

KAZIMIERZ OBUCHOWSKI

## ANALÝZA A ZHODNOCENÍ STAVU KLINICKÉ PSYCHOLOGIE K DVACÁTÉMU VÝROČÍ PLR

Klinická psychologie v Polsku se nyní nalézá v takovém stavu, kdy je nutné v jejím stadiu určit její „linii života“ a stanovit činitele působící na pravidelné plánování dalšího vývoje. Tato specializace byla zpočátku neurčitá, prosazovala se s mnoha těžkostmi a váháním. Klinická psychologie dorostla jako samostatná vědecká disciplína, která má vliv na utváření ostatních psychologických věd. Mezi lidově demokratickými zeměmi má Polsko nejvíce rozvinutou klinickou psychologii vzhledem k množství vědecko-výzkumných prací, vědeckých pracovišť, počtu klinických psychologů a oblasti jejich práce. Je pro nás velký úkol udržet toto prvenství a razit cestu pokroku v této oblasti.

### 1. Výchozí koncepce

U zdroje rozvoje klinické psychologie je možné nalézt tři směry reprezentující různé způsoby řešení problémů klinické psychologie v praxi.

První směr je tzv. lékařská psychologie, vytvořená a prováděná lékaři-praktiky. Lékaři nenalezli v prvních desetiletích našeho století v akademické psychologii dostatečnou pomoc při řešení lékařských problémů, a proto zkusili sami vytvořit teoretické systémy, opřené o osobní zkušenosti, sílu představ a analogie z jiných věd (Freman L., Small M., 1960). Mezi nejzávažnější systémy lékařské psychologie je možno zařadit psychoanalýzu Z. Freuda s jeho následovníky a konstituční teorii E. Kretschmera. Tyto systémy byly znamenité ve svých základních předpokladech a jednoduchosti, ale byly zbaveny ochranného pancíře metodologie, a proto se rychle dostaly do oblasti metafyzických úvah. Nedostatek verifikace experimentů u přijímaných názorů a naivní následovnictví epigonů vedly k dogmatismu. Teprve v posledních letech byly v oblasti obecné teorie chování a experimentální psychopatologie učiněny pokusy oddělit výstižné a vědecky zdůvodnitelné hypotézy od fantazie. (Malewski 1964, Reykowski 1961, Jarosz 1962.) Tento směr umožnil první předpoklady pro teorii osobnosti a poprvé ukázal na problém psychologické interpretace poruch chování.

Druhým, méně populárním směrem byly pokusy zavést do knižní práce psychologický experiment a některé základní poznatky z obecné psychologie. Evropským průkopníkem tohoto směru byl žák Wundtův — Emil Kraepelin, který vytvořil první zkoušku pro zjišťování organických poruch mozku (tzv. Kraepelinova křivka) a je současně tvůrce první moderní klasifikace psychických poruch. Málo je známá teorie laboratoří experimentální psychologie zakladaných při psychiatrických klinikách v Rusku. Zakládali je S. Korsakov a V. Bechtěrev (Rubinštejn 1962). Tento směr reprezentoval v Polsku Julian Ochowicz, spoluzakladatel první na světě „Psychologické Sekce při Lékařské a Přírodovědecké Společnosti“ v r. 1891 (Ochowicz 1916), a dále Eduard Abramowski a Stefan Blachowski, který v roce 1911 slavnostně zahájil na stránkách „Polské Neurologie“ vědeckou spolupráci s lékaři a pokračoval ve svých experimentech a výzkumech „vidění“ v Słupsku roku 1928 a ve studiích o psychologické struktuře (Blachowski 1911, 1928, 1938, 1939). Blachowski ani po válce nezanedbával tuto oblast (Lewicky 1964), ale pokud jde o Polsko, tento směr byl potlačen již ve třicátých letech a na první místo se dostal třetí směr.

Třetí směr vznikl v roce 1896, kdy Leichter Witmer založil první psychologickou kliniku a časopis „Psychological Clinic“. Witmer nechtěl vytvořit teoretické systémy a mnoho se nezajímal o problém, jak použít poznatky obecné psychologie při řešení klinických případů. Jak píše americký historik A. A. Róback (1964), „byl realista, který chtěl pomoci dětem, postiženým hluchotou, poruchami řeči nebo sociálním nepřizpůsobením, metodami založenými na zdravém úsudku“. Psycholog na psychologické klinice se opíral více o osobní zkušenosti, pracoval pomocí rozhovoru, pozorování a psychologické rozmluvy. V Evropě první institucí tohoto druhu byla berlínská Medic-Paedagogische Poliklinik, založená roku 1906. Roku 1920, kdy byla ve Vídni založena podobná poradna (Alfred Adler), nastal hromadný rozvoj (Jakobson 1936), ale s tím, že v oblasti nových poraden došlo ke sblížení směrů Witmerova a lékařského.

## 2. Klinická psychologie v předválečném Polsku

Uvedený proces nastal v Polsku ve třicátých letech v oblasti Poraden pro děti a mládež, které organizoval Institut psychické hygieny. Psychologové, tj. absolventi filosofického studia se specializací psychologie (často s přípravou v pedagogické psychologii), nikdy však nepřijali jako celek žádný velký systém lékařské psychologie. Byly zde vysoké metodologické požadavky, a proto přijímali pouze některé poznatky a modifikovali je svým způsobem. Proto až na několik výjimek nedošlo nikdy v Polsku k trvalému udržení žádné ortodoxní formy psychoanalýzy a byl neznámý jev vznikání „sekt“ a „Kapliček“ psychoanalytiků, tak typických v USA a v zemích západní Evropy.

Jistě se o to přičinil vliv pokrokových středisek pedagogické psychologie a polské sociologické školy a pozitivistického způsobu myšlení. Na formu práce části klinických psychologů měla silný vliv bouřlivě se rozvíjející psychotechnika, přinášející zájem o přesnost a zdánlivý objektivismus. Taková byla teoretická a metodická základna psychologů, kteří v Poradnách psychické hygieny vypracovali poprvé v Polsku formy spolupráce psychologa s lékařem při řešení konkrétních klinických případů. O působení druhého směru na klinické psychology v této době chybí údaje. Představitel tohoto druhého směru pracovali v úplném odloučení od akademické psychologie, která silou setrvačnosti šla po cestě vytyčené Wundtem, odtržena od přírodních a společenských věd. Účast těchto představitelů se omezovala na okrajové činnosti a zůstala vlastně mimo jejich základní vědeckou práci. K dovršení všeho zlého byla jediným přijatelným výsledkem akademické psychologie terminologie k popisu prožitků psychicky nemocných, kterou přijali psychiatři jako instrument pro výzkum průběhu psychických procesů. Autorita akademické psychologie se přičinila o vznik směru, v němž detailní popisy prožitků stále více zastupovaly funkční analýzu chování nemocného, a zaváděly tak psychiatria do oblastí bezplodné ideografie. Tak zvaný „psychologismus“ také ztěžoval využití výsledků klinické neurofyzologie, protože nebyl bezprostřední přechod od popisu prožitků člověka k analýze patofyziologických mechanismů. „Psychologismus“ se proto během doby stal synonymem idealistického postoje a zpátečnictví, což se projevilo na mnoho let v poměru pokrokové části lékařského světa k psychologii. Tímto způsobem tedy vzniklo několik paradoxních situací: za prvé to, že psychologové ve své práci nepoužívali poznatky získané na universitě a prováděli praktikismus, doplněný lékařskou psychologií a psychotechnikou.

Zadruhé: lékaři používali psychologii, a tak odvrhovali fyziologii, kterou získali na lékařských studiích.

Zatřetí: vady tzv. „psychologizování“, které pozorovali pokrovní psychiatři, vyvolávaly podezřelý, ne-li nepřátelský postoj k psychologům-praktikům, kteří potom rezignovali.

Charakteristickým rysem klinické psychologie této doby bylo omezení činnosti pouze na problémy dětí a mládeže. Bylo tomu tak proto, že psychologické vzdělání odpovídalo převážně těmto problémům. Jistou roli zde měla již tehdy v psychiatrii panující legenda, že psychologie je potřebná pouze v práci s dětmi. Dospělí mohou nadiktovat do chorobopisu své příznaky, které je možno podle určité klasifikace seřadit do skupin, a ty potom identifikovat s určitými nosologickými jednotkami. Dávalo to zdánlivé vysvětlení poruchy. U dětí taková klasifikace nebyla a také nesnadněji se sestavovaly skupiny. Významný byl fakt, že testy, které psychologové tehdy užívali, byly určeny hlavně pro děti. Druhá světová válka zastihla psychologů v tomto stavu a přerušila na mnoho let rozvoj klinické psychologie a způsobila těžké ztráty v počtu psychologů, kterých i tak bylo velmi málo.

## 3. Poválečné období — první část (od roku 1945—1950)

Charakteristickým rysem poválečné psychologie bylo to, že lidé, kteří přistoupili k její obnově, strávili celý čas okupace v Polsku. Nepřerušili dokonce ani výuku [například v tajné „Universitě Západních zemí“] a vědeckou činnost prováděli na okraji výdělečné činnosti. Jejich odtržení od velkých změn, které proběhly ve světové psychologii pod vlivem potřeb války, bylo úplné. Svoji práci začínali v jiných městech a mezi jinými lidmi než před šesti lety. Proto stav předválečných názorů se tak dobře hodí do poválečného období. V dalším období práce psychologů probíhala v rámci činnosti středisek Institutu psychické hygieny. Sjezdy psychické hygieny byly terénem diskusí klinic-

kých psychologů a čtvrtletně vycházející časopis „Psychické zdraví“ otiskoval jejich práce. Začala intenzivní vědecká činnost s cílem vypracovat metody. Pod vedením Marie Grzywak-Kaczynskiej se přistoupilo k standardizaci Wechslerovy stupnice pro polské poměry [Grzywak-Kaczynska 1949], zavedl se test loutek a zkoumaly se testy Rorschachův a Sondiho. Nepřilíhla jasná koncepce psychické hygieny, zájem o vše a nedostatek koncepcí spolupráce s lékařskými vědami, a mimo to i s psychologii a sociologií, ztěžovaly budovat oddělení klinické psychologie na modernějších vědeckých základech.

Proto spojení s psychickou hygienou, které umožňovalo zpočátku činnost klinických psychologů ve Zdravotní službě (Ostaszewska 1960), se stávalo pomalu zátěží. Záležitost komplikovalo to, že Institut psychické hygieny zorganizoval vlastní studia, z kterých vycházeli absolventi bez akademických práv a se slabým teoretickým vzděláním, ale s konkrétním vyškolením v oblasti klinické psychiatrie, se znalostí několika testů a jiných klinických metod. Absolvent IHP začínal práci v roli psychologa, v nemocnici nebo v ordinaci.

Nedostatky v teoretické přípravě způsobily však v mnoha případech převedení role psychologa do role pouhého vykonavatele laboratorních testů. Tento způsob profesionální přípravy vyvolal nejen vážné připomínky ze strany lékařů, kteří očekávali lepší spolupráci s psychologem, ale také ze stran samotných psychologů. Důkazem byl otevířený dopis profesora Stefana Baleye. Z filosofického studia na universitě vycházel značný počet magistrů filosofie se specializací psychologie, kteří při práci ve zdravotní službě neviděli žádné možnosti k využití své psychologické vědy. Museli se učit znovu. To, co potom studovali, bylo velmi vzdálené od obsahu jejich dřívějšího studia. Způsobovalo to časté komplexy a vedlo to někdy ke střetnutí s lékaři, když se psycholog snažil zakrýt svoje nedostatky v oboru psychologie kompenzační frazeologií. Pouze díky osobní inteligenci, společenskému postavení a schopnosti sebevzdělávání některých psychologů lze vděčit za důvěru, jakou v dalším období měla psychologie v očích nejlepších představitelů polské medicíny. V této době, stejně jako před válkou, sehrál velkou roli sbor psychologů zabývajících se pedagogickou psychologií. Poněvadž velká část klinických problémů u dětí vyžaduje znalosti vývojové a pedagogické psychologie, mohli tito psychologové pracující na dětských odděleních sehrát jistou a samostatnou odbornou roli. Analýza standardních chorobopisů a poznatky získané z rozhovorů nám umožňují stanovit způsob práce psychologů v této době. Rozhodující většinu tvořili psychologové používající v první řadě hlavně testy — nejvíce Binet-Ternana, Kohsovy kostky a soubor psychotechnických testů, jako test Roloiffa nebo test s perličkami. Někde se užívala stupnice Grace-Arthura, test Rorschachův, Sondiho test, Wechslerova stupnice a test s loutkami. Psychologický výzkum měl zásadní standardní charakter. Po formálním pohovoru následovalo zkoumání dostupnými testy, byl stanoven inteligenční kvocient a u testů osobnosti se uvedla schematická a stručná interpretace v „řeči“ daného testu; někdy je připojen obšírný protokol pozorování ze společenské místnosti. Výsledky a výzkum byly uváděny ve formě popisu chování a inteligenčního kvocientu. Někdy se dávaly návrhy k provádění výchovy nebo dokonce k povolání. Vzhledem k tomu, že nebyl jasný vztah mezi výsledky testů a chováním člověka, neměly tyto návrhy nic společného s výsledky výzkumu a byly spíše projevem znalosti o pacientovi, získaných bez pomoci testů. Interpretace psychologických poruch se neprováděla. Ilustrací tohoto způsobu psychologické práce je materiál v knížce Stefanie Bober „Tuberkulosní dítě“ 1962. Vidíme zde, že psycholog dodává pouze výsledek pozorování a údaje o inteligenci. Charakteristiku případu současně s interpretací výsledků pozorování provádí psychiatr a není snadné nalézt vztahy mezi údaji psychologa a interpretací lékaře.

Vzhledem k rozdílné úrovni psychologů, způsobené také rozdílným způsobem vzdělání, se vytvořily základní (někdy dodnes existující) názory, týkající se profesionálních možností psychologa. Uvedu několik z nich:

1. Psycholog vzhledem ke kvalitě nedisponuje žádnými znalostmi, které neměl lékař, nebo člověk s vyšším vzděláním. Tento názor byl dokazován u příkladu filologů či historiků, kteří pracovali v poradných stejné době jako studovaní psychologové.
2. Jediná specifická dovednost psychologů je výzkum s testy. Když psycholog neprovádí měření testy, tak nepředstavuje žádnou specifickou profesionální hodnotu. O vytvoření tohoto názoru se přičinila řada psychologů.

3. Psycholog není lékař, ale musí umět lépe ocenit úroveň inteligence. Mnoho lékařů nesouhlasilo s tímto názorem. Argumentovali tím, že psycholog nerozumí tomu, co zkoumá, když se opírá o test, a nemá znalosti z fyziologie, jakoby nutné k správnému ocenění úrovně inteligence.
4. Psycholog dovede navázat lepší kontakt s dítětem a v tom spočívá specifika jeho dovednosti. Někteří toho používali k lepšímu kontaktu s pacientem.
5. Psycholog má více času, může se více věnovat časově náročným procesům, jako jsou rozhovor, psaní posudků atd., a z toho důvodu je užitečný v klinické praxi.
6. K doplnění zde uvedu názor, vyjádřený několik let později v Řádu tzv. psychologických asistentů:  
„Psycholog má kvalifikaci laboranta neurofyziologické laboratoře nebo sociálního pracovníka.“

Mimo toto velké bohatství názorů o praxi, pokud jde o otázky dětské klinické psychologie, spočívala volba postupování a konečné rozhodování v rukách psychologa. Lékař se omezil na diagnostickou kvalifikaci a předepisování receptů. Vyvolávalo to četné výhrady; kritici tohoto stavu věcí se ani tak nezajímali o to, jakým způsobem má lékař získat schopnost jednat s neadaptivním nebo nervózním dítětem, ale spíše jakým způsobem psychologům zakázat jejich činnost nebo přinejmenším ji učinit anonymní.

#### 4. Poválečné období — druhá část (1950—1956)

Období ofenzívy marxistické ideologie v polské vědě bylo současně úderem namířeným proti psychologii. Na psychologizaci se vymstila ideologická rozdílnost, chaos ismů, odtržení od přírodních a společenských věd a koncentrace snah na umělých problémech. Kritika šla v teorii i praxi; byly často nesprávně spojovány dohromady a hodnoceny celkově. Ukazovalo se, že introspekční akademická psychologie v Polsku nemá opodstatnění ve skupině věd zájímavých se o člověka. Bylo navrhováno úplné odstranění psychologie a nahrazení „pavlovismem“. V lékařské a pedagogické literatuře se dokonce začaly vynechávat názvy psychika a psychická činnost a nahrazovat je názvem vyšší nervové činnosti. Psychologická praxe ve světle této kritiky byla přežitkem. Zvláštní odpor vzbuzovaly testové metody jako nástroj slepé klasifikace, prováděné v odtržení od společenské situace člověka. Byl to výsledek ztotožnění psychologických metod s testy. Jak se někdy v historii stává, správná kritika bývá důvodem příliš daleko jdoucích následků. Obrana psychologie, prováděná psychology-marxisty, se snažila především o důkaz, že sami psychologové si uvědomují důsledky psychologické teorie opřené na introspekci a psychologickou praxi na testech. Poukazovalo se také na dřívější pokusy psychologů o vytvoření psychologické vědy na zásadách dialekticko-historického materialismu za spolupráce s přírodními a společenskými vědami. Zvláštní úlohu zde měly práce Tadeusza Tomaszewskiego „Zásady psychologie v SSSR“ a „Metodologická krize v psychologii“ (1949, 1952). Poválečná psychologie změnila směr a postupně začínala získávat dřívější pozice jako věda. Svědčí o tom fakt, že v těchto letech se vlastně splnily dlouholeté naděje psychologů a byla zorganizována první samostatná studia psychologie s bohatým programem přírodních věd. Dala reálný základ k tvoření budoucího povolání psychologa. Především se zdálo, že pokud jde o psychologickou praxi, je odsouzena k likvidaci. Klinickým psychologům byly odebrány testy a bylo zakázáno užívat samého názvu psychologa a zavedl se název sociálně-psychiatrický asistent, jehož práce byla řádem omezena na činnosti laboranta a sociálního pracovníka (tehdejší Řád práce pro sociálně-psychiatrické asistenty, 1953).

Tato těžká doba ukázala celou řadu možností pro psychology i psychologii.

Zaprvé: ukázalo se, že psychologové-vědci dokázali z proudu kritiky, která byla nejen správná, ale také „zlostiná“, vylovit to, co bylo věcné a užitečné pro pokrok naší vědy. Přijetí zásad teorie Pavlova za současného odvržení introspekce vytvořilo základ pro vznik polské obdoby objektivní psychologie, opřené na koncepci autoregulace, jejíž základy byly formulovány v systému Andrzeje Lewickiego (1960) a Tadeusza Tomaszewskiego (1964). Existence této teorie umožnila opření klinické psychologie o vědecké a teoretické základy.

Zadruhé: opření psychologie o zásady dialekticko-historického materialismu způsobilo pevné spojení se společenskými vědami. Člověk, který je výtvořem a tvůrcem svého prostředí, se ukázal značně bližší novým koncepcím než uzavřený příkrov jeho vědomí, a přitom výzkumy o něm více než kdy jindy přibližovaly akademickou psychologii k problémům společenské praxe.

Zatřetí: pomoc klinických psychologů se ukázala nezbytná, což vyřešilo jednou provždy tento diskusní problém. Mimo nahrazení názvu psycholog názvem psychiatrický asistent (což mělo za následek degradaci jeho profesionální pozice), mimo zákaz užívání tradičních psychologických metod, zákazu podpisování výsledků svých výzkumů a jiných opatření zůstala pozice psychologa, zvláště v dětských odděleních v Poradnách psychické zdraví, de facto stejná. Naopak, mnoho klinických psychologů postavených před nový typ problémů začalo svoji práci za pomoci metod velmi příbuzných klinickým technikám. Psychologové realizovali v praxi klinické výzkumy pomocí metodiky podmiňování, vyžadující interpretaci regulačních mechanismů přizpůsobení. Vycházejíce mimo oblast testů, začali ve větší míře používat experiment (Włodarski 1954, 1956, 1957a, 1957b, 1959), rozhovor s psychologickou rozmluvou (Gerstmann 1957) a zkoumat pato-sociologické jevy.

Tímto způsobem se vytvořily profesionální postoje, nutné k přijetí teoretických znalostí a metodologie, které umožnily klinickým psychologům dobýt pozice specialisty.

Začtvrté: přes zájem o učení Pavlova nastalo přiblížení k fyziologii mozku. Projevilo se to v neuropsychologii. Tato část klinické psychologie přivedla psychology na neurologické a neurochirurgické kliniky. Ostrá kritika psychologie, vedená v letech 1950 až 1955, nejen že nevedla, mimo velké ztráty personálu, k likvidaci psychologie a k jejímu zastoupení fyziologií, ale naopak uspíšila hluboké změny v polské psychologii, které umožnily roku 1956 navázat na výsledky světové psychologie při zachování vlastní specifiky, charakterizované kritickým poměrem k bezplodným analýzám introspekce a formálního behaviorismu nebo k měření nevědomého nevědomým. Analýza materiálů Státní porady psychologů svolané roku 1956 ukazuje na удивující dobrý stav klinické psychologie. Ukázalo se, že po celý čas pracovala dobře zařízení Pracovna klinických psychologů při Psychiatrickém ústavu v Kobierzynie, vedená dr. Mieczyslawem Choynowskim. Počet psychologů na pracovištích zdravotní služby překročil úroveň období před rokem 1950 (dosáhl počtu 200 osob, Trebaczkiewicz 1958) a jejich profesionální úroveň jako odborníků umožňovala činit nejlepší předpovědi.

## 5. Poválečné období — třetí část (od roku 1956—1962)

Kliničtí psychologové jako první profesionální skupina psychologů zorganizovali dva roky po Státní poradě psychologů vlastní Státní konferenci klinických psychologů. Organizátorem byl Komitét užité psychologie. Na konferenci byl uveden dosažený vědecký výsledek a hlavní význam spočíval v seskupení klinických psychologů a v přehledu všech záležitostí. V této době se začaly objevovat první výsledky reformy psychologického studia, které obsahovaly ve svém programu 350 hodin lékařských předmětů. Hlavní změny v oblasti probíhaly na universitách. Projevilo se mezi jiným ve změnách tematiky magisterských prací. Objevily se také práce směřující k objektivizaci výsledků a spojení s konkrétními klinickými problémy. V tomto směru se na prvním místě umístila katedra psychologie na Universitě A. Mickiewicza v Poznani, kde pod vedením Stefana Blachowského a Andrzeja Lewickiego začala realizace kompletních výzkumných témat, jako např. experimentální výzkum změn různého typu v procesu vnímání a myšlení u nemocných s operovaným mozkem (Lewicki 1964a), nebo klinické a experimentální výzkumy procesu adaptace u neurotiků, realizovaných již tehdy, kdy výsledek amerických psychologů v této době nebyl ještě v Polsku známý (Lewicki, Kocowski 1964). Na seminářích, organizovaných na Psychometrickém pracovišti PAN byly diskutovány problémy klinických testů. Byl organizován sedmiměsíční kurs pro klinické psychology. Jagwiga Ostaszewska se první pokusila systematizovat problémy klinické psychologie v Polsku (Ostaszewska 1960). Z iniciativy Psychoneurologického institutu se konalo setkání, kde se diskutovalo o problémech užitečnosti klinické psychologie. Psychologové začali pronikat mimo psychiatrickou léčebnu. Začala se překládat příručka klinické psychologie Wallena. V Poznaňském oddělu PTP vznikla první polská Sekce klinické psychologie. Dověšením úspěchu v této době bylo založení Katedry klinické psychologie na Universitě A. Mickiewicza. Vznikl Ústav klinické psychologie na varšavské universitě a Jagellonské

universitě. Výše uvedená fakta dokazují mnohostranný a intenzivní rozvoj klinické psychologie v období 1956—1962, kdy se konala II. státní konference klinických psychologů. Charakteristickým rysem tohoto období byl spontánní rozvoj, ale nedostatek výrazně určitých koncepcí klinické psychologie, shodných se skutečným stavem věcí. Definice J. Ostaszewské (1963) byla vzhledem k rozsahu stanovená správně, ale operovala mnoha nejasnými pojmy, aby mohla postačovat. Definice zní takto:

„... klinickou psychologií se rozumí ta oblast užití psychologie, která se zajímá o výzkum a adaptaci k okolí jak osob psychicky chorých, tak i těch, které mají poruchy osobnosti, nebo těch, u kterých vznikají nepravidelnosti v adaptaci na jiné podmínky života vzhledem k těžkostem, s nimiž se setkávají.“ Zdá se, že chápání klinické psychologie jako odvětví užití psychologie, jak uvádí definice, znemožňovalo vytvořit koncepci klinické psychologie. Především proto, že ve skutečnosti užitá psychologie nikdy neexistovala. Je to slovo „mýtus“, které mělo dát vědecký význam praktické činnosti psychologů. Jako užitá psychologie se rozumělo využití znalostí obecné psychologie v praxi, tedy jako by skutečně existovala možnost přímo zavést znalosti obecné psychologie do praxe a jako by se se tento program skutečně realizoval. Kliničtí psychologové konali své výzkumy, prováděli interpretace výsledků, vymýšleli způsoby psychoterapie a neodvolávali se na svou znalost obecné psychologie, která pro ně byla zásadně přítěží. Měli vlastní problémy, vlastní metody, vlastní kádry a dokonce vlastní odborný jazyk, ale neměli vlastní teorii činnosti, vlastní základní výzkum, protože se stále zakládalo na tom, že nedělají nic jiného než zavádění výsledků psychologie do praxe. Za těchto podmínek se nelze divit, že nové pojetí psychologie ve svém programu nenavazuje na užitou psychologii a že je uvedl ve své práci člověk, který nebyl psycholog. Dr. Mieczysław Chojnowski opublikoval na stránkách „Služby Zdrowia“ dva obšírné články, ve kterých systematicky vyložil svůj názor na specifiku klinické psychologie. (Chojnowski 1956.) Článek nevyvolal a ani nemohl vyvolat žádnou polemiku. Teze v něm obsažené byly jediným otištěným dokumentem reprezentujícím stanovisko klinických psychologů k vedení zdravotnické služby, pokud jde o úkoly a hodnocení užitečnosti vlastní profese.

Dr. Chojnowski ukazuje na velmi široký vějíř institucí, ve kterých nacházejí nebo mají nacházet zaměstnaní kliničtí psychologové. Od příliš širokého chápání klinické psychologie se vzdaluje již v úvodu a omezuje celou problematiku na užívání psychologických metod k poznání jednotlivce. Dr. Chojnowski navrhuje ohraničit rozsah činnosti klinických psychologů na psychické choroby a tvrdí, že se přijal způsob rozlišování tří základních funkcí psychologa v psychiatrické léčbě: 1. společná účast v diagnostickém výzkumu nemocných, 2. výzkumné práce v oblasti klinické psychologie, psychoterapie a psychopatologie, 3. účast při léčení.

U první funkce podává velmi široké vysvětlení diagnostických problémů od úvodních „standardních“ výzkumů až k ocenění účinnosti léčby a zkoumání schopností v rámci rehabilitačního programu. Nejdůležitějším z nástrojů výzkumu současně klinické psychologie je test. Po testu následuje inventář příznaků a výsledky pozorování. Autor stručně uvádí význam testů a program jejich použití v diagnostickém zkoumání. Dělá závěr, který je překvapující a současně tvoří syntézu jeho názorů na podstatu klinické psychologie. „Tedy metody klinické psychologie stanoví především zlepšení a zpřesnění metod popisu nemocného, ale nemají vůbec nic společného s psychologickou interpretací onemocnění a jeho příčin. Umožňují jednoznačnou charakteristiku, přesné srovnání, zkoumání souvislosti mezi různými činiteli a statistické zpracování a v mnoha ohledech převyšují popisy nemocných, kterými jsou vyplněny chorobopisy.“

Méně jasně je zde vysvětlen problém vědecké spolupráce psychiatrů a psychologů v oblasti klinické psychologie a obecné i speciální psychopatologie. Autor tvrdí, že „... problematika klinické psychologie zahrnuje především vypracování diagnostických metod výzkumu v celé oblasti potřeb psychiatrické léčby“, a zase „problematika psychopatologie zahrnuje problémy struktury a poruch osobnosti, příčiny a podstatu v klasifikaci psychických chorob... a různých psychoterapeutických problémů“. Neobjasňuje, v čem má počítat účast klinické psychologie v psychopatologických výzkumech. Je možno se pouze domýšlet, že by to byla účast v oblasti systemizace a popisu výsledků, protože metody, které psycholog ovládá, vylučují účast jiného druhu, jako je například formulace a verifikace hypotéz, které vysvětlují průběh poruchy.

Současně s těmito názory je uveden podíl účasti klinického psychologa v procesu léčby. Po potvrzení, že správný poměr v chápání nemocného patří k povinnostem každého pracovníka zdravotnictví a není psychoerapie, podobně jako léčení prací a zřívou, které patří k obecné rehabilitaci a socializaci nemocných, ohraničuje autor oblast psychoterapie na psychoanalytické a nep psychoanalytické způsoby psychoterapie a na hypnózu. Činnost tohoto druhu, jak uvažuje, přísluší pouze lékařům, a to nejen proto, že v Polsku pouze lékaři mají právo léčit, ale také proto, že jak uvádí: „Tak jako psychiatrická diagnostika se zvolna stává vědou, ve které mají psychologové dnes co říci, tak léčení zůstává nadále uměním, které z podstaty věci je dostupné pouze lékařům díky jejich vzdělání.“ Třetím argumentem je tvrzení, že psychoterapie je umění těžší než farmakoterapie a že k ní nestačí psychologické studium.

Uvedené názory obsahují následující teze:

1. Oblast práce klinických psychologů je psychiatrie.
2. Specialitou klinického psychologa je provádění diagnostického výzkumu.
3. Vědeckovýzkumná práce klinického psychologa spočívá v provádění výzkumu diagnostických metod.
4. Cílem práce klinického psychologa je měření jistých psychologických funkcí, v nejlepším případě sestavení poměrů za účelem určení statistických souvislostí.
5. Psychologické interpretace výsledků výzkumů a jejich využití při plánování přístupu k nemocnému nenáleží tedy do kompetence klinického psychologa.
6. Klinický psycholog nemůže provádět psychoterapii, protože k tomu nemá úřední oprávnění a profesionální přípravu.

Zdá se, že dnes po osmi letech by polemika s těmito názory byla snadná. Rozvoj teorie a praxe šel jiným směrem, ale přesto se nacházejí dozvuky této koncepce, obsažené v zásadách tzv. „laboratorní formy práce klinického psychologa“.

Dovolím si učinit několik úvah.

1. Existuje velký a stále rostoucí počet klinických psychologů pracujících mimo psychiatrii v oblasti neurologie, pediatrie a ortopedie, nebo mezi lidmi, u kterých maladaptace se projevila v přestupcích proti zákonům. Práce psychologů v těchto oblastech je v mnoha případech více oceněna a vyhledávána než v psychiatrii.
2. Diagnostický výzkum, který stanoví velký podíl práce klinického psychologa, nevyčerpává oblast jeho povinností. Je to ve shodě s tendencemi, pozorovanými v jiných zemích kde se soudí, že v mnoha případech procesu diagnózy se nedá oddělit diagnostický výzkum od procesu terapie, hlavně psychoterapie (Abt 1952).
3. Vědeckovýzkumné práce klinických psychologů nesou nejen charakter popisný, ale i vysvětlující, což získalo uznání a odraz na stránkách lékařského tisku.
4. Samotné měření poruchy bez psychologické interpretace se stalo synonymem profesionální neschopnosti.
- 5, 6. Psychoanalytické terapie neměly nikdy v Polsku větší význam a současně používaná psychoterapie, opřená o obecnou teorii chování, vyžaduje na psychoterapeutovi příliš mnoho vědomostí z psychologie, než aby jakkoliv odpovědný lékař se mohl tázat klinického psychologa po oprávnění provádět psychoterapii. Tím spíše, že se metody současné psychoterapie nezakládají na hypnóze, ale jsou příbuzné s převýchovou a mají celkové jiné charakter než typ léčení, které měly na mysli tvůrci zákonů, berouce do ochrany zdraví člověka před šarlatány všeho druhu.

Psycholog v Polsku, na rozdíl od USA, nikdy nepracuje osamocně mimo léčebnou skupinu a pacient je vždy vyšetřen lékařem. Mimo to však není pravda, že lékařská studia připravují lékaře k provádění psychoerapie. Dále není pravda, že psychoterapie je těžší než farmakoterapie. Není to dosahujícím argumentem, aby její činnost nemohl provádět odpovědně specializovaný klinický psycholog. Je to argument týkající se možná úrovně inteligence a nikoliv způsobu vzdělání.

## 8. Poválečné období — čtvrtá část (od roku 1982)

V říjnu roku 1962 se konala II. státní konference klinických psychologů. Materiál uvedený na této konferenci v referátech a zprávách ukazoval, že klinická psychologie vešla jako věda do nové etapy rozvoje. Poprvé byly formulovány teoretické základy rozvoje klinické psychologie v Polsku a byl dán do diskuse projekt profesionální specializace klinických psychologů. Obsah sdělení jasně svědčil o existenci našeho vlastního vědeckého a praktického výsledku, který není mechanický import zahraničních metod a ideí. Na konferenci došlo ke konfrontaci názorů na klinickou psychologii z předchozí fáze s názory, které byly vypracovány na katedře klinické psychologie University Adama Mickiewicze v Poznani (Obuchowski 1963).

Výchozím bodem pro vypracování nové koncepce byly následující předpoklady:

1. Klinická psychologie nemůže existovat bez vlastní teoretické základny.
2. Tato teorie nemůže být odtržena od teorie jevů, se kterými klinická psychologie pracuje, a také od výsledků obecné psychologie.
3. Tato teorie musí být moderní a spojená s marxistickou teorií o příčpůsobivých činnostech regulace, kterou vypracovali polští vědci.
4. Tato teorie musí navazovat na aktuální stav praxe klinických psychologů.

Tuto koncepci uvedl ve svém referátě prof. Andrzej Lewicki: „Hlavní problémy klinické psychologie“ (Lewicki 1964b). Nemohu zde uvádět obšrný obsah referátu a omezím se na uvedení definice klinické psychologie, která plně ukazuje přesné rysy nového pojetí. Podle Lewického je klinická psychologie „... nauka o poruchách příčpůsobení, a jejím úkolem je teoretický výzkum všech forem nedostatečného příčpůsobení, jeho psychologického mechanismu a činitelů, na kterých záleží, a za druhé užívání této vědy k psychologické diagnostice a terapii u osob, kde se tyto poruchy objevují (s. 70)“.

Lewicki opírá pojetí příčpůsobení obsažené v definici o teorii autoregulace, která stanoví základní nástroj analýzy psychických mechanismů nepříčpůsobení. Psychologická diagnóza je diagnóza nepříčpůsobení a má určit hypotézy o podílu psychických činitelů ve zkoumané poruše.

Hypotézy musejí být formulovány v jednotné a objektivní terminologii. Nezávisle na tom, jaké metody psycholog používá; nemůže být pouze jeho cílem popis výzkumu nebo výsledků pokusné osoby „jazykem“ použité metody, jak se to dosud provádělo, ani také nosologické klasifikace, která má jiný cíl než psychologická diagnóza a opírá se o jinou diagnostickou metodu. Největší užitek z účasti klinického psychologa při klinické diagnostice bude tehdy, když dokáže formulovat a potom verifikovat hypotézy, které objasňují účast psychických faktorů v dané poruše. Bude to eliminovat z jazyka klinického psychologa „panchrestony“ všeho druhu (panchreston — slovo vzniklé nedávno v americké psychologii; určuje diagnózy, které se nedají verifikovat) a umožní to správné zpracování faktů. Při různých poruchách bude mít psychologická diagnóza samozřejmě různý charakter. U neuróz bude diagnóza určovat příčiny a pravidla probíhajícího procesu onemocnění; u organických onemocnění se bude týkat existence jemných poruch v průběhu psychické regulace, které mohou mít souvislost se strukturálními změnami v činnosti mechanismu mozku. Objasnění těchto poruch bude provádět neurolog.

Při tomto pojetí se metodika výzkumu stane funkcí cíle výzkumu a znalostí o tomto cíli a nebude věc sama pro sebe, jak se to často děje při testování, kdy se určitý test používá hlavně proto, že existuje.

Tato koncepce svědčí také o tom, že psychologická teorie dospěla k tomu, aby se stala základem psychologické praxe. Směr lékařské psychologie, spočívající na odtržení akademických psychologů od praxe, ztratil základy své existence. V práci klinických psychologů se dostane do popředí směr druhý. Tímto způsobem byly vytvořeny základy k rozvoji klinické psychologie jako vědy. Tento fakt staví před klinické psychology zvýšené požadavky v oblasti teorie i praxe. Proto na II. konferenci bylo rozhodnuto, že výzkumné práce o teorii a zásadách činnosti klinických psychologů musejí probíhat současně s tvorbou programu a organizace odborného školení klinických psychologů.

Těmito otázkami se zabývá referát Kazimierza Obuchowskiego „Profesionální specializace klinických psychologů“ (Obuchowski 1963b). Projekt specializace předpokládá dva stupně spojené s vykonáním určené stáže, kursů, školení a složením státní zkoušky. Samotné skončení studia by nebylo oprávněním k provádění samostatné profesionální praxe.

Přestože v této chvíli je ještě daleko k realizaci projektu specializace a projekt ještě nemá praktický význam, je určen teoretických koncepcí klinické psychologie již významné. Výrazně působily na rozvoj profesionálního vědomí klinických psychologů. Je to nezbytná podmínka pro vytvoření motivů ke zvyšování kvalifikace a expanzi profese. Teoretické koncepce také umožňovaly vhodné využití možností vzniklých z další reformy psychologického studia zavedením specializace studentů již od IV. roku studia. Předtím bylo zavedeno 120 hodin cvičení z metod výzkumu osobnosti (s elementy z klinické psychologie) a dále 60 hodin cvičení z klinické psychologie ve IV. roku studia a 60 hodin přednášek z teorie klinické psychologie a dodatečné hodiny praxe v profesi. Je nutno uvést, že se v Poznání všichni kliničtí psychologové účastní těchto přednášek a jsou uvolňováni z praxe.

## 7. Vědeckovýzkumný výsledek klinické psychologie

Analýza existujících prací z klinické psychologie umožňuje: 1. potvrzení teze o samostatnosti klinické psychologie jako vědy; 2. uznání heuristické hodnoty její definice jako vědy o poruchách přizpůsobení; 3. určení skutečné oblasti problémů řešených klinickými psychology v Polsku.

Jako v každé jiné vědě s výraznými praktickými aspekty můžeme rozlišit základní výzkum, teoretické studie, monografie, příručky, práce o metodách, vedení organizačních a odborných záležitostí. V bibliografii je uvedeno 80 poválečných prací, které zahrnují celou vědeckou produkci klinických psychologů. Jsou to výlučně práce přičtené autorem tohoto referátu. Je možné předpokládat, že je to bibliografie dosti reprezentativní a její přehled umožňuje řadu připomínek. Charakter referátu nutí někdy k rezignaci na meritorní analýzu, která čeká na zvláštní vypracování. Ale již celková formální analýza samé bibliografie dává překvapující výsledky; uvedu je v pěti bodech:

1. Vědecká produkce v oblasti klinické psychologie je velmi intenzivní. Svědčí o tom orientační přepočítání počtu vědeckých prací vzhledem k průměrnému počtu klinických psychologů během dvaceti let (90 prací). Výsledek je jedna práce ročně na 18 psychologů, a přitom je nutno pamatovat, že první vědecké pracoviště vzniklo roku 1960 a že pouze výjimečně pracovali psychologové ve skupinách, což značně ztěžovalo vědeckou práci.
2. Zvláště velký růst počtu publikací nastal v IV. období, protože kolem 50 % prací bylo vydáno po roce 1961.
3. Vědecký charakter klinické psychologie určuje fakt, že kolem 70 % prací má charakter prací základního výzkumu, teoretických studií a monografií. Žádná z uvedených publikací nemá charakter drobných zpráv o jednotlivých pozorováních.
4. Problematika prací zahrnuje všechny oblasti klinické psychologie, které se rozvíjejí ve světě: Teorii přizpůsobení s experimentální psychopatologií, metodiku diagnostického výzkumu, psychoterapii a organizační práce v profesi a výuku. Rozdělení práce v těchto oblastech je nerovnoměrné. Nejméně pozornosti se věnuje psychoterapii a metodám, ačkoliv se o nich mluví nejvíce.
5. Pokud jednáme o profesi, mám velmi širokou reprezentaci, zahrnující psychiatrii, neurologii a neurochirurgii, ortopedii, pediatrii endokrinologii, internu, sociální poradenství a problematiku vězňů. Velmi málo práce je věnováno alkoholismu, práci v psychicky těžkých podmínkách a soudní psychologii.

## 8. Charakteristika aktuální situace klinických psychologů

Ve shodě se zásadami celkového rozvoje psychologie v nejbližších letech byla přijata zásada nadřazenosti vědeckovýzkumné činnosti nad organizační praxí. Jak vyniká z uvedených materiálů, úroveň profesionální praxe závisí v první řadě na úrovni výsledků vědecké práce týkajících se předmětů této praxe. Každý pokus brát věc opačně je

v podstatě odkázáním psychologické praxe k ustrnutí a schematismu, které jsou vlastní všem oblastem společenské praxe založeným především na empirii. Klinická psychologie je ještě příliš mladá, slabě rozvinutá disciplína, aby mohla svoji praxi opírat o činnost „techniků“, jak se to děje v lékařství či průmyslu, kde lékař či inženýr dostává hotové vzory k postupování pro určité situace a vhodnost vzorů se určuje dokonalostí při realizaci. Klinický psycholog takové vzory nemůže dostat. Musí být pracovníkem, který dovede samostatně interpretovat konkrétní případy za pomoci obecných tvrzení, omezených jeho vlastní empirií a zásadami vědeckého myšlení. Je pochopné, zdali by se dnes mohla opakovat dávná diskuse, zda klinický psycholog má být „technikem“ — dobrým realizátorem určitých pracovních metod, nebo „inženýrem“ — tvůrcem a realizátorem metod přizpůsobných na konkrétní problémy, mít o nich vědomost a znát situaci a být spoluautorem této vědy. Obecné pochopení tohoto faktu je první charakteristický rys současné klinické psychologie. Druhým charakteristickým rysem naší oblasti vědy je vytvoření specificky polských forem profesionální práce psychologa, přizpůsobených socialistické zdravotní službě. V Polsku neexistuje problém konkurence s lékaři v soukromé praxi, doléhající na rozvoj klinické psychologie například v USA. Existuje pouze konkurence znalostí a dovedností. Nízké ambice nebo nedůvěra v administrativní předpisy, příliš vzdálené snaze prospět pacientům, budou během let ve zdravotní službě zanedbatelné. Bude k tomu přispívat zvyšování celkové úrovně lékařských kvalifikací a změny systému studia na medicíně a psychologii. V některých sřídiscích se tvoří již nyní, k blahu pacientů, formy skupinové spolupráce, kde psycholog má roli rovnocenného odborníka.

Třetí okolností je krize koncepce klinického psychologa jako laboranta, tak typická pro II. a III. období. Stává se stále obecnějším přesvědčením, že každá psychologická diagnóza, dokonce i v neuropsychologii, je bez zasvěcení psychologa do celého klinického procesu z vědeckého hlediska nepřijatelná. Nemůžeme souhlasit teoreticky s možností hodnotit poruchy, dokonce jedinou psychickou funkci, v odtržení od vývoje jednotlivce, jeho sociální situace, fyzického stavu a akčních postojů.

Čtvrtou vlastností je navázání na experimentální směr v klinické psychologii se současným odvržením falešných představ o užité psychologii. Nastal rozvoj metod klinického experimentu, které konkurují testům. Tomuto problému byla věnována patřičná pozornost na XIV. sjezdu PTP. Tento způsob spojuje profesionální praxi klinického psychologa s celým ohromným výsledkem obecné psychologie a psychopatologie.

Pátým bodem je praktické uznání práv klinických psychologů provádět psychoterapii. Nalezlo to svůj odraz mezi jiným v početné reprezentaci psychologů v Sekci psychoterapie v Polské psychiatrické společnosti. Někteří kliničtí psychologové se věnují pouze psychoterapii.

Šestá vlastnost je stále výraznější specializace klinických psychologů. Rozdělení klinických psychologů na specialisty pro děti a dospělé vytvořené v předchozím období nyní podlehlo vývoji.

Vydělily se specializace neuropsychologa, psychoterapeuta, vězeňského psychologa (je možné jej nazvat penopsychologem), psychologa pro otázky invalidů a psychologa logopeda. Mezitím se posílila pozice klinického psychologa jako experta u soudu, a to nejen jako dříve v otázkách týkajících se nezletilých, ale i v otázkách civilních a kriminálních u dospělých. Byly provedeny pracovní pokusy s použitím variografu k pátracím a soudním účelům.

Zdá se, že celý tento obširný materiál potvrzuje zásadní pozitivní zhodnocení rozvoje naší vědy v poválečném Polsku. Z nutnosti jsem musel v referátu některé věci zjednodušit, pomínout zjevy netypické, epizodické a rezignovat na mnoho podrobností, aby bylo možno zachytit zásadní historické tendence rozvoje klinické psychologie a její obecnou formu. Kolektivně vypracovaný projekt se nedal realizovat nikoliv z mojí viny. Uvedené teze získaly souhlas profesora Andrzeje Lewickiego, a proto nejsou pouze jevem osobních názorů. Nejsem však přesvědčen, že by celkové ocenění podleho v jaké změně po doplnění mého referátu jiným materiálem a odlišné interpretaci faktů. Rovněž bude odůvodněné doplnění tohoto hodnocení tvrzením, že základní podmínkou rozvoje klinické psychologie v Polsku byla konkrétní podpora současné marxistické psychologické teorie a přizpůsobení se normám a požadavkům socialistické zdravotní služby.

## 9. Připomínka pro budoucnost

Uvedený referát měl za úkol zachytit základní vývojové tendence klinické psychologie a ukázat, co bylo dosaženo a s čím se bojovalo. Kritické úvahy a hodnocení nedostatků bude obsaženo v následujících požadavcích, stanovících současné návrhy připomínek našeho sjezdu:

1. Protože je nedostatek vypracovaných forem spolupráce mezi středisky klinické psychologie, navrhujeme zorganizovat každoroční symposia, a to následující v Poznani, potom v Krakově a ve Varšavě, věnovaná nejaktuálnějším problémům teorie a praxe. Symposia musí během let získat mezinárodní charakter a shromažďovat klinické psychology bratrských zemí.
2. Poněvadž se blíží doba, kdy ministerstvo zdravotnictví bude moci přistoupit k praktickým krokům spojeným s organizací specializace klinických psychologů, musí hlavní výbor PTP současně s komitétem pro Otázky užití psychologie provést rozmluvy na toto téma a stanovit konkrétní možnosti realizace existujícího Projektu. Zprávu o otázce specializace je nutno zařadit na program XVII. sjezdu PTP.
3. Dále je nutné bez ohledů vyloučit z psychologických pracovišť ve zdravotnictví a vězeňské službě osoby, které nemají magisterium z psychologie. Tato záležitost musí být předmětem zvláštního memoriálu s uvedením institucí a jmen.
4. Konečně je nutno obnovit snahy o změnu předpisů zbavujících klinické psychology práv, která jim nenáleží vzhledem k vykonávaným povinnostem. Zásadní roli musí v budoucnosti sehrát organizovaná sekce klinických psychologů při Odborovém svazu pracovníků zdravotní služby.
5. Je nutno vytvořit komisi, která přistoupí k vypracování polské příručky klinické psychologie nebo odpovídajícího souboru překladů. Je to podmínka masového školení klinických psychologů. Existující překlad příručky Wallenovy (1964) se k tomu nehodí.

Realizace těchto šesti připomínek v průběhu nejbližších tří let by byla velkým krokem vpřed.

## POZNÁMKY

1. Článek je text referátu přečteného na 16. Vědeckém sjezdu Polské psychologické společnosti v Gdyni dne 14. 11. 1964. Autor děkuje prof. dr. Andrzejovi Lewickému za pomoc při poslední úpravě článku a děkuje doc. dr. Marri Suslowské, dr. Kazimierzowi Godorowskiemu a dr. Mariuszowi Maruszewskiemu za pomoc při shromažďování materiálů.
2. Mimo uvedené práce z bibliografie a řadu úvah o praktických a teoretických problémech klinické psychologie v Poľsku obsahuje článek obšírnou recenzi od Andrzeje Lewickiego [Kazimierz Dobrowski: *Dětská sociálně výchovná psychiatrie*], Mariusza Maruszewskiego [A. R. Luria: *Otázky kortikálních funkcí člověka a jejich poruchy při lokálních poškozeních mozku*], Kazimierza Obuchowskiego [S. J. Rubinštejn: *Metody experimentální psychologie*] a recenzi knihy Wallena: *Klinická psychologie*. Mimo to existuje řada prací, které nelze zařadit mezi výsledky klinické psychologie, ale které přinesly teoretické základy k rozvoji, a jako takové důležitější práce: Andrzej Lewicki: *Procesy vnímání a orientace okolí* (1963), jsou základní literaturou k výuce a sebevzdělání klinických psychologů. Jsou to následující: Andrzej Malewski: *O zastosowaniach teorii zachowania* (1964), Janusz Reykowski: *Metodologické problémy současné psychologie* (1964), Tadeusz Tomaszewski: *Úvod do psychologie* (1964).

