, G. J. i Dearing, R. L. (2007). *Alcohol use disorders. Advances in psychotherapy – evidence-based practice*. Cambridge, MA: Hogrefe & Publishing GmbH.
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D. i Walker, A. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: A consensus approach. *Qual Saf Health Care*, 14(1), 26-33.
- Miller, J. D., Few, L. R. Lynam, D. R. i MacKillop, J. (2015). Pathological personality traits can capture DSM-IV personality disorder types. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(1), 32-40.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P. i Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126(6), 964-981.
- Nieman, M. C. (2011). Shocks and turbulence: Globalization and the occurrence of civil war. *International Interactions*, 37(3), 263-292.
- Oleszkowicz, A. i Senejko, A. (2013). *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w dobie globalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oleś, P. (2011). *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Paluchowski, W. J. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Paluchowski, W. J. (2010). Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Buros”? *Roczniki Psychologiczne*, 13(2), 7-27.
- Rzepiński, T. (2013). *Wyjaśnienie i rewizja wiedzy w medycynie. Od modeli eksperymentalnych do badań klinicznych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Salzman, M. B. (2001). Globalization, culture and anxiety: Perspectives and predictions form terror management theory. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 10(4), 337-352.
- Sęk, H. (2000). Psychologia kliniczna jako dyscyplina. W: J. Strelau (red.), *Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 555-560). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Soroko, E. (2016). Metody stosowane w psychologicznej diagnozie klinicznej. W: L. Cierpialkowska i H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Spengler, P. M. i Pilipis, L. A. (2015). A comprehensive meta-reanalysis of the robustness of the experience-accuracy effect in clinical judgment. *Journal of Counseling Psychology*, <http://dx.doi.org/10.1037>

- Spengler, P. M., White, M. J., Agisdoltis, S., Maugherman, A. S., Anderson, L. A. [i in.] (2009). Meta-analysis of clinical judgment project: Effects of experience on judgment accuracy. *The Counseling Psychologists*, 37(3), 350-399.
- Speroff, T., Sinnott, P. L., Marx, B., Owe, R. R., Jackson, J. C. [i in.] (2012). Impact of evidence-based standardized assessment on the disability clinical interview for diagnosis of service-connected PTSD: A Cluster-Randomized Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 607-615.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters. What you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631.
- Standing, G. (2014). *Prekariat. Nowa niebezpieczna klasa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L., Krawczyk, K., Styła, R. [i in.] (2014). *Kategorie pacjentów, z jakimi pracują polscy terapeuci, a stosowane wobec tych pacjentów metody pracy psychoterapeutycznej*. Referat wygłoszony na I Krajowej Konferencji Psychologii Klinicznej, Poznań.
- Stypuła, A. (2012). *Kultura a choroba psychiczna*. Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- Trull, T. J. i Prinstein, M. J. (2013). *Clinical psychology*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learning.
- Tufekcioglu, S. i Muran, J. C. (2015). Case formulation and the therapeutic relationship: The role of therapist self-reflection and self-revelation. *Journal of Clinical Psychology*. DOI: 10.1002/jclp.22183
- Widiger, T. A. i Samuel, D. B. (2009). Evidence-based assessment of personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 3-17.
- World Health Organization (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Wosińska, W. (2007). *Oblicza globalizacji*. Sopot: Smak Słowa.
- Youngstrom, E. A., Choukas-Bradley, S., Calhoun, C. D. i Jensen-Doss, A. (2014). Clinical guide to the evidence-based assessment approach to diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.12.05>