

Psychiatria i Psychoterapia 2014; tom 10, numer 1: strony 3-10

wersja pierwotna - elektroniczna

Adrian Andrzej Waszkiewicz^{1,2}, Artur Mariusz Nizio³

ROLA PSYCHOLOGA KLINICZNEGO W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM

THE ROLE OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST IN MENTAL HOSPITAL

¹SPP ZOZ w Choroszczy, II Oddział Psychiatrii Sądowej

Kierownik: oddziału lek. med. Marzanna Mielnicka

²Niepubliczna Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku,

Rektor: dr n. hum. Marek Jasiński

³The Mustard Seed Society, 102-11 Ave SE Calgary, T2G0X5 Canada

Kierownik: Robert Enns, M.D.

Streszczenie

Ze względu na liczne czynniki w tym: brak wyraźnego usankcjonowania i określonych standardów pracy, rola psychologa klinicznego w szpitalu psychiatrycznym jest często niejasna i nie dość wyraźnie sprecyzowana. Pomimo specjalistycznego szkolenia z zakresu diagnozy psychologicznej i form pomocy, podstawowymi zadaniami psychologów pracujących w szpitalach psychiatrycznych są: ograniczone w zakresie badania diagnostyczne, zbieranie danych z wywiadów oraz przede wszystkim pomoc w nozologicznej diagnozie psychiatrycznej. Biorąc pod uwagę potencjał jakim dysponują psychologowie, a także jak ich wkład może przyczyniać się do poprawy stanu pacjentów psychiatrycznych, należałoby przeorientować obecnie istniejący model pracy psychologów klinicznych. Oprócz promowania podejścia psychoterapeutycznego oraz holistycznego rozumienia przyczyn i mechanizmów zaburzeń psychicznych, proponuje się dla psychologów klinicznych model naukowca-praktyka. W modelu tym psycholog pracujący bezpośrednio z pacjentem, dedykuje część swojego czasu i obowiązków na pracę naukowo-badawczą. Ponadto psychologowie pracujący w psychiatrycznej służbie zdrowia mogliby bardziej skupiać się na zasobach pacjentów, ich zdrowiu psychicznym oraz poczuciu subiektywnego dobrostanu. Wyzwaniem dla psychologów klinicznych pracujących w szpitalach psychiatrycznych jest zatem dążenie do szeroko pojętej, ogólnej poprawy i utrzymania zdrowia i kondycji psychicznej pacjentów, praktykowanie modelu naukowca-praktyka, opartego na dowodach naukowych, a także rozwój i zastosowanie nowych rozwiązań w praktyce diagnostyczno-terapeutycznej.

Summary

The role of the clinical psychologists in Mental Hospitals is vague and far from precise owing to numerous factors such as lack of clear directions for their work and undefined regulatory standards. Despite the clinical psychologists' extended specialized training in psychometric assessment and psychological interventions, their present functions in Mental Hospitals are mostly limited to: narrow diagnostic testing; data collection; and assistance in the psychiatric diagnosis of patients. Recognizing the clinical psychologists' therapeutic potential and ability to improve the well-being

of hospitalized patients, this article argues that the psychologists' role in Mental Hospitals should be revised and re-orientated. The authors propose the scientist – practitioner model for clinical psychologists working in Mental Hospitals. A psychologist operating within that model works closely with the patient and also dedicates part of his time and duties for the scientific research. Furthermore, the authors recommend that psychologists working in Mental Hospitals rather than focusing solely on mental health and mental illness need to concentrate on the patient's potential, health and well-being of their patients. The article suggest that turning towards the psychological approach to the patient in Mental Hospitals, would lead to an improvement of the overall functioning of the patient rather than simply a disappearance of his symptoms. The challenge for clinical psychologists working in Mental Hospitals the overall improvement of the health of patients, the practice of evidence-based therapeutic treatment models and the development and application of new solutions in practice.

Słowa kluczowe: psycholog kliniczny, szpital psychiatryczny, model naukowca-praktyka

Key words: clinical psychologist, Mental Hospital, scientist-practitioner model

Obszarem zainteresowania psychologii klinicznej jest człowiek i jego środowisko z perspektywy zdrowia i choroby, dobrostanu i cierpienia [1]. Przez długi czas psychologia kliniczna utożsamiana była z psychologią zaburzeń psychicznych lub psychopatologią [2], co stanowi zbytnie uproszczenie i niezwykle wąskie postrzeganie psychologii klinicznej. Najszerzej komentowana i akceptowana definicja określa psychologię kliniczną jako:

"Dziedzinę psychologicznych badań i zastosowań, która zajmuje się opisem, wyjaśnianiem zdrowych i zaburzonych form zachowania, przeżywania i funkcjonowania somatycznego, określeniem ich przyczyn oraz wypełnianiem zadań praktycznych polegających na diagnozie zdrowia i/lub zaburzeń w celu zastosowania profesjonalnych, psychologicznych form pomocy i interwencji" [1]

Specjalizacja z psychologii klinicznej jest jedyną formalną specjalizacją dostępną absolwentom psychologii [2]. Stanowisko psychologa klinicznego może wynikać z uzyskanej specjalizacji z psychologii klinicznej lub dotyczyć psychologa bez formalnej specjalizacji lub w jej trakcie, jednak praktykującego w obszarze psychologii klinicznej. Psycholog kliniczny najczęściej praktykuje w szpitalu psychiatrycznym lub innej placówce, zajmującej się pracą kliniczną [3]. Rola jaką pełnią tam psychologowie kliniczni, jest nie do końca doprecyzowana i zdefiniowana oraz nie ma uniwersalnego dla całego środowiska charakteru. Dość często nie wykorzystuje się całego specjalistycznego przygotowania profesjonalnego psychologów klinicznych. Mowa tu np.: o pomocy psychologicznej, profesjonalnej wiedzy psychologicznej oraz umiejętnościach interpersonalnych, którymi psycholodzy mogą wzbogacić placówki i instytucje w których pracują [3]. Psychologia kliniczna znajduje swoje zastosowanie głównie w psychiatrii dorosłych oraz dzieci i młodzieży, ale także w neurologii, neuropsychologii, rehabilitacji oraz psychosomatyce [1]. Zgodnie ze współczesnym paradygmatem uprawiania psychologii klinicznej, psycholog kliniczny nie może jedynie skupiać się na diagnozie zaburzeń i opisie ich mechanizmów, ale powinien także

koncentrować się na działaniach profilaktycznych, prewencyjnych i terapeutycznych, mających na celu zwiększanie dobrostanu jednostek oraz przywracanie i wzmacnianie zdrowia psychicznego. W preambule Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego przyjętej przez Sejm RP w 1994, czytamy że "Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka" [2]. Takie ujęcie psychologii klinicznej wpisuje się w strategię NPOZP, który ma za cel ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia chorych psychicznie i ich bliskich oraz zapewnienie lepszej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, a ponadto: promocję zdrowia psychicznego i profilaktykę zaburzeń psychicznych, zapewnienie osobom chorym wielostronnej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz rozwój badań naukowych [4].

Celem pracy jest wskazanie obecnego stanu psychologii klinicznej oraz zaproponowanie nowych dróg funkcjonowania i rozwoju psychologii klinicznej w obszarze psychiatrycznej ochrony zdrowia, ze szczególnym podkreśleniem modelu naukowca-praktyka oraz próba jego implementacji w świadomości i praktyce psychologicznej.

Obecnie brak jest ogólnie przyjętych i uniwersalnych standardów pracy psychologów klinicznych. Specyfika ich pracy w dużej mierze zależy od lokalnych uwarunkowań i tradycji, specyfiki kierownictwa ośrodków w których pracują oraz wzajemnych oczekiwań personelu medycznego [5]. Od czasów połowy XX wieku głównym i podstawowym polem działania psychologów klinicznych było poddawanie pacjentów badaniu psychometrycznemu [6]. Istnieje wiele narzędzi psychometrycznych służących do oceny i diagnozy osobowości, intelektu, szczegółowych procesów poznawczych, temperamentu, obrazu siebie i wielu innych aspektów funkcjonowania jednostki [7; 8]. Rodzi, to pewien paradoks - Savage, autor "Readings in Clinical Psychology" uważa, że testy psychometryczne są niezwykle cenną metodą badania pacjentów, jednak ich wykorzystanie jest jakby wbrew i przeciwko osobom badanym. Dlatego, że głównym celem psychologii klinicznej jest nie diagnoza i ocena cech psychicznych sama w sobie, tylko przede wszystkim dobro pacjenta, towarzyszenie mu i prowadzenie oddziaływań, mających na celu poprawę jego stanu i samopoczucia [9]. Model sprowadzający psychologa klinicznego jedynie do roli osoby testującej chorego, wciąż jest obecny w polskiej psychiatrycznej ochronie zdrowia. Majkowiec [10] widzi główną rolę psychologów klinicznych w dwóch głównych obszarach: diagnostyczną w zakresie ogólnych procesów poznawczych oraz szczegółowych funkcji poznawczych, diagnostyki osobowości, procesów motywacyjno-emocjonalnych, a także pomoc psychologiczna i psychoterapia. Jest to postęp w stosunku do modelu funkcjonowania psychologa klinicznego - jako laboranta - czyli tego, który wykonuje badania zleconymi metodami lub technikami - czyli tego, który otrzymuje zadanie diagnostyczne i sam dobiera odpowiednie metody. W tamtych czasach, psycholog kliniczny był kimś w rodzaju asystenta psychiatrycznego i pełnił pomocniczą i uzupełniającą rolę względem diagnozy psychiatrycznej [1, 11]. Obecnie postuluje się

odejście od tego archaicznego sposobu funkcjonowania psychologa klinicznego na rzecz modelu równoprawnego członka zespołu terapeutycznego [12].

Coraz częściej, w placówkach psychiatrycznych zauważa się kompetencje psychologów klinicznych z zakresu działań w obszarze pomocy psychologicznej oraz terapeutycznych dla i z pacjentem oraz jego rodziną i bliskimi [7]. Kowalik i Brzeziński [12] wyróżnili w obrębie diagnozy psychologicznej model nozologiczny, funkcjonalny i psychospołeczny. Model nozologiczny jest powtórzeniem diagnozy medycznej i polega na przyporządkowaniu choremu jednostki chorobowej. Model funkcjonalny, opisuje pacjenta przez pryzmat jego zdolności adaptacyjnych i funkcjonowania na różnych płaszczyznach życia. Z kolei najpełniejsza jest diagnoza psychospołeczna, polegająca na szczegółowej analizie relacji pacjent-otoczenie i może być traktowana jako diagnoza dla pacjenta i o pacjencie [13]. Przyjmuje się, że diagnoza funkcjonalna i psychospołeczna przyczyniają się do lepszego zrozumienia pacjenta i jego problemu. Istnieją postulaty mówiące, że, pacjenci nie powinni być "leczeni z choroby", ale oczekują pomocy w przywróceniu lepszej jakości życia i optimum funkcjonowania społecznego, zawodowego i poznawczego etc. [14]. Decyzja o interwencji i wsparciu powinna wychodzić naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom pacjenta i być podyktowana jego indywidualnością, niezależnie od diagnozy nozologicznej [14].

Rekapitulując główne obowiązki psychologów klinicznych w szpitalach psychiatrycznych są to, poczynając od najczęstszych: diagnoza i ocena psychologiczna i psychometryczna, psychoedukacja, rzadziej poradnictwo, konsultacje, praca psychoterapeutyczna oraz nieliczne badania naukowe [15]. Działalność naukowo-badawcza psychologów klinicznych dokonuje się raczej w ich "wolnym czasie" i jest mało popularna w środowisku nieakademickim [15].

W tym miejscu warto nakreślić stan pożądany przyszłego funkcjonowania psychologów klinicznych w szpitalach psychiatrycznych. Praca psychologa klinicznego wymaga odpowiednio wysokich kwalifikacji i samo wykształcenie uniwersyteckie nie jest wystarczające i wymaga wieloletniego kształcenia podyplomowego zakończonego i potwierdzonego egzaminem państwowym [10]. Psychologowie kliniczni jako grupa zwykle wysoko wyspecjalizowana i kompetentna powinni bardziej wpływać i stymulować rozwój nauki, szczególnie nauk o zdrowiu, poprzez prowadzenie badań naukowych [16]. W zagranicznej prasie branżowej coraz głośniej postuluje się transformację aktualnego modelu psychologa diagnosty-terapeuty na model naukowca-praktyka [17] opierającego swoją pracę na faktach i danych empirycznych. Model naukowca-praktyka w pracy psychologa klinicznego wskazuje na potrzebę pracy z pacjentem oraz pracę naukowo-badawczą jako formę testowania hipotez i uogólniania własnych doświadczeń. Model ten nastawiony jest na rozwój nauki i praktyki psychologicznej. Reprezentuje ogół teoretycznego, empirycznego i eksperymentalnego podejścia do psychologii stosowanej i

akademickiej. Psycholog o orientacji naukowo-praktycznej jednocześnie poszerza granice nauki przez stosowanie jej w codziennej praktyce oraz integruje teorię i praktykę [18]. Oprócz pewnej reorientacji i zmiany dotychczasowych paradygmatów funkcjonowania zawodowego, należałoby też kłaść większy nacisk na edukację akademicką przyszłych psychologów w zakresie metodologii badań, w szczególności badań naukowych [16]. Właściwym jest znajdowanie zastosowania zadań praktycznych i naukowych w codziennej praktyce psychologicznej [16]. Takiemu podejściu powinna przyświecać funkcja eksplanacyjna, pragmatyczna i prognostyczna [18]. Ankiety i nowsze opracowania oraz własne doświadczenia autora przemawiają za wnioskiem, że obecnie stosowanie modelu naukowo-praktycznego jest bardzo ograniczone i nieczęste [19]. Sęk [1] jasno i wyraźnie kreśli zadania jakie stoją przed psychologami klinicznymi, są to ekwiwalentne zadania badawcze i praktyczne.

Ponadto, nową rolą dla psychologów klinicznych może być zogniskowanie swojej pracy na poprawie szeroko pojętego zdrowia i dobrostanu psychicznego, zamiast samoograniczenie się do badania najczęściej - zaburzeń psychicznych lub chorób psychicznych [20]. Warto podkreślić, że choroba psychiczna jest chorobą jak każda inna [21]. Psychologiczne podejście do zdrowia psychicznego oferuje pewną alternatywę względem biomedycznego spojrzenia na pacjenta [22]. Psycholodzy jako jedyni z pracowników służby zdrowia nie są kształceni w modelu biomedycznym, a modelu biopsychospołecznym. Model ten w sposób holistyczny pozwala uchwycić trudności i problemy pacjenta, ale także stan jego zasobów [3]. Model holistyczny zdrowia, akcentuje wzajemne powiązanie psychiki i ciała [1]. Zdrowie człowieka zależy od czynników biologicznych, psychologicznych, społeczno-kulturowych i ekologicznych [2]. Nie jest to więc model antagonistyczny względem biomedycznego modelu zdrowia, ale stanowi jego uzupełnienie. Ponadto psycholodzy zatrudnieni w opiece psychiatrycznej powinni mieć podstawową wiedzę z zakresu biomedycznego rozumienia pacjenta, zasad farmakoterapii oraz jej wpływu na psychospołeczny stan pacjentów i ich rodzin [23]. Każdy psycholog pracujący w szpitalu psychiatrycznym powinien posiadać podstawową wiedzę z zakresu stosowania i działania leków psychotropowych oraz stanów medycznych mających wpływ na kondycję psychiczną pacjentów i funkcjonowanie psychologiczne [3]. Zaadoptowanie holistycznego podejścia w szpitalach psychiatrycznych może skutkować tym, że np.: działania terapeutyczne będą bardziej podporządkowane indywidualnym potrzebom pacjentów, zniknie zjawisko etykietyzowania chorych, zespoły terapeutyczne będą zwracały większą uwagę na potrzeby psychologiczne pacjentów. Świadczenia i usługi oferowane przez oddziały psychiatryczne będą miały na celu poprawę funkcjonowania człowieka, a nie jak do tej pory minimalizowanie lub ustąpienie objawów chorobowych. Warto zaakcentować, że holistyczne podejście nie traktuje zaburzeń psychicznych jako choroby, lecz jako czasową dysfunkcję i zaburzenie optimum funkcjonowania [21].

Według wskazań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wskaźnik psychologów klinicznych ma być porównywalny jak dla psychiatrów (10,0 na 100000 mieszkańców) i wynosić 9,5/100000 mieszkańców, co oznacza wzrost z obecnej liczby 1400 psychologów klinicznych w skali kraju do około 3800 [4]. Psycholodzy kliniczni powinni uzmysłwić sobie potrzebę zintegrowania się z opieką zdrowotną i zredefiniować siebie z "testujących diagnostów patologii, deficytów i zaburzeń" na "dostarczycieli zdrowia psychicznego" [24]. Diagnoza psychologiczna powinna być ilorazem diagnozy zaburzeń i diagnozy zasobów [1]. Potrzebny jest wzrost możliwości stosowania terapii psychologicznych oraz oddziaływań psychoterapeutycznych, dostępnych dla szerokiej populacji, ale też mającej charakter prewencji i utrzymywania zdrowia populacji z grupy ryzyka [25]. Celem każdorazowego kontaktu pacjenta z psychologiem powinno być: przywrócenie homeostazy pacjentowi, powrót do zdrowia oraz jego utrzymanie, szybka interwencja oraz propagowanie praktyk prozdrowotnych i higieny psychicznej [26].

Ponadto psycholodzy kliniczni pracujący w szpitalach psychiatrycznych mogą sprawować kontrolę i nadzór nad psychologami bez specjalizacji, bądź stażystami [27]. Większa ilość obowiązkowych staży w trakcie studiów psychologicznych spowodowałoby wzrost kompetencji adeptów psychologii w zakresie umiejętności mających zastosowanie w służbie zdrowia, szczególnie w szpitalach psychiatrycznych [28].

Wzrost nierówności społecznej powoduje psychologiczny stres, który może skutkować dekompenacją chorobową [29]. Praktycznie wszystko co sprzyja temu, że ludzie są bliżej siebie np.: wspólnoty religijne, chóry, zajęcia grupowe, stowarzyszenia, centra integracji ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne jednostek [30]. Zatem rolą psychologów może być też stymulowanie rozwoju i powstawania wszelkiego rodzaju wspólnot i ośrodków przeznaczonych dla pacjentów.

Poza tym, aby spełniać kryteria i warunki zostania psychologiem klinicznym w szpitalu psychiatrycznym, oprócz formalnych kompetencji należałoby też zweryfikować cechy osobowości kandydata. Takie cechy jak: dojrzałość emocjonalna, empatia, chęć współpracy i niesienia pomocy oraz aplikacja wiedzy akademickiej w praktyce byłyby wielce pożądane [28]. Szkolenie i edukacja przyszłych psychologów klinicznych, powinny odbywać się w kontakcie z innym personelem medycznym takim jak lekarze, pielęgniarki i farmaceuci - w celu stworzenia zintegrowanego i efektywnego systemu opieki zdrowotnej [3, 31].

Zaproponowane postulaty stanowią logiczną konsekwencję i swoiste wyzwanie dla psychologii klinicznej [32]. Jak mawiał Peter Drucker "Najlepszą drogą do przewidywania przyszłości jest kreowanie jej". Przyszłość psychologii to także oprócz poprawy zdrowia psychicznego, poprawa zdrowia w ogóle. Psychologia powinna rozwinąć się w kierunku praktyki opartej na dowodach empirycznych oraz poprzez stosowanie modelu naukowca-praktyka wpływać

na lepsze rozumienie jednostki w kontekście jej zdrowia i choroby, deficytów i zasobów. Pożądane jest aplikowanie nowych rozwiązań i modeli w praktyce psychologicznej. Psychologia kliniczna wymaga od swoich reprezentantów stosowania najnowszych osiągnięć z różnych dziedzin psychologii oraz szczególnej wrażliwości zarówno na tradycyjne jak i na nowe trendy i paradygmaty [1]. Jak obwieścił William James w 1879 "Nowa idea na początku jest potępiana jako niedorzeczna, następnie traktowana jako trywialna, aż w końcu staje się tym o czym wszyscy wiedzą" [3]. Dlatego zmiany zachodzące w psychologii klinicznej powinny mieć charakter bardziej ewolucji niż rewolucji. Droga jaką ma do pokonania psychologia kliniczna jest jeszcze długa i kręta, lecz możliwości, które oferuje są warte zaangażowania i dążenia do ulepszania i optymalizacji tej dziedziny nauki dla i z myślą o pacjentach.

Praca nie była sponsorowana.

Piśmiennictwo

1. Sęk H. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2012.
2. Sęk H. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006
3. Bray JH. *The future of Psychology Practice and Science*. Am. Psychologist. 2010; 65 (5): 355-369.
4. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego z dnia 28 grudnia 2010. Ministerstwo Zdrowia; 2011.
5. Geczy BJr, Sultenfuss JF, Donat DC. *Psychologists in State Mental Hospitals: Problems and Recommendations*. Prof. Psychology: Res. Prac. 1995; 21 (5): 392-397.
6. Hornowska E. *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
7. Butcher JN. *Assessment in Clinical Psychology: A Perspective on the Past, Present Challenges, and Future Prospects*. Clin. Psychology: Sc. Prac. 2006; 13 (3): 205-209.
8. Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD. i wsp. *Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues*. Am. Psychologist. 2001; 56 (2): 128-165.
9. Mollon P. *Our rich heritage - are we building upon it or destroying it? (or "Why are counseling psychologists not angrier with clinical psychologists?")*. Couns. Psychology Rev. 2009; 24 (3&4).
10. Majkowicz, M. *Rola psychologa klinicznego w praktyce ogólnolekarskiej*. Psychiatria, 2007; 7 (2), s. 87-92.
11. Stemplewska-Żakowicz K. *Diagnoza Psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP; 2009.
12. Kowalik S, Brzeziński J. *Diagnoza kliniczna*, W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna* (s. 213-239). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.
13. Kowalik S. *Modele diagnozy psychologicznej*. W: H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna. Tom 1*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006; 181-193.
14. Kinderman P, Tai S. *Clinical implications of a psychological model of mental disorder*. Behav. Cognitive Psychotherapy. 2007; 35: 1-14.
15. Mrdjenovuch AJ, Moore BA. *The professional identity of counseling psychologists in health care: a review and call for research*. Couns. Psychology Q. 2004; 17 (1): 69-79.
16. Milne D, Paxton R. *A Psychological Re-Analysis of the Scientist-Practitioner Model*. Clin. Psychology and Psychotherapy. 1998; 5: 216-230.
17. Hayes SC. *Creating the empirical clinician*. Clin. Psychology: Sc. Prac. 1996; 3: 179-181.
18. Parry G. *Improving psychotherapy services: Applications of research, audit and evaluation*. Brit J. Clin. Psychology. 2002; 31: 3-19.
19. Milne DL (red.). *Evaluating Mental Health Practice*. London: Croom-Helm; 1987.
20. Kenkel MB, Deleon PH, Mantell EB, Steep AE. *A Psychologist by Any Other Name ...: Response to Commentary by John L. Arnett*. Can. Psychology. 2005; 46 (4): 212-214.
21. Read J, Mosher LR, Bentall RP (red.). *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. New York: Brunner-Routledge; 2004.
22. Kinderman P. *A psychological model of mental disorder*. Harv. Rev. Psychiatry. 2005; 13: 206-217.
23. Robinson PJ, Reiter JT. *Behavioral consultation and primary care: A guide to integrating services*. New York: Springer; 2007.

24. Frank R. Mental Health economics. *Paper presented at the APA Presidential Summit on the Future of Psychology Practice*. San Antonio, TX: APA; 2009.
25. Layard R. *The case for psychological treatment centers*. Brit. Med. J. 2006; 332: 1030-1032.
26. Fitzgerald JM, Evans IM. *Psychology in Primary Health Care: Theory, Practice and Innovation - Introduction to the Special Issue*. Psychology Prim. Care. 2010; Special Issue.
27. Bower P, Jerrim S, Gask L. *Primary care mental health workers: role expectations, conflict and ambiguity*. Health Social Care Comm. 2004; 12 (4): 336-345.
28. Carrigan PW, Hess L, Garman AN. *Results of a Job Analysis of Psychologists Working in State Hospitals*. J. of Clin. Psych. 1998; 54 (1): 11-18.
29. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane; 2009.
30. Edge D, West W. *Mental Health and "The Big Society": Where do counselling psychologists therapists fit in and?* Couns. Psychology Rev. 2011; 26 (2): 17-23.
31. Cape J, Harvey K, Johnson S, Linke S. *Patient's views of the letters their psychiatrists and psychologists send to referrers*. J. Mental Health. 2005; 14 (4): 369-382.
32. Lamont S, Walker P, Brunero S. *"Teaching an old dog new tricks": A practice development approach to organizational change in mental health*. Prac. Develop. Health Care. 2009; 8 (2): 65-76.

Adres do korespondencji:

Adrian A. Waszkiewicz, II Oddział Psychiatrii Sądowej, SPP ZOZ w Choroszczy;
Pl. Z. Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz;
tel. (85)7191091 wew. 376. e-mail: adrian.andrzej.waszkiewicz@gmail.com