

MAJA FILIPIAK *

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny; Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki Psychologicznej PTP

WŁADYSŁAW JACEK PALUCHOWSKI

Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM; Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki Psychologicznej PTP

Standardy diagnostyki psychologicznej – historia powstania¹

Artykuł przedstawia historię Ogólnopolskiej Sekcji Diagnostyki Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz tworzenia „Standardów diagnostyki psychologicznej” oraz uzupełniających je wytycznych do ich stosowania.

The article presents the history of the Polish Section of Diagnosis of the Polish Psychological Association and the creation of "Standards of psychological assessment" and their complementary guidelines for their application.

Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki Polskiego Towarzystwa Psychologicznego została powołana w grudniu 2012 roku. Członkami założycielami byli psychologowie zainteresowani rozwijaniem profesjonalizmu w diagnostyce psychologicznej – pracownicy placówek naukowych (Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytetu SWPS w Warszawie, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego), medycznych (Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Akademickiego Centrum Psychoterapii i Rozwoju SWPS), sądowych (Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie), edukacyjnych (Instytut Badań Edukacyjnych w Warszawie), przedstawiciele Pracowni Testów PTP, oraz Centralnego Instytutu Ochrony Pracy w Warszawie.

Celem, dla którego powstała Sekcja było m.in. wypracowanie i wdrożenie standardów dobrych praktyk w zakresie diagnostyki psychologicznej oraz standardów szkoleń psychologów w zakresie diagnostyki psychologicznej, a także rozwijanie i propagowanie inicjatyw, postaw i działań sprzyjających uznaniu i promowaniu na polskim gruncie standardów praktyki opartej na dowodach (ang. *Evidence-Based Assessment*) w obszarze psychologii.

Jednym z podstawowych motywów, dla których w ramach Sekcji Diagnostyki rozpoczęto prace nad standardami była ochrona zarówno osób diagnozowanych, jak i diagnostów. Dzięki opisaniu standardów diagnostyki psychologicznej osoba uczestnicząca w badaniu

* Adres do korespondencji: Maja Filipiak, Akademickie Centrum Psychoterapii i Rozwoju przy Uniwersytecie SWPS, Warszawa; mfilipiak@swps.edu.pl

¹ Opracowano na podstawie Paluchowski W.J., Tarnowska M., Filipiak M., Zalewski B. (2015). Standardy diagnostyki psychologicznej W: Filipiak, M., Paluchowski, W. J., Zalewski, B., Tarnowska, M. (red.) Diagnostyka psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia. Warszawa: PTP/PTP s. 57-93 oraz strony <https://sekcjadiagnozy.wordpress.com/>

diagnostycznym wie, czego się może spodziewać. Psycholog zaś ma swego rodzaju wytyczne, dzięki zastosowaniu których zmniejsza się prawdopodobieństwo popełnienia przez niego błędów. Oczywiście standardy mogą mieć formę mniej lub bardziej sformalizowaną. Przy wysokim poziomie formalizacji standardy należałoby traktować jako zero-jedynkowe przykazania (nakazy), zaś nadając im niższą wagę, można je traktować jako ogólne wytyczne które należy brać pod uwagę podczas realizowania diagnozy, dostosowując ich realizację do konkretnego kontekstu (wytyczne). Ze względu na tradycje w psychologii w tym obszarze przyjęto jako rozwiązanie używanie terminu „standardy”. Tworząc „Standardy diagnozy psychologicznej” przyjęto, że tworzone standardy będą jedynie ogólnymi rekomendacjami. Nie sposób bowiem nakazywać, co konkretnie ma zrobić diagnosta, gdy staje przed konkretnym problemem. Trzeba też brać pod uwagę rozwój wiedzy naukowej w danym obszarze. Należy też wyraźnie zaznaczyć, że przestrzeganie lub nie standardów w ich mniej sformalizowanej formie zależy od dobrej woli wszystkich zainteresowanych. Nie są one bowiem aktem prawnym (normatywnym), ale zbiorem rekomendacji odnoszących się do określonych działań psychologów w obszarze diagnozowania.

Pierwsze działania ukierunkowane na opracowanie Standardów rozpoczęły się na początku 2013 roku. Powstał zespół roboczy, który zainicjował oraz koordynował prace nad dokumentem standardów ogólnych (uniwersalnych z punktu widzenia kontekstu praktyki diagnostycznej). Początkowo zespół liczył 3 osoby. Byli to: dr Monika Tarnowska, dr Bartosz Zalewski oraz Maja Filipiak. Członkowie tego zespołu rozesłali pocztą elektroniczną list zapraszający psychologów do wypowiedania się w sprawie treści, jakie powinny znaleźć się w Standardach. Maile rozesłano na ponad 800 adresów. Na podstawie otrzymanych odpowiedzi stworzono pierwszą roboczą wersję standardów. Na tym etapie do zespołu dołączyły jeszcze dwie osoby: prof. dr hab. Władysław Jacek Paluchowski oraz dr Anna Łuczak.

Dokument zawierający pierwsze robocze sformułowanie standardów został skonsultowany z członkami Sekcji, po czym skierowano go do konsultacji społecznych w środowisku polskich psychologów. Zaproszenie do komentowania dokumentu wywieszono na stronie internetowej Sekcji, a także rozesłano do oddziałów i sekcji PTP, katedr, instytutów i wydziałów psychologii na polskich uczelniach, a także wielu państwowych i prywatnych ośrodków i poradni psychologicznych oraz terapeutycznych. Powstała też ankieta elektroniczna, w której proszono o ocenę każdego standardu na wymiarach – czy standard jest zasadny, zrozumiały oraz możliwy do wprowadzenia we własnej pracy. Na ankietę odpowiedziało 111 respondentów; dodatkowo autorzy otrzymali kilkanaście listów elektronicznych z omówieniem wszystkich lub poszczególnych standardów, w większości

pisanych w imieniu instytucji lub ośrodków psychologicznych. Najogólniej rzecz biorąc wyniki ankiety dawały podstawy, by uznać, że opracowywane standardy są merytorycznie zasadne, zrozumiałe oraz możliwe do wprowadzenia we własnej pracy. Respondenci wpisali wiele komentarzy do poszczególnych standardów, które następnie dyskutowano zarówno w Zarządzie Sekcji jak i na Walnym Zebraniu członków Sekcji.

Wstępną wersję dokumentu Standardów prezentowano i dyskutowano podczas III edycji konferencji „Diagnoza psychologiczna jako przedmiot badania i nauczania”, która miała miejsce w Warszawie, w Gmachu Uniwersytetu SWPS, w listopadzie 2013 roku. Ostatecznie pierwsze brzmienie dokumentu standardów ogólnych zostało zatwierdzone przez Walne Zgromadzenie członków Ogólnopolskiej Sekcji Diagnozy Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w dniu 21 czerwca 2014 roku, a następnie opublikowane na stronach Sekcji Diagnozy. Dokument „Standardy diagnozy psychologicznej”, będący pierwszym w Polsce zbiorem zasad i rekomendacji standaryzujących prowadzenie całościowego procesu diagnostycznego zaprezentowano także podczas IV edycji konferencji „Diagnoza psychologiczna jako przedmiot badania i nauczania”, w czerwcu 2015 roku, w Warszawie, w gmachu Uniwersytetu SWPS.

Już wówczas zakładano, że dokument ten podlegał będzie dalszym dyskusjom oraz modyfikacjom. W lutym 2018 roku powstał dokument „Standardy diagnozy psychologicznej, nowelizacja z dnia 17.02.2018 r.”. W stosunku do pierwotnej wersji tekstu, znowelizowany dokument zawiera dodatkowe komentarze dotyczące realizowania diagnozy z udziałem osób z niepełnosprawnościami, pierwotnie spisane w ramach dokumentu pt. „Wytyczne do Standardów diagnozy psychologicznej dotyczące ogólnego diagnozowania osób z niepełnosprawnościami, w zakresie innym niż diagnoza niepełnosprawności”, którego tekst także opublikowano w tym numerze.

Struktura dokumentu Standardów jest następująca:

- blok pierwszy standardów „Konieczne warunki wstępne” to standardy, które opisują warunki podjęcia się przez psychologa wykonania zadania, jakim jest diagnoza psychologiczna;
- drugi blok standardów „Planowanie procesu diagnostycznego” przedstawia wymagania metodologiczne, jakim musi sprostać trafne i rzetelne badanie diagnostyczne;
- blok standardów „Badanie” zawiera opis podstawowych kwestii metodologicznych, metodycznych oraz etycznych prowadzenia badania diagnostycznego;

- czwarty blok standardów „Integracja uzyskanych danych” dotyczy konieczności korzystania przez diagnostę z więcej niż jednego źródła danych diagnostycznych oraz zasad ich integracji;
- piąty blok standardów „Komunikowanie efektów procesu diagnostycznego” dotyczy zasad przechowywania dokumentacji związanej z działaniami psychologa oraz udzielania informacji o wynikach tych działań.

Ważnym uzupełnieniem Standardów ogólnych są propozycje wskazówek dotyczących realizowania tychże standardów w poszczególnych obszarach działań oraz specjalizacji psychologów. W celu tworzenia tego rodzaju dodatkowych opracowań do standardów Sekcja inicjowała powoływanie zespołów zadaniowych zorientowanych na formułowanie wskazówek lub standardów szczegółowych i wspierała ich działalność.

W październiku 2013 roku powołano Zespół Roboczy ds. Diagnostyki Uchodźców, którego koordynatorem była Aleksandra Kamińska. Początkowo Zespół opracował dokument „Standardy postępowania diagnostycznego w sprawach osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce” we współpracy z polskim przedstawicielem Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców. We wrześniu 2015 roku Zarząd Ogólnopolskiej Sekcji Diagnozy PTP przyjął nowelizację tego dokumentu, już jako „Wskazówek realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w sprawach osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce”. Historia prac nad wymienionym dokumentem zawarta została w tym tomie.

W grudniu 2015 roku powołano Zespół Roboczy ds. Diagnostyki Par i Rodzin, którego koordynatorem został dr Bartosz Zalewski. Pierwszą wersję wytycznych zespół opracował w październiku 2016 roku, we współpracy z Sekcją Naukową Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Po wstępnej konsultacji projektu kolejna wersja projektu wskazówek została zaprezentowana podczas marcowej konferencji pt. „Współczesna praktyka diagnostyczna - osiągnięcia i wyzwania” w 2017 roku, w Warszawie, w gmachu Uniwersytetu SWPS. Ostatecznie dokument „Wskazówki realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w diagnostyce par i rodzin do psychoterapii” został uchwalony w dniu 19 stycznia 2019 roku przez Walne Zebranie Ogólnopolskiej Sekcji Diagnozy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, a w dniu 5 lipca 2019 roku przez Zarząd Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Szczegółowe informacje dotyczące tych wskazówek także znajdują się w tym tomie.

W lipcu 2015 roku powołano Zespół Roboczy ds. Diagnozy w Psychologii Dzieci i Młodzieży, którego koordynatorem została dr Agata Potapska. Do lutego 2017 zespół opracowywał wstępny projekt dokumentu standardów, który następnie podlegał

konsultacjom społecznym do lipca 2017 roku (por. <https://sekcjadiagnozy.files.wordpress.com/2018/04/analiza-wynikow-3w-konsultacji-spoecznych-projektu-standardow-3w-diagnozy-psychologicznej-w-edukacji.pdf>). W sierpniu 2017 roku Rzecznik Praw Dziecka powołał Zespół ds. standardów diagnozy psychologicznej w edukacji dla psychologów pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach, w skład którego weszły osoby zaangażowane w prace nad standardami z ramienia Sekcji. Ostatecznie dokument „Standardy diagnozy psychologicznej w edukacji dla psychologów pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach”, po kolejnych konsultacjach społecznych, został zatwierdzony i opublikowany w ostatecznej postaci przez Rzecznika Praw Dziecka w marcu 2018 roku (http://brpd.gov.pl/sites/default/files/standardy_diagnozy_psychologicznej_w_edukacji.pdf). Szczegółowe omówienie znajduje się w publikacji Krasowicz-Kupis, G., Wiejak, K., Filipiak, M., Gruszczyńska, K. (2019). *Diagnoza psychologiczna dla potrzeb edukacji. Standardy dla psychologów pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych*. Gdańsk: Harmonia.

W styczniu 2016 powołano Zespół Roboczy ds. Diagnostyki Osób z Niepełnosprawnościami, którego koordynatorem został prof. dr hab. Jacek W. Paluchowski. Zespół przeprowadził konsultacje środowiskowe zarówno z praktykami jak i ekspertami i ostatecznie sformułował projekt wskazówek, który następnie przedstawił zarządowi Sekcji. W lutym 2018 roku Walne Zebranie członków Sekcji Diagnostyki uchwaliło brzmienie dokumentu „Wytyczne do ‘Standardów diagnozy psychologicznej’ dotyczące ogólnego diagnozowania osób z niepełnosprawnościami, w zakresie innym niż diagnoza niepełnosprawności”. Szczegółowe informacje dotyczące historii prac oraz treści samych wskazówek znajdują się w tym tomie.

W grudniu 2014 roku stworzono Zespół Roboczy ds. Diagnostyki w Sporcie, który opracował wstępną wersję dokumentu „Wytyczne realizacji standardów diagnozy psychologicznej w obszarze psychologii sportu” (<https://sekcjadiagnozy.files.wordpress.com/2019/01/projekt-wytycznych-standardow-3w-diagnozy-w-sporcie.pdf>). Zespół nie ma formalnego kierownika. Treść dokumentu nie została jeszcze poddana konsultacjom społecznym.

W czerwcu 2015 roku powołano także Zespół Roboczy ds. Diagnostyki Neuropsychologicznej, którego koordynatorem została dr hab. Emilia Sitek. W grudniu 2016 roku Zespół ukończył prace nad dokumentem pt. „Wytyczne dotyczące realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w neuropsychologii”. W styczniu i lutym 2017 roku przeprowadzono konsultacje społeczne projektu. Wyniki konsultacji zaprezentowano podczas 36 Kongresu PTP w Gdańsku we wrześniu 2017 roku. Zespół kończy prace nad sformułowaniem ostatecznej postaci dokumentu.

Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki Psychologicznej PTP współpracowała także przy tworzeniu standardów opiniowania sądowego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych. Prace nad tym dokumentem rozpoczęły się z inicjatywy dr Alicji Czeredereckiej (członkini Sekcji Diagnostyki PTP), w ramach prac Sekcji Psychologii Sądowej PTP oraz z Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie. W grudniu 2015 roku dr Czerederecka wraz ze współpracownikami zorganizowała konferencję poświęconą wypracowaniu tekstu standardów. Ostatecznie prace nad dokumentem „Standardów opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych” zostały zakończone w 2016 roku. Historie tych prac oraz treść dokumentu można znaleźć w tym tomie. Szersze omówienie znajduje się w publikacji (Czerederecka, 2016).

W ramach działań Ogólnopolskiej Sekcji Diagnostyki PTP trwają obecnie kolejne prace wykorzystujące uzgodnione zapisy standardów, m. in. w ramach prac nad nowelizacją kodeksów szczegółowych Etyki Zawodowej psychologa, tworzone są zapisy kodeksu odwołującego się do działalności diagnostycznej psychologów, odnoszące się do dokumentu standardów. Trwają także prace nad opisem wybranych kwalifikacji z obszaru diagnostyki do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, bazujące na dokumentach standardów.

Kontekst powstania poszczególnych dokumentów sprawił, że ich nazwy się różnią. I tak autorzy „Wskazówek realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w sprawach osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce” oraz „Wskazówek realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w diagnostyce par i rodzin do psychoterapii” posłużyli się terminem „wskazówki”, żeby podkreślić ich niedyrektywną rolę. „Wytyczne do ‘Standardów diagnostyki psychologicznej’ dotyczące ogólnego diagnozowania osób z niepełnosprawnościami, w zakresie innym niż diagnoza niepełnosprawności” funkcjonują jako „wytyczne”, co w intencji autorów podkreśla ich rolę jako uzupełniającego opisu stosowania danego standardu ogólnego. Z kolei autorce „Standardów opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych” zależało na utrzymaniu określenia „standardy opiniowania”, ze względu na początkowy zamysł oraz fakt, że bardziej szczegółowe wytyczne znalazły się w załącznikach do tego dokumentu.

BARTOSZ ZALEWSKI*

Uniwersytet SWPS; Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

ALEKSANDRA KAMIŃSKA

Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie; Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Diagnoza osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce – omówienie nowelizacji

Od czasu powstania pierwszych standardów procesu diagnozowania uchodźców zaszły w tym obszarze istotne zmiany, związane z wprowadzeniem nowych regulacji (standardy ogólne, nowe procedury identyfikacji uchodźców). W tekście opisana jest nowelizacja dokumentu – powody i konsekwencje zmiany jego statusu ze Standardów na Wskazówki, odniesienie do Standardów ogólnych, wnioski wynikające z recepcji pierwszego dokumentu w środowisku oraz opis wprowadzonych zmian.

Since the first standards of the refugee diagnosis process were established, significant changes have taken place in this area, related to the introduction of new regulations (general standards, new procedures for identification of refugees). The text describes the amendment of the document - reasons and consequences of changing its status from Standards to Guidelines, reference to General Standards, conclusions resulting from the reception of the first document in the environment and a description of the changes.

Dokument pt. „Wskazówki realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w sprawach osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce” został uchwalony przez Zarząd Ogólnopolskiej Sekcji Diagnostyki Psychologicznej PTP w dniu 13 września 2015 roku. Jest on znowelizowaną wersją poprzedniego dokumentu o tytule „Standardy postępowania diagnostycznego w sprawach osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce” (Zalewski i Kamińska, 2015). Oba dokumenty przygotował Zespół Roboczy ds. Diagnozowania Uchodźców, który ukonstytuował się 28 października 2013. Obecną nowelizację przygotowano z trzech głównych powodów: (1) powstania standardów ogólnych i dostosowania do nich niniejszych wskazówek, (2) wdrożenia nowej procedury identyfikacji uchodźców w Polsce oraz (3) recepcji dotychczasowych standardów w środowisku psychologów. Poniżej opisano kolejno te zmiany.

Warto podkreślić, że dokumenty opisujące standardy oraz wskazówki postępowania diagnostycznego są z założenia dokumentami otwartymi, podlegającymi stopniowym modyfikacjom i uzupełnieniom. Otwarta formuła umożliwi stymulowanie dobrych praktyk

* Adres do korespondencji: Bartosz Zalewski, Katedra Diagnostyki Psychologicznej Wydział Psychologii SWPS w Warszawie bzalewsk@swps.edu.pl

w zmieniającej się rzeczywistości, m.in. prawnej, rozwoju narzędzi badawczych, kontekstu badań. Dzieje się to poprzez refleksję nad nowymi zjawiskami oraz wynikające z niej wskazania praktyczne. Proces ten sprzyja profesjonalizacji zawodu (Filipiak i in, 2015), a opisywana nowelizacja jest ucieleśnieniem tej idei.

Zmiana Standardów na Wskazówki

W dniu 21 czerwca 2014 roku, jedynie na dwa tygodnie przed uchwaleniem standardów dla diagnozowania uchodźców (1 lipca 2014 roku) opublikowano dokument nadrzędny pt. „Standardy diagnozy psychologicznej” (Paluchowski, Tarnowska, Filipiak i Zalewski, 2015). Prace nad oboma dokumentami trwały równolegle, choć wersja odnosząca się do uchodźców powstawała nieco wcześniej. Oba tworzone w innym kontekście praktyki psychologicznej (ogólna vs specjalistyczna) i przyjęto w nich odmienne założenia dotyczące struktury, szczegółowości omawiania zagadnień jak i akcentowania różnych treści. Dokument dotyczący uchodźców skierowany był do niewielkiej grupy wyspecjalizowanych psychologów, pracujących w kontekście polskiej procedury identyfikacji uchodźców. Zawierał on bardziej szczegółowe wskazówki niż dokument ogólny. Znalazło to swoje odbicie w dodatkowych, drobiazgowych rekomendacjach dotyczących m.in. umeblowania miejsca pracy psychologa, niezwykle istotnych w tym kontekście (omówienie w: Zalewski i Kamińska, 2015).

Po opublikowaniu Standardów ogólnych rozpoczęto prace nad dostosowaniem do nich niniejszego dokumentu. Zmieniono jego nazwę i status ze „Standardów” na „Wskazówki realizacji standardów ogólnych...”, dzięki czemu uzyskał on właściwą rangę oraz został dostosowany do innych dokumentów szczegółowych (opisywanych w tym numerze). Standardy tworzą generalny opis zasad postępowania psychologa podczas prowadzenia procesu diagnozy, zaś dokumenty opisujące wskazówki odnoszą je do konkretnych, specyficznych obszarów praktyki. Ostatecznie w nowelizacji zachowano strukturę z pierwszej wersji dokumentu, tj. zamiast pięciu działów w Standardach zachowano strukturę ciągu 22 punktów oraz czterech rekomendacji. Skoncentrowano się na zmianach w treści wskazówek. Zmieniono kolejność punktacji, dodano punkty:

- nr 9 - wstępna rozmowa informacyjna z psychologiem,
- nr 12 - informowanie o celu badania i efektach w kontekście rozbudowanych regulacji kontraktowania badań psychologicznych w standardach ogólnych
- nr 22 - uporządkowanie kwestii własności stosowanych narzędzi diagnostycznych, ze wskazaniem, że właścicielem jest osoba lub instytucja, która opłaciła ich zakup i która ponosi odpowiedzialność za ich właściwe przechowywanie.

Ponadto w części „Rekomendacje” dotyczących miejsca pracy psychologa dodano konieczność przechowywania dokumentacji w miejscach zabezpieczonych przed dostępem osób trzecich. Dodano odnośniki do Standardów ogólnych, tworząc połączenia pomiędzy oboma dokumentami.

Nowe procedury dotyczące uchodźców w Polsce

Urząd ds. Cudzoziemców wdrożył w 2015 roku nową procedurę identyfikacji osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy w Polsce, zawierającą odniesienia do diagnostyki psychologicznej (Filipiak i in., 2014). Stworzyło to nowy kontekst prawny i praktyczny działania psychologów, do którego dostosowano treść Wskazówek. Znacznie uproszczono opis zasad budowania raportu końcowego z badań psychologicznych, wprowadzając klarowne rekomendacje odnośnie trybu postępowania wobec osób wymagających szczególnego traktowania. Obecnie znajduje się w nim jasne wskazanie określające czy osoba może uczestniczyć w przesłuchaniu, czy też powinno być ono odroczone (np. ze względu na objawy psychopatologiczne, mogące utrudniać relacjonowanie zdarzeń przez osobę) oraz czy osobie podczas przesłuchania powinien towarzyszyć psycholog, dzięki czemu psychologowie zostali aktywnie włączeni do decydowania o warunkach przesłuchania. Do raportu wprowadzono także m.in. rekomendacje dotyczące płci osób uczestniczących w przesłuchaniu (urzędnik, tłumacz, psycholog), co jest istotne ze względu na treść przesłuchań, gdzie zbiera się szczegółowe dane dotyczące wydarzeń traumatyzujących, jakich mogła doświadczyć osoba (w tym m.in. gwałtów), a także ze względu na kontekst kulturowy osoby przesłuchiwanej (np. dotyczący możliwości rozmawiania przez kobiety z nieznanymi mężczyznami, co w niektórych kulturach pochodzenia osób podlegających procedurze identyfikacyjnej nie jest akceptowane). Usunięto natomiast konieczność tworzenia dodatkowych broszur dla urzędników, objaśniających zawartość raportu psychologa, ponieważ obecnie jest on znacznie prostszy i bardziej czytelny. Z perspektywy czasu warto wskazać zasadność wprowadzonych zmian, jako że obecnie raport ten stał się standardowym narzędziem stosowanym w komunikacji pomiędzy psychologami i pracownikami Urzędu ds. Cudzoziemców.

Od czasu opublikowania pierwszej wersji standardów diagnozowania uchodźców, zauważono szereg błędów występujących w raportach z badań, rekomendacjach oraz działaniu psychologów w kontekście szerszej procedury identyfikacji. Najczęściej psychologowie wykraczali w nich poza swoje kompetencje, np. wykonując prace śledczych, dokonując diagnostyki medycznej czy podejmując próby terapii traumy w ramach procedury identyfikacyjnej (por. Kamińska i Zalewski, 2017). W tym kontekście w rekomendacjach

dodano konieczność odbycia przez psychologów szkoleń z zakresu systemu identyfikacji i wsparcia osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce i Europie. Dookreślono także specyficzne elementy wykształcenia psychologa, umożliwiające pracę z uchodźcami w tym systemie. Psycholodzy powinni być świadomi ograniczeń swoich działań oraz tego, w jaki sposób ich raporty będą wykorzystywane przez innych uczestników procedury. Opisano także zasady uzyskiwania świadomej zgody na udział w badaniach psychologicznych, odnosząc je do Standardów ogólnych (pkt. 1.3, 1.4, 1.7 i 1.8).

Recepcja standardów w środowisku

Trzeci rodzaj zmian, jakie wprowadzono, wynika z dotychczasowej recepcji standardów w środowisku psychologów pracujących z uchodźcami. Komentarze praktyków spowodowały szczególne podkreślenie faktu, że psycholog nie podejmuje się wykrywania, dochodzenia ani orzekania o tym, czy osoba realnie była ofiarą wydarzeń o charakterze traumatycznym. Psycholog nie posiada narzędzi, pozwalających na określanie takich faktów, jest to zadanie przeznaczone dla śledczych. Z perspektywy czasu widać słuszność takiej zmiany, ponieważ opinie psychologów przestały być wykorzystywane przez urzędników Urzędu ds. Cudzoziemców jako dowody na to, że realne wydarzenia z przeszłości naprawdę miały miejsce. Wcześniej zauważono, że jeśli w opinii psychologa nie wskazano, że osoba doświadczyła konkretnych wydarzeń traumatycznych, wówczas opinie traktowane były jako dowód na brak takich wydarzeń, co sprzyjało odrzuceniu wniosku tej osoby o ochronę. Tworzyło to niebezpieczną sytuację, w której błędy metodologiczne, związane z budowaniem opinii, włączane były w szerszy aspekt społeczny i przyczyniały się do tworzenia fałszywych wniosków o statusie dowodu. W nowelizacji uporządkowano opis informacji, jakie powinien zawierać raport psychologa, usunięto informację o potencjalnym doświadczonego typie przemocy, mocy danych z jaką diagnozowano tą przemoc oraz szczegółowy opis przemocy i jej kontekstu. Innymi słowy konsekwentnie usunięto fragmenty, w których psycholog miałby diagnozować, czy wystąpiły konkretne i realne sytuacje przemocy wobec osoby diagnozowanej. Obecnie psycholog jedynie rekomenduje czy osoba może być przesłuchiwana w danym momencie ze względu na jej stan zdrowia psychicznego (w tym aktualne symptomy PTSD), nie wypowiada się natomiast o prawdziwości relacjonowanych wydarzeń.

W rekomendacjach dodatkowych zmieniono wskazówki dotyczące znajomości języków obcych przez psychologów: podkreślono wagę znajomości języka kraju, z którego pochodzi większość osób w procedurze, nie zaś wyłącznie języków angielskiego i rosyjskiego, uelastyczniając te rekomendacje. Utrzymano w mocy rekomendacje, dotyczące pracy

tłumacza towarzyszącego psychologowi podczas kontaktów z cudzoziemcami (szerzej opisane w: Wądołowska, 2014). W odpowiedzi na zapotrzebowanie środowiska sformułowano także rekomendacje dotyczące stanowiska krajowego koordynatora psychologów pracujących w ośrodkach dla cudzoziemców (do dzisiaj jednak takie stanowisko nie powstało).

Literatura cytowana

Filipiak, M., Kamińska, A., Kamiński, K., Kownacka, E. (2014). Procedura identyfikacji osób o szczególnych potrzebach wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy w Polsce – perspektywa psychologiczna. Pobrano dnia 01.05.2019 r. ze strony: <https://diagnozowanieuchodzcow.wordpress.com/>.

Filipiak, M., Tarnowska, M., Zalewski, B., Paluchowski, J. W. (2015). O systemie kształcenia ustawicznego psychologów diagnostów w Polsce. *Roczniki Psychologiczne*, 18(2), 157-184.

Kamińska, A., Zalewski, B. (2017). *Zniekształcenia i błędy w procesie diagnozowania cudzoziemców – refleksje w kontekście wskazówek realizacji standardów prowadzenia procesu diagnozy*. Wystąpienie podczas I Konferencja z cyklu Diagnoza w praktyce psychologicznej pt. „Współczesna praktyka diagnostyczna – osiągnięcia i wyzwania”, 16-17.03.2017, Uniwersytet SWPS, Warszawa.

Paluchowski, J. W., Tarnowska, M., Filipiak, M., Zalewski, B. (2015). Standardy diagnozy psychologicznej. [W:] M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski i M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia* (57-93). Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wądołowska, K. (2014). *Praca z tłumaczem w terapii i diagnozie psychologicznej. Specyfika pracy oraz zalecenia dla psychologów współpracujących z tłumaczami na rzecz cudzoziemców*. Pobrano dnia 01.05.2019 r. ze strony: <https://sekcjadiagnozy.wordpress.com/standardy-diagnostyczne/zespól-roboczy-ds-diagnozowania-uchodzcow/>. Praca niepublikowana.

Zalewski, B., Kamińska, A. (2015). Diagnoza osób starających się o otrzymanie statusu uchodźcy w Polsce. [W:] M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski i M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia* (321-342). Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Załącznik

Wskazówki realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w sprawach osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce

1. Psycholog rozpoznaje czy posiada kompetencje konieczne do zaplanowania i przeprowadzenia procesu diagnostycznego w wymienionym wyżej obszarze. (por. pkt. 1.4 standardów ogólnych)

2. Psycholog zachowuje pozycję niezależną od zleceniodawcy, w tym przypadku odpowiednich urzędów, instytucji oraz ich przedstawicieli włączonych w postępowanie. (por. pkt. 1.6 standardów ogólnych)

3. Psycholog ponosi odpowiedzialność za całość procesu diagnostycznego. (por GAP, General Principle no 1)

4. Proces diagnozy psychologicznej prowadzony jest przez psychologa, a nie inne osoby trzecie.

Komentarz: Psycholog powinien aktywnie dążyć do tego, aby inne osoby (w tym urzędnicy) nie wykonywały zadań psychologicznych, tzn. przygotowania i prowadzenia wywiadów obejmujących diagnostykę psychologiczną, używania narzędzi, formułowania wniosków diagnostycznych. Zadaniem psychologa jest ochrona uczestników procesu diagnostycznego przed byciem diagnozowanym przez osoby niekompetentne w tym zakresie.

5. Psycholog poddaje swoją pracę superwizji, także koleżeńskej.

Komentarz: Psycholog aktywnie dba o to, aby zapewnić sobie możliwość konsultowania prowadzonych przez siebie procesów diagnostycznych. Psycholog dokonuje diagnostyki samodzielnie lub wraz z innymi psychologami, zaangażowanymi w dane postępowanie. (por. pkt. 1.5.1 oraz 1.6 standardów ogólnych)

6. Psycholog regularnie podnosi swoje kompetencje poprzez działania rekomendowane w dokumentach EuroPsy oraz standardach prowadzenia procesów diagnostycznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, m. in. poprzez czytanie literatury fachowej, uczestnictwo w szkoleniach oraz konferencjach naukowych.

7. Psycholog współpracuje z pracownikami medycznymi (lekarze i pielęgniarki) i socjalnymi na równych prawach, wykonując samodzielne działania związane z jego profesjonalnymi kompetencjami. (por. pkt. 1.2 standardów ogólnych)

8. Psycholog jest kompetentny, w tym¹ (por. pkt. 1.4 standardów ogólnych):

- podejmuje działania oparte o posiadane przez siebie kompetencje, rozumiane zgodnie z modelem kompetencji European Federation of Psychologists Associations (Roe, 2002);
- podejmuje działania oparte o wiedzę naukową, zgodnie z ideami Evidence Based Assessment (EBA, APA, 2006);
- podejmuje działania zgodne z zasadami etycznego postępowania, w tym szczególnie (pkt. 1.3 standardów ogólnych oraz GAP General Principle nr 3):
 - dba o dobrostan uczestników badań,
 - zawiera kontrakt na badania (pkt. 1.7 standardów ogólnych),
 - używa narzędzi diagnostycznych o sprawdzonych właściwościach psychometrycznych,
 - udziela informacji zwrotnych uczestnikowi badania w oparciu o podejście współpracujące z uczestnikiem/czką badań (GAP, Fernansez-Ballesterow i in, 2001; Kodeks Etyczny PTP; Collaborative Approach, Berschoff, 1995);
 - traktuje uczestników badań podmiotowo z wszelkimi konsekwencjami tego podejścia, (GAP, Fernansez-Ballesterow i in, 2001);
 - posiada kompetencje: etyczne, relacyjne, komunikacyjne i kulturowe (Krishnamurthy i in, 2004; Lunt, 2001; Roe, 2002).

9. Każda osoba, składająca wniosek o ochronę międzynarodową w Polsce, powinna przechodzić wstępną rozmowę z psychologiem. Celem rozmowy jest przekazanie informacji na temat roli psychologa w ogóle oraz roli psychologa w kontekście procedury postępowania o nadanie ochrony międzynarodowej.

Komentarz: Rozmowa informacyjna powinna być przeprowadzana w ośrodkach recepcyjnych możliwe jak najwcześniej. Dopuszcza się przeprowadzenie takiej rozmowy w ośrodkach pobytowych, zaraz po zakwaterowaniu cudzoziemców. Celem rozmowy nie jest diagnostyka psychologiczna (diagnostyka może być prowadzona na późniejszych etapach), a jedynie informacja. Celem takiego działania jest nawiązanie kontaktu z cudzoziemcami, przekazanie im rzetelnych informacji na temat sposobu pracy psychologów oraz ich roli.

10. Każdy cudzoziemiec powinien przechodzić badania psychologiczne, których celem jest określenie, w jakim trybie wobec tej osoby powinno być prowadzone postępowanie o nadanie ochrony międzynarodowej (tryb standardowy lub szczególny rozumiany wg odpowiednich przepisów).

¹ Opis poniższych kompetencji w literaturze polskiej znajduje się w: Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.

Komentarz: Diagnostyka dotycząca trybu postępowania powinna być przeprowadzana wyłącznie w ośrodku pobytowym najwcześniej dwa tygodnie od zakwaterowania. Wskazówka ta dotyczy także osób, które po przyjeździe do Polski zakwaterowane są na zasadzie świadczeń prywatnych. Postuluje się zrezygnowanie z badań na wcześniejszych etapach ze względu na:

- często bardzo krótki pobyt w ośrodku recepcyjnym i szybkie odsyłanie do ośrodka pobytowego;
- niemiernodajne wyniki badań (według wskazań fińskiego urzędu imigracyjnego doświadczenia związane z traumą pojawiają się w dalszych badaniach wraz z upływem czasu, natomiast badania prowadzone w pierwszych dniach pobytu są niemiernodajne pod tym względem);
- symptomy związane ze stresem podróży, migracji, przechodzenia przez granicę są pierwszoplanowe, dopiero ich słabnięcie „odsłania” inne zaburzenia lub trudności.

11. Rozmowy informacyjne oraz diagnostykę prowadzi jeden i ten sam psycholog wobec jednej osoby. Intencją takiego rozwiązania jest zmniejszenie niestabilności otoczenia, w jakim przebywa osoba.

12. Przed rozpoczęciem badania każda osoba powinna zostać poinformowana o celu badania oraz jego efekcie, czyli wystawieniu opinii przekazywanej do Urzędu ds. Cudzoziemców. Badany ma prawo odmówić udziału w badaniu, a jedyną konsekwencją odmowy będzie brak możliwości rozpoznania przez psychologa wymaganego trybu postępowania.

13. Psycholog podejmuje działania na rzecz dobrostanu osoby przebywającej w ośrodku pobytowym, w tym (por. GAP, General Principle nr 3, 4 oraz 5):

- sporządza rekomendacje dotyczące podjęcia interwencji wobec doświadczanego przez osobę aktualnego kryzysu lub innych symptomów stresu;
- składa zapotrzebowania na zakup narzędzi do badania symptomów stresu oraz objawów psychopatologicznych;
- przekazuje pracownikom medycznym zalecenia dotyczące uczestnika badań (np. wskazania dotyczące dalszych konsultacji internistycznych i/lub psychiatrycznych);
- formułuje rekomendacje dotyczące zakwaterowania osób w ośrodku w kontekście ich dobrostanu psychicznego, których celem jest przeciwdziałanie kwaterowaniu w jednym pokoju osób przeżywających podobny rodzaj kryzysu psychologicznego, co przeciwdziała amplifikacji symptomów; ponadto osoba nie doświadczająca kryzysu może stanowi
- rodzaj opiekuna, informującego personel medyczny o pogorszeniu się stanu osoby dzielącej z nim pokój.
- wobec osób wymagających interwencji kryzysowych psycholog opracowuje plan

interwencji i je przeprowadza.

14. Psycholog przeprowadza diagnostykę aktualnie pojawiających się symptomów post-traumatycznych. Wydana opinia może być dowodem w sprawie postępowania o nadanie ochrony międzynarodowej. (por. pkt. 2.2 i 4.1 standardów ogólnych oraz pkt. 1.2.1 i 1.4.1-1.4.2 modelu GAP). Psycholog używa zróżnicowanych metod diagnostycznych (por. pkt. 2.4.1-2.4.3 standardów ogólnych oraz pkt. 1.2.2-1.2.2 modelu GAP), w tym:

- wywiadu psychologicznego;
- obserwacji;
- narzędzi testowych i kwestionariuszowych (por. pkt. 4.1.1 standardów ogólnych oraz pkt. 1.3.1-1.3.3 modelu GAP);
 - dostępnych w wersji języka ojczystego uczestnika badania;
 - o ile to możliwe zaadaptowanych kulturowo dla kręgu kultury ojczystej dla uczestnika badania.

15. Psycholog dokłada starań, aby minimalizować ilość badań, podczas których uczestnicy opowiadają o przeżytych wydarzeniach traumatycznych. Badanie obejmujące szczegółowy opis wydarzeń traumatycznych poleca się przeprowadzać nie więcej niż jeden raz. Badanie takie przeprowadzać może wyłącznie osoba kompetentna, czyli psycholog posiadający odpowiednią wiedzę i umiejętności. Takie postępowanie minimalizuje dyskomfort uczestników postępowania diagnostycznego. (por. GAP General Principle nr 3 i nr 4)

16. Psycholog nie podejmuje się wykrywania, dochodzenia ani orzekania o tym czy osoba doświadczyła wydarzenia traumatycznego, ponieważ nie posiada ku temu narzędzi (por. pkt. 2.1, 2.2 i 2.4 standardów ogólnych). Psycholog nie poszukuje prawdy obiektywnej, lecz kierowany wiedzą psychologiczną poszukuje połączeń pomiędzy elementami zachowań i wypowiedzi klienta – takich jak emocje, wartości, doświadczenia, symptomy oraz inne. Psycholog nie podejmuje się orzekania, czy uczestnik badania mówi prawdę.

Zakres diagnostyki psychologicznej w danym obszarze obejmuje diagnozę reakcji kryzysowych na wydarzenia traumatyczne. Psycholog podejmuje się zdiagnozowania wystąpienia u uczestnika badań syndromów psychologicznych opisanych w odpowiednim systemie klasyfikacji zaburzeń psychicznych (ICD-10).

17. W procedurze postępowania o nadanie ochrony międzynarodowej psycholog aktywnie działa tak, aby prowadzić elementy procedury związane z diagnostyką psychologiczną oraz dbaniem o dobrostan uczestników badań (por. GAP General Principle no 3): prowadzi diagnostykę symptomów post-traumatycznych.

Psycholog działa aktywnie w tym kierunku, by osoby niekompetentne nie prowadziły działań z zakresu zbierania i analizy danych dotyczącej diagnozy psychologicznej.

18. Osoby, u których nie zdiagnozowano kryzysu, nie muszą być objęte ochronnymi działaniami psychologa podczas uczestnictwa w procedurze postępowania o nadanie ochrony międzynarodowej.

19. Psycholog sporządza raport ze swoich działań na rzecz zleceniodawcy prowadzącego postępowanie o nadanie ochrony międzynarodowej (por. pkt. 5.1-5.5 standardów ogólnych oraz model GAP pkt. 2.2.1-2.2.2)

Sporządzając opinię psycholog pozostaje bezstronny, tzn. nie działa na korzyść uczestnika badań (nie buduje intencjonalnie opinii zwiększającej prawdopodobieństwo uzyskania przez osobę statusu uchodźcy, niezależnie od doświadczenia przez nią przemocy) ani na korzyść zleceniodawcy (nie buduje intencjonalnie opinii zmniejszającą to prawdopodobieństwo). Psycholog nie ingeruje w proces podejmowania decyzji o nadaniu ochrony międzynarodowej. Rolą psychologa jest rozpoznanie i raportowanie symptomów doświadczenia przemocy i danych związanych z doświadczeniami traumatycznymi wraz z oceną mocy zebranych danych.

Raport psychologiczny wystawiany na zlecenie Urzędu mający na celu określenie trybu postępowania (tryb zwykły lub tryb szczególny) powinien zawierać następujące informacje:

- stwierdzenie istnienia lub braku występowania u danej osoby objawów mogących zaburzać funkcjonowanie oraz relacjonowanie zdarzeń podczas wywiadu statusowego,
- możliwości lub braku możliwości wzięcia przez osobę udziału w wywiadzie statusowym,
- dodatkowe sugestie dotyczące wywiadu (obecność psychologa, odroczenie wywiadu)
- wskazanie niezbędnych konsultacji – lekarskich, specjalistycznych.

Opinia psychologiczna wystawiana na zlecenie Urzędu dotycząca stanu psychicznego osoby powinna zawierać następujące informacje:

- możliwości lub braku możliwości wzięcia przez osobę udziału w wywiadzie statusowym;
- opis aktualnych symptomów np. poprzez zaznaczenie na ogólnej liście symptomów;
- dodatkowe wskazówki wspierające urzędnika w prowadzeniu rozmowy z daną osobą;
- wskazanie niezbędnych konsultacji – lekarskich, specjalistycznych.

Powyższą opinię psycholog prezentuje uczestnikowi/czce badań oraz wprowadza do niej zmiany oparte o wskazania podejścia współpracującego w diagnostyce psychologicznej (*collaborative approach*). Zmiany te dotyczą unikania stygmatyzacji uczestnika/czki badań. Omówienie raportu jest także podstawą do uzgadniania podjęcia ewentualnych interwencji psychologicznych (por. pkt. 2.3.1 modelu GAP).

20. Psycholog kończy swoje działania na zlecenie Urzędu (dotyczące wywiadu statusowego) wraz z wystawieniem opinii dotyczącej występowania zaburzeń związanych z kryzysem psychicznym (por. model GAP: End of the Assessment Process – kończenie procesu diagnozowania).

21. Za właściwe przechowywanie dokumentacji procesu diagnozy odpowiada osoba lub instytucja, która zatrudnia psychologa prowadzącego badanie i/lub opłaciła zakup narzędzi diagnostycznych.

Komentarz: Właściwe przechowywanie dokumentacji procesu diagnozy oznacza, że nie mają do niej dostępu osoby nieupoważnione. Dostęp do dokumentacji psychologicznej ma jedynie psycholog prowadzący diagnostykę. Raport psychologiczny może być udostępniony jedynie uczestnikowi badania oraz instytucji, na wniosek której raport został sporządzony, z zastrzeżeniem, że dostęp do raportu ma jedynie urzędnik prowadzący postępowanie o nadanie ochrony międzynarodowej. O kopię raportu może także wystąpić personel medyczny oraz psycholog pracujący w ośrodku dla cudzoziemców w którym aktualnie przebywa uczestnik badania. Arkusze narzędzi użytych w badaniach, w tym – elektroniczne, powinny być przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom nie upoważnionym, w tym – nie będącym psychologami zatrudnionymi/szkolącymi się w danej instytucji (jeśli badanie odbywało się w ramach określonej instytucji).

22. Właścicielem narzędzi diagnostycznych jest osoba lub instytucja, która opłaciła ich zakup i to ona odpowiada za ich właściwe przechowywanie. W przypadku, gdy zakupu narzędzi dokonał psycholog (np. prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą), to on osobiście odpowiada za właściwe przechowywanie narzędzi diagnostycznych.

Rekomendacje dodatkowe

Rekomenduje się stworzenie krajowego koordynatora psychologów pracujących w ośrodkach dla cudzoziemców.

Należy stworzyć rekomendacje dotyczące wymagań, jakie powinien spełniać superwizor psychologów pracujących z osobami ubiegającymi się o status uchodźcy.

Raportowi opracowanemu przez psychologa na potrzeby Urzędu ds. Cudzoziemców powinien towarzyszyć krótki podręcznik (broszura) skierowanych do osób prowadzących postępowanie o nadanie ochrony międzynarodowej i wyjaśniający kwestie związane z działaniami oraz raportem psychologa. Podręcznik powinien opierać się na ideach Evidence Based Assessment (EBA) i powinien zawierać:

- idee, na jakich zbudowany jest raport (m.in. EBA, GAP, collaborative approach) oraz krótko zaprezentowane kompetencje konieczne do uzyskania danych diagnostycznych o wysokiej mocy;

- argumenty naukowe uzasadniające wyłączenie urzędnika z fragmentu wywiadu dotyczącego szczegółów sytuacji doświadczenia przemocy i traumy;
- opis procesów poznawczych i emocjonalnych związanych z pamięciowym odtwarzaniem takich sytuacji wraz z odpowiednimi argumentami naukowymi; celem jest rozbijanie mitów dotyczących m. in. logiki odtwarzania zdarzeń, dokładności odtwarzania zdarzeń, itp.;
- podręcznik powinien opisywać poznawcze zniekształcenia procesów podejmowania decyzji; są to najczęściej błędy myślenia charakterystyczne dla podejmowania decyzji przez ludzi, szeroko zbadane w różnych kontekstach praktycznych (np. błędy diagnostyczne lekarzy, psychiatrów i psychologów; błędy sędziów i prokuratorów; itp.);

Wstępne rekomendacje dotyczące miejsca pracy psychologa (por. pkt. 3.1 standardów ogólnych)

- Osobny gabinet do przeprowadzania badania psychologicznego, spełniający następujące wymagania:
 - zabezpieczony przed tym, aby ktoś wchodził w trakcie badania (np. odpowiednia wywieszka);
 - usytuowany w pobliżu gabinetu medycznego, ponieważ osoba może wymagać natychmiastowej pomocy medycznej podczas wywiadu z psychologiem. Ew. w pobliżu pokoju innych pracowników socjalnych lub administracyjnych, którzy mogą udzielić wsparcia fizycznego (wezwanie pogotowia, pomoc w opanowaniu osoby);
 - wyposażony w szafkę zamykaną na klucz oraz zaplombowaną, do której dostęp ma jedynie psycholog;
 - wyposażony w telefon, komputer i drukarkę (pacjent otrzymuje opinię do ręki), stały dostęp do Internetu.
- W czasie kiedy psycholog nie pracuje w danym ośrodku, gabinet może być wykorzystywany przez inne osoby tylko i wyłącznie w sytuacjach awaryjnych. Inne osoby korzystające z gabinetu nie powinny mieć prawa ingerencji w jego wyposażenie, ani przechowywania w nim żadnych rzeczy.

Wstępne rekomendacje dotyczące wymagań, jakie powinien spełniać zatrudniony psycholog

- Wykształcenie wyższe na kierunku psychologia, specjalizacja psychologia kliniczna i/lub ukończone studia podyplomowe z zakresu psychoterapii;
- Obowiązkowe szkolenie z zakresu systemu pomocy osobom ubiegającym się o nadanie ochrony międzynarodowej w Polsce oraz w Europie (m. in. ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP, Procedura identyfikacji osób o

DIAGNOZA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O NADANIE STATUSU UCHODźCY

szczególnych potrzebach wnioskujących o nadanie ochrony międzynarodowej w Polsce - perspektywa psychologiczna);

- Obowiązkowa znajomość języka kraju, z którego pochodzi najliczniejsza grupa osób ubiegających się o nadanie ochrony międzynarodowej (w Polsce jest to obecnie język rosyjski i angielski), płynnie w mowie;
- Wskazana znajomość innych języków, z których pochodzą osoby składające wnioski o nadanie ochrony międzynarodowej (np. francuskiego, arabskiego) płynnie w mowie;
- Obowiązkowe szkolenie z zakresu psychologii międzykulturowej;
- Obowiązkowe szkolenie z zakresu pracy psychologicznej z uchodźcami;
- Obowiązkowe szkolenie z zakresu pracy z tłumaczem;
- Wskazane doświadczenie w pracy z cudzoziemcami.

Wstępne rekomendacje dotyczące wymagań, jakie powinna spełniać osoba zatrudniona na stanowisku krajowego koordynatora psychologów pracujących w ośrodkach dla cudzoziemców:

- Wykształcenie wyższe na kierunku psychologia, specjalizacja psychologia kliniczna i/lub ukończone studia podyplomowe z zakresu psychoterapii;
- Obowiązkowa znajomość systemu pomocy osobom ubiegającym się o nadanie ochrony międzynarodowej w Polsce oraz w Europie (m. in. ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP, Procedura identyfikacji osób o szczególnych potrzebach wnioskujących o nadanie ochrony międzynarodowej w Polsce - perspektywa psychologiczna);
- Obowiązkowa znajomość języka kraju, z którego pochodzi najliczniejsza grupa osób ubiegających się o nadanie ochrony międzynarodowej (w Polsce jest to obecnie język rosyjski i angielski), płynnie w mowie;
- Wskazana znajomość innych języków z których pochodzą osoby składające wnioski o nadanie ochrony międzynarodowej (np. francuskiego, arabskiego) płynnie w mowie;
- Minimum pięcioletnie doświadczenie w pracy z osobami ubiegającymi się o nadanie ochrony międzynarodowej w Polsce;
- Minimum pięcioletnie doświadczenie w pracy psychologicznej w języku obcym;
- Minimum dwuletnie doświadczenie w pracy psychologicznej z udziałem tłumacza.

BARTOSZ ZALEWSKI*

Uniwersytet SWPS, Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

HANNA PINKOWSKA-ZIELIŃSKA

Ośrodek Terapeutyczno-Szkoleniowy Kontrakt, Sekcja Naukowa Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

MARIA ZAPOLSKA-DOWNAR

Warszawski Instytut Psychoterapii

Diagnoza par i rodzin do psychoterapii – omówienie dokumentu

W tekście opisano proces tworzenia dokumentu opisującego wskazówki dla diagnozowania par i rodzin do psychoterapii, wynikające ze standardów ogólnych, omówiono strukturę dokumentu i zawartość poszczególnych części oraz odniesiono je do Kodeksu Etycznego psychoterapeutów (w jego części dotyczącej terapii par i rodzin).

The text describes how a document describing guidelines for diagnosing couples and families for psychotherapy, resulting from general standards, was created, the structure and content of the document was discussed and its reference to the Code of Ethics of Psychotherapists (in its part concerning the therapy of couples and families).

Dokument „Wskazówki realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w diagnostyce par i rodzin do psychoterapii” został uchwalony 19 stycznia 2019 roku przez Walne Zebranie Ogólnopolskiej Sekcji Diagnostyki Psychologicznej PTP oraz 5 lipca 2019 roku przez Zarząd Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Jest on uszczegółowieniem dokumentu „Standardy prowadzenia procesu diagnostycznego” uchwalonego 21 czerwca 2014 roku i znowelizowanego w 2018 roku przez Sekcję Diagnostyki PTP.

Podobnie jak dla Standardów ogólnych celem powstania dokumentu jest wsparcie psychologów w rozwiązywaniu różnorodnych dylematów w pracy diagnostycznej, budowaniu pozycji zawodowej we własnym środowisku pracy oraz tworzeniu programów szkoleń diagnostycznych w zakresie par i rodzin. Wskazówki są odpowiedzią na dynamiczne zmiany zachodzące na rynku usług terapeutycznych kierowanych do par i rodzin: zwiększenia ilości terapeutów tej specjalizacji oraz pojawiających się odrębnych usług, polegających na przygotowywaniu samodzielnej i oddzielnej od psychoterapii całościowej

* Adres do korespondencji: Bartosz Zalewski, Katedra Diagnostyki Psychologicznej Wydział Psychologii SWPS w Warszawie
bzalewsk@swps.edu.pl

diagnozy pary lub rodzin. Konsultowanie par i rodzin jest szczególnie skomplikowane z powodu diagnozowania kilku osób jednocześnie z jednej strony, oraz dominujących w Polsce i na świecie konstrukcjonistycznych modeli terapii rodzin, generalnie kwestionujących możliwości budowania diagnozy z drugiej (por. Chrzastowski i de Barbaro, 2011). Wokół konsultowania par i rodzin może zatem powstawać zamieszanie dotyczące celów oraz sposobów prowadzenia procesu diagnostycznego. Szczególnie ważne wydaje się w tym kontekście uporządkowanie zasad prowadzenia tego procesu oraz wskazania najlepszych praktyk postępowania diagnostycznego.

Powstawanie wskazówek

Pierwszą wersję wskazówek opracował, powołany w grudniu 2015 roku Zespół ds. Diagnozowania Par i Rodzin, działający w Ogólnopolskiej Sekcji Diagnozy Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Koordynatorem prac został Bartosz Zalewski, a członkami zespołu byli: Hanna Pinkowska-Zielińska, Bartosz Szymczyk, Joanna Krasuska i Maria Zapolska-Downar. Zespół spotykał się regularnie przez około pół roku. Najważniejsze punkty wskazówek zostały następnie poddane dyskusji w formie warsztatu zorganizowanego podczas tzw. Trójkonferencji w 2016 roku (Konferencja Trzech Sekcji pt „Natura i kultura. Psychoterapia wobec fenomenu agresji we współczesnym świecie”, 21-23.10.2016 r., Warszawa) oraz podczas dyskusji zorganizowanej w trakcie Kongresu PTP w 2017 roku (36 Kongres Polskiego Towarzystwa Psychologicznego pt. „Psychologia dla zdrowia osoby i społeczeństwa”, 21-24.09.2017 r., Uniwersytet Gdański). Uzyskane w ten sposób opinie przedyskutowano w Zespole i wprowadzono zmiany do treści wskazówek.

Jednocześnie w 2017 roku nawiązano współpracę z Sekcją Naukową Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Szczególnie duży wkład w treść dokumentu miał Szymon Chrzastowski, który z ramienia Zarządu Sekcji Terapii Rodzin PTP współpracował z zespołem tworzącym wskazówki. Tak przygotowany dokument poddano konsultacjom społecznym w grudniu 2018 roku za pomocą ankiety internetowej, w której każda wskazówka oceniana była pod kątem jej klarowności, wykonalności oraz zasadności, możliwe było także dodawanie własnych komentarzy. Prośbę o udział w konsultacjach rozesłano do członków obu Sekcji, a także rozdawano w formie ulotek w trakcie kolejnej edycji Trójkonferencji w 2018 roku w Warszawie. Niestety w konsultacjach wzięło udział jedynie osiem osób. Ze względu na długi czas przygotowywania dokumentu, zdecydowano się wprowadzić niewielkie korekty, postulowane przez uczestników konsultacji oraz sformułować końcowe brzmienie Wskazówek. Ostateczną treść dokumentu uchwalili

Zarządy obu Sekcji, odpowiednio 19 stycznia i 5 lipca 2019 roku. Zawiera on wszystkie standardy ogólne, a w miejsce rozwinięcia brzmienia standardu wpisane są odpowiednie wskazówki diagnozowania par i rodzin do psychoterapii.

Standardy ogólne, Kodeks Etyczny a Wskazówki

Standardy obejmują ogólny opis zasad postępowania psychologa podczas prowadzenia procesu diagnostycznego, zaś dokumenty zawierające wskazówki odnoszą je do konkretnych, specyficznych obszarów praktyki. Z założenia wskazówki powinny być niesprzeczne ze standardami ogólnymi. W opisywanym tu dokumencie używane jest określenie „wskazówki”, ponieważ ma ono mniej nakazowy charakter niż pojęcie „wytyczne”, co jest zgodne z duchem standardów, których celem jest edukowanie psychologów (oraz ich klientów) w zakresie dobrych praktyk, nie zaś penalizacja. Mają one zatem *wskazywać* rozwiązania zgodne z zasadami dobrej praktyki psychologicznej. Droga ta zakorzeniona jest w szerszym myśleniu o edukacyjnej roli standardów diagnozowania w Europie (GAP, Fernandez-Ballesteros i in, 2001) oraz Stanach Zjednoczonych (Krishnamurthy i in., 2004; por. Paluchowski i in, 2015; Paluchowski, 2010). Jednocześnie jest to myślenie odmienne od tego, które leży u źródeł kodeksów etycznych, gdzie oprócz wskazywania standardów optymalnego postępowania psychoterapeuty, opisane są także zasady ich dyscyplinowania.

Wytyczne, podobnie jak Standardy nie są dokumentem zamkniętym, skończonym, lecz powinny być systematycznie zmieniane, uzupełniane i modyfikowane (por. Paluchowski i in, 2015), tak aby odpowiadać na zmieniające się warunki praktyki psychoterapeutycznej oraz rozwój wiedzy psychologicznej. Wymagania zawarte w obu dokumentach powinny być stale podnoszone, tak aby stymulować rozwój dobrych praktyk. Ważnym rozróżnieniem pomiędzy dokumentami opisującymi Standardy oraz Wskazówki jest dookreślenie adresata dokumentu – od psychologa w Standardach, do psychoterapeuty we Wskazówkach. Nie każdy psychoterapeuta jest psychologiem, niemniej należy podkreślić, że podstawą działań psychoterapeuty są teorie psychoterapeutyczne, które z kolei oparte są na wiedzy psychologicznej.

Rok po zatwierdzeniu Standardów ogólnych opublikowano nowy Kodeks Etyczny Psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, przyjęty w 2015 roku przez Sekcję Naukową Psychoterapii oraz Sekcję Naukową Terapii Rodzin (PTP, 2015). Po raz pierwszy w Kodeksie Etycznym pojawiły się zapisy odnoszące się do psychoterapii par i rodzin, opisane w części dziewiątej dokumentu. Zawarte tam zasady znajdują swoje odbicie

we Wskazówkach, a jednocześnie oba dokumenty różnie opisują „rodzinę”: we Wskazówkach jest ona traktowana jako grupa osób, o których dobro należy dbać łącznie podczas sesji konsultacyjnych (co wynika z konstrukcji standardów, skupionych na jednostce), w Kodeksie natomiast rodzina traktowana jest jako odrębna całość. Poza częścią dziewiątą do par i rodzin stosują się także inne zasady etyczne, z których we Wskazówkach opisane są: wymagania dotyczące profesjonalnych kompetencji diagnosty (1.1), stałego supervisiona swojej pracy diagnostycznej (1.7; 1.8), standardy prawne (2.7; 2.8 i 2.9; 5.5) czy relacje terapeuty z innymi profesjonalistami (1.4).

Treść Wskazówek

Omawiane tu Wskazówki odnoszą się do wszystkich części Standardów. W części pierwszej opisane są kwestie obecności członków rodziny podczas konsultacji oraz sytuacje szczególne odstępiania od tej zasady, umieszczone w kontekście stosowanego podejścia psychoterapeutycznego. Ponadto wskazane są warunki pracy nad motywacją rodziny do uczestnictwa w procesie diagnostycznym, specyficzne kompetencje diagnosty do pracy z parami i rodzinami, specyfika budowania sojuszu diagnostycznego oraz kwestia dyskomfortu członków rodziny podczas konsultacji. Dyskomfort ten ma wiele źródeł i może być szczególnie duży, stąd opis jego wpływu na sposób planowania i przeprowadzania badań diagnostycznych, zawarty w części drugiej i trzeciej Wskazówek.

Część czwarta omawia strategie badawcze stosowane przy diagnozowaniu kilku osób jednocześnie, w tym problemy związane ze standaryzacją warunków badania w sytuacji wielości czynników wpływających na jego przebieg. Szczególnie wymagającym zadaniem jest jednoczesne diagnozowanie rodziny oraz pojedynczej osoby podczas tej samej konsultacji (np. rodziny oraz dziecka w tej rodzinie), co nastęrcza wielu kłopotów metodologicznych i może obniżać zaufanie do wyników badań. Zaznaczona jest możliwość odsyłania poszczególnych osób do diagnostyki indywidualnej. Odrębnie podkreślone są zniekształcenia poznawcze występujące u diagnostów i wpływające na formułowanie wniosków diagnostycznych. Kształt konsultacji rodzinnych, wielość osób i czynników wpływających na ich przebieg, trudności metodologiczne oraz poziom skumulowanej siły emocji kilku osób naraz – wszystko to tworzy duże pole do upośledzania przez nie procesów poprawnego myślenia diagnostycznego (Chrzastowski, 2014). Zasady przekazywania tych wniosków oraz zaleceń do terapii rodzinie – czyli kilku osobom jednocześnie – omawiane są w ostatniej, piątej części Wskazówek.

Zawarte w dokumencie wskazania są próbą wsparcia psychologów praktyków w rozwiązywaniu dylematów, na jakie napotykają podczas pracy w tak złożonej sytuacji, jaką jest diagnozowanie par oraz rodzin.

Literatura cytowana

- Chrzastowski, S. (2014). Wiara psychoterapeutów we własny obiektywizm, w doświadczenie kliniczne oraz wartość informacji zwrotnych – perspektywa psychologii społecznej i poznawczej. *Psychoterapia*, 3(170), 15-26.
- Chrzastowski, S., de Barbaro, B. (2011). *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: UJ.
- Dattilio F. M. (2013). *Terapia poznawczo-behawioralna par i rodzin. Podręcznik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E. E. J., Godoy, A., Hornke, L. F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., et al. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 187-200.
- Kodeks Etyczny Psychoterapeutów (2015). Polskie Towarzystwo Psychoterapeutyczne, pobrane dnia 15.01.2019 roku ze strony:
<http://www.sntr.org.pl/userfiles/file/Kodeks%20etyczny%20psychoterapeuty.pdf>
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N.J., Tazeau, Y.N., Mivelle, M.L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., Benton, S.A. (2004). Achieving competency In psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 7, 725-739.
- Paluchowski, J. W. (2010). Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest polski Burós? *Roczniki Psychologiczne*, 2010, 13(2), 7-27.
- Paluchowski, J. W. (2015). Kompetencje diagnostyczne psychologów. [W:] M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski i M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia* (35-56). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Paluchowski, J. W., Tarnowska, M., Filipiak, M., Zalewski, B. (2015). Standardy diagnozy psychologicznej. [W:] M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski i M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia* (57-93). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2005). O różnorodności form wywiadu oraz prób jej uporządkowania. W: K. Stemplewska-Żakowicz, K. Krejtz (red.), *Wywiad psychologiczny. T. 1: Wywiad jako postępowanie badawcze* (17-30). Warszawa: Pracownia Testów PTP.
- Zalewski, B., Kamińska, A. (2015). Diagnoza osób starających się o otrzymanie statusu uchodźcy w Polsce. [W:] M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski i M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia* (231-342). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Załącznik

Wskazówki realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w diagnostyce par i rodzin do psychoterapii

Wskazówki są rozszerzeniem dokumentu „Standardy prowadzenia procesu diagnostycznego”. Dokument powstał we współpracy dwóch sekcji oraz został uchwalony w dniu 19 stycznia 2019 roku przez Walne Zebranie Ogólnopolskiej Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz w dniu 5 lipca 2019 roku przez Zarząd Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Dokument odnosi Standardy ogólne praktyki diagnozowania w obszarze par i rodzin do psychoterapii¹.

Standardy ogólne zapisane są pogrubioną czcionką i oznaczone kolejnymi numerami, natomiast wskazówki realizacji w obszarze psychoterapii par i rodzin zapisane są czcionką niebieską.

W brzmieniu standardów ogólnych stosowane jest pojęcie „psycholog”, natomiast we wskazówkach używane jest pojęcie „psychoterapeuta”, ponieważ nie każdy psychoterapeuta pracujący z parami i rodzinami jest z wykształcenia psychologiem. Należy jednak podkreślić, że psychoterapeuta opiera swoją pracę na teoriach psychoterapeutycznych, których podstawą jest specjalistyczna i stale weryfikowana metodami naukowymi wiedza psychologiczna.

1. Konieczne warunki wstępne

1.1 Psycholog podejmuje decyzje czy wykona usługę diagnostyczną w odpowiedzi na skierowane do niego zapotrzebowanie na tę usługę od klienta (tzn. osoby bezpośrednio zainteresowanej, osób trzecich lub instytucji).

Wskazówki realizacji standardu 1.1 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Zapotrzebowanie na usługę w zakresie diagnozy pary i rodziny mogą zgłosić różne podmioty:

- dwie osoby (para) lub więcej (rodzina);
- jedna z osób wchodzących w skład rodziny lub pary;

¹ Wskazówki opracował Zespół Roboczy ds. Diagnostyki Par i Rodzin w składzie: Bartosz Zalewski (koordynator), Hanna Pinkowska-Zielińska, Bartosz Szymczyk, Joanna Krasuska i Maria Zapolska-Downar. Szczególny wkład w treść dokumentu jako reprezentant Zarządu Sekcji Naukowej Terapii Rodzin PTP miał Szymon Chrzęstowski.

- przedstawiciel instytucji (np. lekarz, pedagog szkolny, kurator rodzinny);
- kilka podmiotów jednocześnie (np. lekarz psychiatra opiekujący się dzieckiem oraz jeden z rodziców dziecka).

Jeżeli w zgłaszającej się rodzinie są osoby wyrażające niechęć do uczestniczenia w spotkaniach diagnostycznych, psychoterapeuta może podjąć się pracy z niepełnym systemem rodzinnym, pod warunkiem, że działanie takie jest zgodne ze stosowanym podejściem psychoterapeutycznym. Psychoterapeuta posiada umiejętności budowania kontaktu diagnostycznego także z osobami niezmotywowanymi do uczestniczenia w procesie diagnozy.

Na konsultacjach diagnostycznych nie zawsze pojawiają się wszyscy członkowie rodziny. Podejmując decyzję o tym czy prowadzić taką konsultację diagnosta powinien rozważyć:

- kontekst diagnozy – kto i z jakiego powodu zgłosił rodzinę na konsultację (np. zgłoszenie z instytucji w celu zatrzymania przemocy w rodzinie wobec dziecka lub samodzielne zgłoszenie rodziny związane z deklarowanymi problemami rodzinnymi);
- wstępne własne rozumienie motywacji rodziny do konsultacji (np. motywacja ta jest inna gdy z umówionej pary do prywatnego gabinetu przychodzi tylko jedna osoba, a inna gdy na zaproszenie lekarza przyjeżdża z daleka cała rodzina, ale bez jednej osoby z powodów medycznych).

Niemniej diagnosta dokłada starań by zawrzeć kontrakt na badania diagnostyczne z wszystkimi członkami rodziny, mieszkającymi razem. Inne postępowanie (np. zaproszenie innych osób, takich jak rozwiedziony drugi rodzic biologiczny, dziadkowie czy dzieci mieszkające poza rodziną) wymaga odrębnego uzasadnienia opartego w wiedzy psychologicznej, wynikającej ze stosowanego podejścia psychoterapeutycznego, w jakim prowadzona jest diagnoza. W przypadku niemożności spełnienia tego warunku psychoterapeuta zawiesza prowadzenie procesu diagnostycznego. Psychoterapeuta może przeprowadzić interwencję w postaci rozmowy z częścią rodziny lub z pojedynczą osobą, w celu zwiększenia możliwości pojawienia się pozostałych członków rodziny/pary.

Należy podkreślić, że proces diagnostyczny par i rodzin z założenia wykracza poza liczbę formalnych konsultacji diagnostycznych. Konsultacje kończą się diagnozą wstępną oraz decyzją o rozpoczęciu lub nie pracy psychoterapeutycznej z daną rodziną/parą. Jednakże – jeżeli tak wskazuje teoria psychoterapeutyczna, będąca podstawą diagnozy rodziny/pary - diagnoza głębszych mechanizmów psychologicznych może trwać także podczas pracy terapeutycznej.

W kontekście psychoterapii postępowanie diagnostyczne z parą lub rodziną wymaga realizowania dwóch zadań jednocześnie: diagnozy mechanizmów psychopatologicznych oraz rozpoznawania motywacji rodziny lub pary do uczestniczenia w diagnozie i terapii. Odpowiedź na drugie pytanie może być formułowana wcześniej niż na pierwsze i diagności mogą od razu, w trakcie procesu diagnostycznego wprowadzać interwencje wspierające motywację rodziny lub pary.

Odstąpienie od podjęcia się realizacji zadania diagnostycznego wymaga od diagnosty szczególnej refleksji. W kontekście psychoterapii w szczególnych sytuacjach można odstąpić od podjęcia się procesu diagnozowania rodziny i zarekomendowania innych działań np. diagnozy indywidualnej wobec wybranych osób z rodziny.

1.2 Psycholog podejmuje się wykonania usługi diagnostycznej tylko wtedy, kiedy możliwe jest udzielenie odpowiedzi na pytanie diagnostyczne na podstawie współczesnej psychologicznej wiedzy naukowej

Wskazówki realizacji standardu 1.2 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Sformułowanie pytania diagnostycznego jest szczególnie złożone w kontekście pracy z kilkoma osobami naraz (tzn. rodziną/parą). Każdy członek rodziny może zgłaszać własne, odmienne od pozostałych, pytania diagnostyczne. Psychoterapeuta dąży do takiego przeformułowania pytań, aby zgodzili się nań wszyscy członkowie pary lub rodziny. Psychoterapeuta dba szczególnie o to, aby odpowiedzi na pytania diagnostyczne poszukiwać w oparciu o współczesną wiedzę psychologiczną naukową oraz wywodzącą się z naukowo zweryfikowanych teorii psychoterapeutycznych.

Psychoterapeuta aktywnie informuje członków rodziny o tym, co może być przedmiotem rozpoznania w trakcie diagnozy, a co nie i rozważa z rodziną na ile gotowa jest podjąć się uczestnictwa w takim procesie diagnostycznym. Psychoterapeuta wskazuje także to, kto będzie diagnozowany (rodzina lub para, a nie pojedyncza osoba, np. tylko dziecko) i podejmuje się diagnozy dopiero wtedy, kiedy para lub rodzina zgodzi się na bycie diagnozowaną jako całość. Ze względu na jednoczesne prowadzenie diagnozy oraz zajmowanie się motywacją rodziny do uczestniczenia w spotkaniach psychoterapeuta może dokonywać interwencji zwiększających szanse wejścia rodziny w proces diagnostyczny.

1.3 Psycholog podejmuje się realizacji usługi diagnostycznej wtedy, gdy posiada odpowiednią: wiedzę, umiejętności oraz postawę etyczną

Wskazówka realizacji standardu 1.3 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Prowadzenie p/procesu diagnozowania par i rodzin wymaga:

- (a) profesjonalnej wiedzy dotyczącej funkcjonowania rodzin,
- (b) umiejętności pracy z kilkoma osobami jednocześnie,
- (c) specyficznych kompetencji etycznych, dotyczących pracy z osobami połączonymi silnymi więzami uczuciowymi².

Wiedza o funkcjonowaniu jednostek może wspomagać rozumienie zjawisk zachodzących w rodzinie lub parze (por. pkt 1.8 Standardów ogólnych). Jednocześnie psychoterapeuta poszukuje aktywnie wiedzy, pozwalającej mu lepiej rozumieć specyficzne zjawiska działające w rodzinach (np. takich, które wywodzą się z odmiennej kultury lub rodzin z jedną osobą z odmiennej kultury³, rodzin osób cierpiących na długoterminowe choroby fizyczne lub o podłożu psychicznym, i innych).

1.4 W razie potrzeby, psycholog kieruje osobę diagnozowaną i/lub zleceniodawcę do innego specjalisty lub podejmuje współpracę z innym specjalistą.

Wskazówki realizacji standardu 1.4 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Podejmując współpracę z innymi specjalistami zajmującymi się tą samą rodziną, psycholodzy powinni szczególnie dbać o jawność komunikacji – tzn. dla wszystkich członków rodziny powinno być jasne, jaki rodzaj informacji będzie przekazywany między różnymi specjalistami. Diagnostyci zobowiązani są dochować zasady świadomej zgody uczestników badań diagnostycznych na przekazywanie informacji ich dotyczących.

We współpracy z innymi specjalistami diagnosta uważnie rozstrzyga czy sam fakt otrzymywania od nich dodatkowych informacji o diagnozowanej rodzinie nie zaburzy procesu diagnozy. Rozstrzygnięcia takie wynikać powinny z teorii psychoterapeutycznej, jakiej psychoterapeuta używa do diagnozy.

Kwestią szczególnie trudną jest próba zobowiązania diagnosty, przez jednego z członków rodziny, do utrzymywania w tajemnicy przed innymi jej członkami wybranych faktów (np. posiadania romansu przez tą osobę, własnego uzależnienia lub innych ważnych kwestii). Dotrzymanie przez psychoterapeutę takiej tajemnicy może skutecznie paraliżować możliwość prowadzenia diagnozy z daną parą lub rodziną.

² Zasady etyczne specyficznej dla pracy z parami/rodzinami omawia znowelizowany Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (data, punkty).

³ Osobnym i ważnym problemem jest diagnoza rodzin niemówiących językiem psychoterapeuty – wskazówki dotyczące pracy diagnostycznej z asystą tłumacza zawarte są

W sytuacji, gdy pojawia się możliwość otrzymania dodatkowych informacji o diagnozowanej parze/rodzinie od innych specjalistów lub poszczególnych członków rodziny, diagnosta, kierując się wskazówkami podejścia psychoterapeutycznego, będącego podstawą konsultacji, każdorazowo rozważa czy istnieją szczególne powody, dla których powinien skorzystać z dodatkowych informacji spoza rodziny oraz jakie będą konsekwencje posiadania przez niego takiej wiedzy dla prowadzenia prawidłowego procesu diagnostycznego. Ponadto diagnosta podejmuje działania powstrzymujące inne osoby od przekazywania mu dodatkowych informacji o rodzinie.

W niektórych sytuacjach kwestie te rozwiązywane są systemowo (np. psychoterapeuta jest członkiem personelu oddziału psychiatrycznego, w ramach którego konsultuje rodzinę leczonego pacjenta/pacjentki). W innych przypadkach (np. kierowanie z konsultacji lub terapii indywidualnej do konsultacji pary lub rodziny) diagnosta powinien dokładać szczególnych starań, aby upewnić się, że informacje od terapeuty indywidualnego przekazywane są jedynie w takim zakresie, na jaki zgodził się pacjent/osoba badana.

1.5 Psycholog realizuje proces diagnostyczny dbając o dobro osoby diagnozowanej.

Wskazówki realizacji standardu 1.5 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Specyfiką pracy z parami oraz rodzinami jest umiejętność dbania o dobro wszystkich uczestników spotkania, szczególnie w przypadku wzajemnych negatywnych nastawień członków rodziny wobec siebie. Psychoterapeuta podczas prowadzenia diagnozy realizuje dbanie o dobro rodziny poprzez:

- dbanie o dobro każdego z jej członków;
- utrzymywanie profesjonalnej postawy zrównoważonej neutralności wobec wszystkich członków rodziny;
- możliwie najpełniejsze rozumienie zjawisk zachodzących w rodzinie;
- komunikowanie swojego rozumienia rodziny.

Diagnosta aktywnie przeciwdziała procesom obciążania za trudności rodziny lub pary jednego z jej członków, w tym szczególnie stygmatyzowania lub etykietowania wybranych osób oraz nie wchodzi w koalicje z jedną częścią rodziny lub jedną osobą w parze, przeciwko pozostałym członkom, lecz pracuje z rodziną/parą jako całością. W sytuacji występowania aktywnej przemocy w rodzinie psychoterapeuta nie podejmuje się prowadzenia diagnostyki rodziny lecz podejmuje interwencje w celu zatrzymania przemocy.

omówieniu realizacji standardów w diagnozie osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce (por. Zalewski i Kamińska, 2015).

Dyskomfort klientów podczas konsultacji diagnostycznych rodziny i pary - w porównaniu z diagnozą indywidualną – może być związany z wieloma dodatkowymi czynnikami, takimi jak: słyszenie negatywnych opinii na swój temat od innych członków rodziny w obecności psychoterapeutów, prezentowanie innych członków w negatywnym świetle czy dostrzeganie różnic między członkami rodziny. Jedną z sytuacji powodujących dyskomfort jest nie podejmowanie przez psychoterapeutę diagnozowania (a tym bardziej zmieniania) pojedynczych członków rodziny na zlecenie pozostałych (np. diagnozowanie i „naprawianie” nastolatka na zlecenie rodziców; diagnozowanie jednego partnera w parze na zlecenie drugiego). Może się to wiązać z dużą frustracją niektórych uczestników diagnozy lub stać w sprzeczności z ich celami oraz nadziejami związanymi ze zgłoszeniem rodziny na konsultacje diagnostyczne w kontekście psychoterapii. Psychoterapeuta informuje uczestników diagnozy, że tego typu zlecenia nie będą przez niego przyjmowane, tak aby rodzina jako całość mogła podjąć świadomą decyzję o uczestnictwie w konsultacjach.

Zawieszanie procesu diagnostycznego i wprowadzanie interwencji psychoterapeutycznych może wynikać (a) z konieczności zatrzymania występującej w rodzinie przemocy lub (b) sytuacji, w której kontynuowanie diagnozy naruszałoby godność i dobro drugiej osoby. Zaniechanie koniecznych interwencji jest wówczas działaniem na szkodę rodziny. Po skutecznej interwencji diagnosta podejmuje starania w kierunku kontraktowania procesu diagnostycznego i podejmuje z rodziną refleksję nad celami i przedmiotem diagnozy. Celem takiego działania jest uniknięcie zaniechania rozumienia psychologicznej sytuacji w rodzinie, która pojawiła się u psychoterapeuty.

1.6 Psycholog podejmuje się realizacji usługi diagnostycznej tylko wówczas, gdy może ją wykonywać z poszanowaniem dóbr, autonomii i praw osoby diagnozowanej oraz osób trzecich.

Wskazówki realizacji standardu 1.6 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Kwestii poszanowania dóbr, autonomii i praw członków rodziny diagnosta poświęca szczególną uwagę w sytuacji, gdy w konsultacji biorą udział osoby trzecie (np. stażyści). Praca w zespole wymaga wypracowania i dbania o przestrzeganie standardów diagnozy przez wszystkich uczestników zespołu diagnostycznego – odpowiedzialny za ich wypracowanie oraz przestrzeganie jest psychoterapeuta (lub para psychoterapeutów) prowadzący spotkanie. Wszyscy członkowie poszerzonego zespołu diagnostycznego dbają o dobro członków diagnozowanej rodziny – w tym zachowanie tajemnicy zawodowej, intymności spotkania, itp.

Dbanie o dobro, autonomię i prawa każdej z osób w rodzinach przeżywających trudności emocjonalne (np. silnie skonfliktowanych) wymaga szczególnych profesjonalnych kompetencji psychoterapeuty (patrz pkt 1.3). W przypadku niemożności prowadzenia konsultacji z poszanowaniem dóbr, autonomii i praw członków rodziny psychoterapeuta powinien zaprzestać prowadzenia konsultacji i podjąć interwencje przywracające możliwość diagnozowania – działania te mają prymat nad prowadzeniem diagnozy. Należy wskazać, że jest to sytuacja odmienna niż w przypadku diagnozy indywidualnej, gdzie nie przerywa się procesu diagnostycznego w sytuacji, gdy uczestnik diagnozy werbalnie atakuje osoby ze swojej rodziny, ponieważ nie są obecne na konsultacji.

1.7 Psycholog diagnosta korzysta z superwizji (indywidualnej, grupowej, koleżeńskiej).

Wskazówki realizacji standardu 1.7 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Superwizor konsultujący proces diagnozy pary lub rodziny posiada wysoce specjalistyczną wiedzę z zakresu psychoterapii oraz diagnostyki par i rodzin, a w przypadku superwizowania psychoterapeutów pracujących w koterapii także z zakresu specyfiki procesów zachodzący w relacji koterapeutycznej oraz superwizji takich procesów.

W trakcie superwizji (szczególnie grupowej) psychoterapeuta dokonujący diagnozy oraz superwizor danej pracy diagnostycznej dbają o zasady tajemnicy zawodowej. Osoby znające członków rodziny z innego kontekstu (np. terapeuci indywidualni członków rodziny) powinny powstrzymać się od uczestnictwa w tej części grupowego spotkania superwizyjnego, na którym omawiana jest dana para/rodzina. Odstępstwo od tej zasady powinno być szczególnie umotywowane oraz rozważone przez uczestników danej superwizji (sytuacja taka to np. superwizja personelu oddziału psychiatrycznego, w którym konsultowane są także rodziny, a który pracuje zespołowo, w sytuacji kiedy rodziny są poinformowane o omawianiu pracy terapeutycznej na zebraniach klinicznych czy superwizjach).

1.8 Jeżeli psycholog nie posiada umiejętności niezbędnych do tego, by uwzględnić indywidualną perspektywę osoby diagnozowanej (np. nigdy nie pracował z osobą reprezentującą daną grupę społeczną czy doświadczającą danego problemu), komunikuje ten fakt osobie diagnozowanej i/lub zleceniodawcy wraz z informacją o ewentualnej dostępności innych psychologów specjalizujących się w danym obszarze pracy.

Wskazówka realizacji standardu 1.8 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Jeśli członkiem rodziny jest osoba pochodząca z innej kultury lub nie znająca języka, w jakim prowadzone są konsultacje diagnostyczne, rolą psychoterapeuty jest zakomunikowanie rodzinie związanych z tym trudności oraz poszukiwanie wraz z uczestnikami spotkań diagnostycznych rozwiązań, umożliwiających wszystkim członkom rodziny prezentowanie własnej perspektywy na omawiane kwestie rodzinne.

1.9 W przypadku braku możliwości skierowania osoby diagnozowanej i/lub zleciendawców do ekspertów z określonego obszaru psychologicznej praktyki diagnostycznej, psycholog podejmuje się realizacji usługi diagnostycznej pod warunkiem, że aktywnie poszerza swoją wiedzę w tym zakresie oraz poddaje dany proces diagnostyczny superwizji.

1.10 Psycholog stara się rozpoznać występujące (oraz potencjalne) konflikty, w jakich może się znaleźć podczas realizacji procesu diagnostycznego.

Wskazówki realizacji standardu 1.10 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

W omawianym obszarze pojawić się może konflikt dotyczący diagnozowania rodziny oraz diagnozowania jednostki w trakcie tej samej konsultacji oraz przez tego samego diagnostę. Psychoterapeuta prowadzi diagnozę zgodnie z wybraną teorią psychoterapeutyczną i zajmuje się tym konfliktem zgodnie z wiedzą wynikającą z tej teorii.

Np. w podejściu poznawczo-behawioralnym psychoterapeuta prowadzi diagnozę rodziny / pary z wyraźnymi elementami diagnozy indywidualnej (naprzemiennie prowadząc wywiady z rodziną i osobno z poszczególnymi jej członkami; por. Dattillo, 2013); w podejściu systemowym diagnozowanie jednostki jest wplątane w zależności rodzinne, takie jak tworzenie przez psychoterapeutę koalicji z niektórymi członkami rodziny, naruszanie postawy neutralności psychoterapeuty, itd. (por. Chrzastowski, 2014).

Jeżeli proces diagnostyczny oraz proces terapeutyczny prowadzą różni psychoterapeuci (lub inne zespoły psychoterapeutów) obie strony muszą uzgodnić wspólne rozumienie diagnozy oraz wynikających z niej zaleceń, szczególnie w sytuacji, gdy diagnoza oraz terapia oparte są na odmiennych teoriach psychoterapeutycznych. Brak takiego uzgodnienia może prowadzić do odrzucenia przez psychoterapeutę otrzymanej diagnozy, jako operującej nieznanymi mu pojęciami, proponującą nieznaną mu interwencje lub oferującą rozumienie rodziny, z którym się nie zgadza.

Prowadząc proces diagnostyczny rodziny psychoterapeuta narażony jest na działanie różnych sił, które naruszać mogą jego neutralną pozycję (np. domaganie się opowiedzenia się

po czyjejś stronie, rozstrzygnięcia sporu, legitymizowania perspektyw niektórych członków rodziny jako dominujących wobec innych, itp). Psychoterapeuta starannie dochowuje zasady neutralności w kontaktach z członkami rodziny oraz poddaje superwizji swoje działania w tym kontekście.

W sytuacji, kiedy między psychoterapeutą a członkami rodziny lub osobami z pary występują wyraźne różnice światopoglądowe, psychoterapeuta kieruje się wskazaniem teorii psychoterapeutycznej, która jest podstawą jego działań diagnostycznych. Psychoterapeuta posiada umiejętności radzenia sobie z powyższymi konfliktami, m.in. poprzez umiejętność korzystania z konsultacji i wsparcia zespołu klinicznego, do którego należy oraz korzystania z superwizji procesu diagnostycznego.

1.11 Jeżeli konieczne warunki wstępne są spełnione (patrz punkty 1.1 – 1.10), psycholog zawiera pisemny lub ustny kontrakt na badanie diagnostyczne na podstawie świadomej zgody osoby diagnozowanej.

Wskazówki realizacji standardu 1.11 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Psychoterapeuta wyjaśnia specyfikę i ograniczenia procesu diagnostycznego rodzinie, w tym podkreśla, że diagnoza nie jest osądzeniem, a jej wynikiem nie będzie orzeczenie o winie lub niewinności oraz, że każda z osób w rodzinie ma równe prawo wypowiadać się na temat rodziny – uzyskanie na to zgody jest konieczne do rozpoczęcia procesu diagnozowania.

Kontrakt na badania diagnostyczne zawiera para lub odpowiednia część rodziny (rodzice lub rodzice i dorosłe dzieci). Natomiast świadomą zgodę udziela każda z osób w rodzinie⁴. Należy wskazać, że zgoda ta obejmuje diagnozę rodziny, a nie pojedynczych osób i wnioski diagnostyczne będą dotyczyły rodziny⁵. Proces diagnostyczny pary i rodziny może być o wiele dłuższy niż proces diagnozy indywidualnej.

⁴ Kwestie uzyskiwania świadomej zgody od dzieci omawiane będą w osobnym dokumencie, dotyczącym realizacji standardów diagnozy wobec dzieci i młodzieży.

⁵ Chyba, że teoria psychoterapeutyczna wskazuje inaczej, jak w przypadku poznawczo-behawioralnej psychoterapii par (Dattilio, 2013).

1.12 Psycholog uzgadnia z osobą diagnozowaną i/lub zleceniodawcą (osobą/instytucją zlecającą wykonanie usługi diagnostycznej) zakres przekazywanych we wnioskach diagnostycznych informacji, co stanowi element kontraktu dotyczącego tego badania diagnostycznego.

2. Planowanie procesu diagnostycznego

2.1 Psycholog potrafi wskazać obszary wiedzy naukowej, będące podstawą formułowania odpowiedzi na pytanie diagnostyczne.

Wskazówki realizacji standardu 2.1 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Diagności potrafią wskazać specjalistyczną i aktualną wiedzę z zakresu teorii psychoterapeutycznej, stosowanej w danym procesie diagnostycznym. Teoria ta powinna być oparta o psychologiczną wiedzę naukową, a skuteczność prowadzonej na jej podstawie psychoterapii weryfikowana za pomocą metod naukowych. W kontekście diagnozy pary/rodziny do psychoterapii psycholodzy zwracają uwagę na zjawiska zachodzące w sytuacji emocjonalnie angażującej jednostkę wobec innych osób (swojej rodziny oraz psychoterapeutów), a także dbają o to, aby posiadać wiedzę oraz wrażliwość etyczną pozwalającą opisać to, jak może przeżywać siebie każda z osób w rodzinie (rodzicie, dzieci, inni) w trakcie konsultacji diagnostycznej.

2.2 Psycholog potrafi wskazać, co należy badać, by móc formułować twierdzenia dotyczące konkretnego badanego zagadnienia.

Wskazówki realizacji standardu 2.2 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Diagności posiadają wskazaną w punkcie 2.1. specjalistyczną wiedzę z zakresu funkcjonowania par i rodzin, a także świadomość wynikających z tej wiedzy zasad postępowania.

2.3 Psycholog opracowuje strategię diagnozowania.

Wskazówki realizacji standardu 1.3 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Podczas konsultacji diagnostycznych pary i rodziny wywierają zazwyczaj silny nacisk emocjonalny na diagnostę. Psychoterapeuta dokłada starań, aby być świadomym zarówno siły jak i charakteru tego wpływu na jego postępowanie, w tym szczególnie na

zniekształcenia poznawcze pojawiające się podczas formułowania hipotez diagnostycznych. Ponadto psychoterapeuta dokłada starań, aby utrzymywać postawę neutralności w relacji z rodziną. Neutralność jest elementem strategii diagnozowania, ponieważ dzięki niej diagności mogą otrzymywać istotne informacje od wszystkich członków rodziny.

Przykładowe strategie wspierające neutralność diagnosty; prowadzenie procesu diagnostycznego przez dwie osoby (koterapia), świadomość oddziałujących na proces zbierania informacji oraz formułowania wniosków diagnostycznych zniekształceń poznawczych (por. Stemplewska-Żakowicz, 2009; Chrzastowski, 2014), aktywne ustalanie z osobami trzecimi zakresu dodatkowych informacji o rodzinie spoza konsultacji oraz dbałość o poprawność metodologiczną badania w kontekście kontaktu z wieloma osobami na konsultacji, a także przed i po niej.

2.4 Psycholog ocenia związek zbieranych danych z konkretnym pytaniem diagnostycznym oraz przyjętym celem postępowania diagnostycznego.

Wskazówki realizacji standardu 2.4 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Cel badania może być odmienny dla psychoterapeuty oraz dla rodziny, a także odmienny dla każdego z członków rodziny (por. pkt. 1.1 i 1.2). Związek między działaniami psychoterapeutów i celami konsultacji diagnostycznych może być niejasny dla różnych uczestników konsultacji i powinien być na bieżąco wyjaśniany. Diagnostyci powinni szczególnie dbać o budowanie i podtrzymywanie sojuszu diagnostycznego (por. Stemplewska-Żakowicz, 2009; Chrzastowski, 2014).

2.5 Psycholog używa wyłącznie narzędzi diagnostycznych, które mają podstawy naukowe w zakresie danego obszaru diagnostyki.

Wskazówki realizacji standardu 2.5 w obszarze diagnostyki par i rodzin: Należy podkreślić konieczność silnego osadzenia stosowanych metod diagnostycznych w wybranej teorii psychoterapeutycznej, zarówno w przypadku metod ilościowych, jakościowych jak i obserwacji.

2.6 Dobierając narzędzia, psycholog uwzględnia indywidualne właściwości uczestnika badania.

2.7 Dobierając standardowe narzędzia, psycholog uwzględnia ich właściwości psychometryczne.

2.8 Psycholog używa narzędzi z poszanowaniem osobistego i materialnego prawa autorskiego.

2.9. Psycholog używa aktualnych wersji narzędzi diagnostycznych.

3. Badanie

3.1 Psycholog prowadzi badania wyłącznie w standardowych warunkach, umożliwiającym porównywanie uzyskiwanych wyników

Wskazówki realizacji standardu 3.1 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Jeżeli badanie rodziny obejmuje stosowanie obserwacji w warunkach naturalnych (w miejscu zamieszkania rodziny), rzetelność tej metody musi być oparta o jej osadzenie w stosowanej w danym procesie diagnostycznym teorii psychoterapeutycznej oraz prawidłowo zbudowanych wskaźnikach (por. pkt. 2.2 i 2.3; Stemplewska-Żakowicz, 2005).

3.2 Psycholog zachowuje właściwą z punktu widzenia kodeksu etyki zawodowej psychologa postawę wobec osoby uczestniczącej w badaniu.

Wskazówki realizacji standardu 3.2 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Pytając o problemy rodziny diagnosta nieuchronnie i automatycznie prowokuje wzajemne narzekania, oskarżenia oraz ataki, w związku z tym w rodzinną konsultację diagnostyczną immanentnie wpisane jest ryzyko wzajemnego naruszania godności przez osoby, które zgłosiły się na konsultację. Diagnosta powinien aktywnie minimalizować ilość i natężenie tych ataków lub innych działań naruszających godność uczestników diagnozy; np. poprzez dbanie o to, by każdy uczestnik spotkania mógł wyrazić swoje zdanie na omawiany temat, by każda osoba mogła wypowiedzieć się w kontekście ataku na siebie, ale także

poprzez definiowanie zasad komunikacji na spotkaniu, zatrzymywanie ataków, przeciwdziałanie przemocy oraz inne sposoby, będące elementem umiejętności praktycznych psychoterapeutów (por. pkt. 1.3).

Ujawnianie informacji o innych osobach w ich obecności może naruszać godność uczestników spotkania, w tym szczególnie ujawnianie informacji bez zgody drugiej osoby (np. dziecko opowiada o kłótniach rodziców, choć nie wyrazili na to zgody). Psychoterapeuta rozważa na bieżąco na ile ujawniane informacje mogą uderzać w godność uczestników oraz zawsze umożliwia omawianej osobie ustosunkowanie się do ujawnionych bez jej zgody treści. Psychoterapeuta podczas prowadzenia diagnozy bierze pod uwagę rozkład siły w rodzinie i jest świadomy sytuacji emocjonalnej osób o niższej pozycji w rodzinie; może np. uznać, że w danej rodzinie należy zatrzymywać rodzica, ujawniającego intymne sekrety dziecka niż dziecko ujawniające konflikty małżeńskie.

Psychoterapeuta powinien być świadomy konfliktu pomiędzy poszanowaniem sposobu funkcjonowania rodziny – w tym używanego przez nią języka, który może zawierać elementy wzajemnej dewaluacji, przypisywania sobie przez członków pary poniżających cech, itp. – a modyfikowaniem tego języka bez zgody rodziny (np. poprzez zatrzymywanie atakujących wypowiedzi jednego z jej członków, choć pozostali członkowie rodziny akceptują ten sposób wypowiedzania się). Należy wskazać, że samo działanie profesjonalnie wyszkolonego diagnosty jest pro-godnościowe, a jego obecność amortyzuje ataki wewnątrz rodziny. Diagnosta powinien nieustannie używać interwencji, w które wpisane jest poszanowanie przeżyć każdej z osób w rodzinie. Interwencje takie to np. niezgoda psychoterapeuty na pewne sposoby uwłaczającego opisywania członka rodziny przy jednoczesnym stałym zachęcaniu rodziny do dalszej rozmowy oraz proponowanie zastępowania uwłaczających określeń innymi. Jednocześnie rozważając ów konflikt diagnosta odnosi się do zasad zawartych w kodeksie etycznych psychoterapeuty, opisującego działania wobec par i rodzin⁶.

Właściwemu zachowywaniu etycznej postawy przez psychoterapeuty silnie sprzyja budowanie przez niego wysokiej jakości przymierza diagnostycznego z rodziną.

3.3. Psycholog jest odpowiedzialny za kontrolowanie i minimalizowanie czynników zakłócających wynikających z jego interakcji z osobą diagnozowaną.

Wskazówki realizacji standardu 3.3 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

⁶ Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kodeks zasad etycznych psychoterapeuty, dostępny na: http://psychoterapia-ptp.pl/wp-content/uploads/2014/05/Kodeks-Etyczny_projekt.pdf

W proces diagnostyczny pary lub rodziny wpisane są czynniki zakłócające, wynikające z wielu możliwych relacji, zachodzących między członkami rodziny a diagnostami. Diagnosta działa na rzecz minimalizowania czynników zakłócających zgodnie ze wskazówkami stosowanej w procesie diagnostycznym teorii psychoterapeutycznej; np. poprzez stosowanie specyficznych zasad prowadzenia konsultacji, takich jak rozpoczynanie spotkania tylko w obecności wszystkich członków rodziny, przerywanie rozmowy na czas, gdy jedna z osób opuszcza pomieszczenie, omówienie zasad kontaktu diagnosty i rodziny poza czasem konsultacji, i innych.

4. Integracja danych

4.1 Psycholog integruje uzyskane w badaniu dane ilościowe oraz jakościowe w kontekście formułowania odpowiedzi na pytanie diagnostyczne

Wskazówki realizacji standardu 4.1 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

W sytuacji, kiedy ten sam zespół diagnostyczny prowadzi jednocześnie proces diagnostyczny dziecka oraz rodziny, psychoterapeuta powinien zdecydować się na jedną z dwóch strategii badawczych:

- Strategia 1: proces diagnostyczny prowadzony jest dwutorowo, odrębnie dla dziecka i dla rodziny, a nadrzędnym celem diagnozy jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o optymalne działania, jakie należy podjąć wobec danej rodziny. Nadrzędny cel wymusza działanie oparte o wybrane podejście teoretyczne oraz taki dobór metod diagnostycznych, których wnioski można połączyć i w efekcie sformułować spójne zalecenia dla rodziny oraz dla dziecka (np. zalecenie zastosowania interwencji terapeutycznych wobec dziecka i wspomagającej interwencji wobec rodziców lub odwrotnie: interwencji terapeutycznych wobec rodziców i wsparcia wobec dziecka).
- Strategia 2: prowadzenie dwóch równoległych, ale odrębnych od siebie procesów diagnostycznych, przy wykorzystaniu dwóch różnych podejść teoretycznych oraz różnych metod diagnostycznych, a następnie formułowanie wniosków oraz rekomendacji osobno w każdym z prowadzonych procesów diagnostycznych. W przypadku pojawienia się sprzecznych wniosków lub rekomendacji, należy te sprzeczności poddać superwizji lub innym formom konsultacji, takim jak superwizja koleżeńska czy zebranie kliniczne zespołu terapeutycznego. W

przypadku wybrania tej strategii wyzwaniem dla psychoterapeuty jest pozostawaniem neutralnym (np. diagnozując dziecko może emocjonalnie bardziej „pozostawać przy nim” i w ten sposób oddalać się od jego rodziców, co zaburza utrzymywanie pozycji neutralności podczas diagnozowania rodziny jako całości). Psychoterapeuta powinien szczególnie monitorować to, czy jest neutralny podczas konsultacji oraz superwizować kwestię swojej neutralności.

4.2 W odniesieniu do standardowych narzędzi diagnostycznych, psycholog bierze pod uwagę ich właściwości psychometryczne i adekwatnie do ich poziomu ocenia stopień zaufania, z jakim może odnosić się do uzyskanych wyników. W odniesieniu do wywiadu i obserwacji ocenia ich poprawność metodologiczną i na tej podstawie stopień zaufania, z jakim może odnosić się do uzyskanych wyników.

Wskazówki realizacji standardu 4.2 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Prowadzenie procesu diagnostycznego przez więcej niż jedną osobę – w koterapii lub z zespołem diagnostycznym – wspiera metodologiczną refleksję nad jakością zebranego materiału, pod warunkiem, że diagności rozpoczną analizę zebranego materiału od analizy sposobu jego zbierania (tzn. oceny warunków prowadzenia wywiadu lub obserwacji).

4.3 Wszędzie tam, gdzie w toku badania wystąpiły zakłócenia w stosunku do warunków standardowych, psycholog uwzględnia możliwy wpływ tych zakłóceń na wynik badania i adekwatnie modyfikuje stopień zaufania, z jakim może odnosić się do uzyskanego wyniku.

5. Komunikowanie efektów i dokumentowanie procesu diagnozy

5.1 Psycholog komunikuje wnioski diagnostyczne zgodnie z zawartym wcześniej kontraktem na badanie diagnostyczne.

Wskazówki realizacji standardu 5.1 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Informacje zwrotne dotyczące diagnozy udzielane są zleceniodawcy diagnozy oraz wszystkim uczestnikom procesu diagnostycznego.

5.2 Psycholog przekazuje informacje o efektach procesu diagnozy w sposób dopasowany do odbiorcy.

5.3 Psycholog podejmuje się przeprowadzenia procesu diagnostycznego wyłącznie wtedy, gdy zapewnione są warunki właściwego przechowywania dokumentacji związanej z prowadzonymi działaniami.

5.4 Przekazywanie pełnej informacji dotyczącej procesu diagnozy odbywa się tylko wówczas, gdy jej odbiorcą jest upoważniony przez osobę diagnozowaną psycholog.

Wskazówki realizacji standardu 5.4 w obszarze diagnostyki par i rodzin:

Psychoterapeuta może przekazywać wnioski diagnostyczne dotyczące rodziny innemu terapeutce (np. indywidualnemu terapeutce dziecka) wyłącznie przy zgodzie wszystkich dorosłych osób w rodzinie lub obojga opiekunów prawnych dziecka. W instytucjach, które pracują zespołowo (np. oddziały psychiatryczne), informacja przekazana jednemu członkowi zespołu może być przekazana wszystkim pozostałym członkom zespołu o ile rodzina została wcześniej poinformowana o takiej zasadzie, panującej w danej placówce.

W przypadku konsultacji pary do psychoterapii wyniki badania diagnosta może przekazać innemu psychoterapeucie (np. terapeutce indywidualnemu jednej z osób) wyłącznie przy zgodzie obojga osób z pary – niezgoda jednej z osób wyklucza ujawnianie jakichkolwiek informacji. Przekazywanie takich wniosków to sytuacja wyjątkowa i wymaga od diagnostów szczególnego namysłu, w którym wezmą oni pod uwagę dobro pary oraz wskazania teorii psychoterapeutycznej, wykorzystanej do diagnozy danej pary. Np. należy rozważyć czy informacje przekazane terapeutce indywidualnemu jednej osoby o jej partnerze będą sprzyjały pracy terapeutycznej pary czy ją utrudniały.

5.5 Przekazywanie informacji w formie pisemnej odbywa się w sposób zapewniający jej poufność.

Za każdym razem przy przekazywaniu informacji osobom trzecim, priorytetem dla diagnostów jest ochrona tajemnicy zawodowej. Należy pamiętać, że udzielenie informacji o rodzinie jest zawsze udzieleniem informacji o udziale w tej rodzinie wszystkich jej członków, na co trzeba mieć zgodę każdego członka rodziny.

WŁADYSŁAW JACEK PALUCHOWSKI*

Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM; Sekcja Diagnostyki Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Wytyczne diagnostyki osób z niepełnosprawnościami – historia powstawania

Artykuł opisuje proces tworzenia „Wytycznych Diagnostyki Osób z Niepełnosprawnościami”. Załącznikiem do niego jest tekst wytycznych.

The article describes the process of creating "Guidelines for Diagnosis of Disabled Persons". The text of the guidelines is attached to it.

Założenia

Na potrzeby prac zespołu, za Międzynarodową Organizacją Zdrowia (WHO, 2001) i zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), przyjęliśmy pogląd, że niepełnosprawność jest szerokim terminem obejmującym współwystępujące:

- a) upośledzenie struktury i funkcji ciała,
- b) ograniczenie zdolności podejmowania aktywności (w sposób i w zakresie uważany za typowy dla człowieka w podobnym wieku i tej samej płci),
- c) ograniczenie lub uniemożliwienie uczestnictwa w życiu społecznym w tym wypełnianie ról odpowiadających wiekowi, płci oraz sytuacji społecznej i kulturowej.

Za osoby z niepełnosprawnością uznajemy jednostki, które doświadczają niepełnosprawności o podłożu sensorycznym, fizycznym i/lub mentalnym (psychicznym).

Diagnozowanie osób z niepełnosprawnościami jest skomplikowane z tego powodu, że jego celem może być zarówno diagnozowanie samej niepełnosprawności (jej rodzaju, zakresu i specyfiki), konsekwencji niepełnosprawności (w odniesieniu do populacyjnej grupy referencyjnej oraz istotnych wymogów społecznych) – co jest oczywiste – jak i innych aspektów funkcjonowania osoby, nie związanych z jej niepełnosprawnością (Paluchowski, Hornowska, 2017; Wiliński, Wiśniewska-Jankowska, 2017)

Nadzwyczaj ważnym czynnikiem kontekstowym tego ostatniego badania jest potencjalna możliwość zakłócającego wpływu niepełnosprawności na diagnozę wybranego, niezwiązanego bezpośrednio z niepełnosprawnością obszaru funkcjonowania (np. poziomu

* Adres do korespondencji: Władysław J. Paluchowski, Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM, Szamarzewskiego 89AB, 60-568, Poznań; Wladyslaw.Paluchowski@amu.edu.pl

funkcjonowania poznawczego, osobowości, itp.). Szczególnie wyraźnie widoczne jest to w odniesieniu do testowania podczas prowadzenia procesu diagnostycznego.

Test przeznaczony dla osób z populacji ogólnej może okazać się nieodpowiedni do badania osób z określonym rodzajem niepełnosprawności, jeżeli do jego wykonania potrzebne są umiejętności/zdolności słuchowe, wzrokowe, ruchowe lub umysłowe, które u tych osób są zaburzone, a jednocześnie umiejętności te nie są najbardziej istotne z punktu widzenia celu badania diagnostycznego (Paluchowski, Hornowska, 2017).

Testy tworzone są z myślą o badaniu osób z populacji ogólnej, a podręcznik testowy najczęściej zawiera informacje o standardowej procedurze badania. Także kształcąc psychologów podkreśla się konieczność nieodstępowania od procedury opisanej w podręczniku testowym. Bardzo rzadko (jeśli w ogóle) spotyka się w podręcznikach testowych informację, jak prowadzić badanie diagnostyczne osoby niepełnosprawnej (Paluchowski, Hornowska, 2017). Jednak w praktyce zdarzają się okoliczności, zmuszające diagnostę do odejścia od takiej standardowej procedury. Jedną z nich jest niepełnosprawność osoby diagnozowanej.

Ta właśnie sytuacja była inspiracją do podjęcia prac nad uzupełnieniem „Standardów diagnozy psychologicznej”. Łatwo bowiem nawoływać do dostosowania narzędzi diagnostycznych do niepełnosprawności osób diagnozowanych, pozostawiając jednocześnie psychologów-praktyków zdanych wyłącznie na siebie. Chcielibyśmy, aby nasze uzupełniające wytyczne do stosowania ogólnych „Standardów diagnozy psychologicznej” były oparciem dla psychologów w takich właśnie okolicznościach. Chcemy też, aby nasze wytyczne przeciwdziałały potencjalnemu dyskryminowaniu osób z niepełnosprawnościami.

Staraliśmy się, aby uzupełniające wytyczne do stosowania standardów diagnostycznych miały – mimo specyfiki podjętego przez nas problemu – charakter ogólny, względnie niezależny od celu diagnozy jak i rodzaju niepełnosprawności. Jesteśmy jednocześnie świadomi, że opisane tu wytyczne nie mają charakteru ostatecznego.

Powołanie i przebieg prac Zespołu

Zespół Roboczy ds. Diagnostyki Osób z Niepełnosprawnościami został powołany 13 stycznia 2016 roku w składzie: Elżbieta Hornowska (Instytut Psychologii UAM), Władysław Jacek Paluchowski (Instytut Psychologii UAM), Mateusz Wiliński (Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 2 w Poznaniu) oraz Anna Wiśniewska-Jankowska (Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 2 w Poznaniu). Koordynatorem Zespołu był Władysław Jacek Paluchowski. Celem Zespołu było opracowanie

wytycznych¹ dotyczących realizacji ogólnych „Standardów diagnozy psychologicznej” uchwalonych przez Ogólnopolską Sekcję Diagnozy Psychologicznej PTP w dn. 21.06.2014² podczas diagnozowania w zakresie innym, niż niepełnosprawność.

Na podstawie literatury (m. in. AERA, APA, NCME, 2007; Ballesteros i in. 2005; Heaney, Pullin, 1998; ITC, 2005; Mazella, Albaret, Picard, 2014; Pitoniak, Royer, 2001; Psychological Testing Centre BPS, 2016a, 2016b; *Public Service Commission of Canada*, 2007; Tindal, Fuchs, 2000; Williams, 1986) oraz własnego doświadczenia (Paluchowski, Hornowska, 2017; Wiliński, Wiśniewska-Jankowska, 2017) przygotowaliśmy wstępną wersję wytycznych do ogólnych „Standardów diagnozy psychologicznej”.

Opinie zbieraliśmy zarówno wśród osób zajmujących się daną dziedziną praktyki psychologicznej jak i od osób cieszących się opinią wybitnych specjalistów w danej dziedzinie praktyki.

Jednym torem były konsultacje wśród psychologów-praktyków. Anna Wiśniewska-Jankowska i Mateusz Wiliński przygotowali listę adresową oraz prezentację, która była załącznikiem do maili wysyłanych do psychologów i instytucji, zatrudniających psychologów zajmujących się diagnozowaniem osób z niepełnosprawnościami. Założyli oni również skrzynkę mailową, która służyła do ewentualnej korespondencji z osobami, które będą chciały odpowiedzieć na nasze wiadomości mailowe z prośbą o uzupełnienie ankiety. Przygotowano też specjalną stronę internetową do zgłaszania swoich opinii odnośnie do proponowanych przez nas wytycznych. Wysłaliśmy około 120 wiadomości mailowych bezpośrednio do psychologów i do organizacji podejmujących się pracy z osobami z niepełnosprawnością, zatrudniających psychologów. Wśród wymienionych organizacji wysłano wiadomości do: (a) poradni psychologiczno-pedagogicznych; (b) organizacji pozarządowych zajmujących się zagadnieniem aktywizacji społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnościami o charakterze ogólnopolskim. Głosy które otrzymaliśmy drogą internetową wyrażały akceptację dla sposobu myślenia prezentowanego w wytycznych, a także wskazywały na trudności w czytelności niektórych punktów (wytycznych). Choć nie były to liczne głosy, w efekcie ponownie dokonano zmian redakcyjnych, aby nasze wytyczne były napisane jasnym i prostym językiem, ale ze względu na złożoność materii nie zawsze było to łatwe.

¹ Przyjeliśmy, że nasze uzupełnienia Standardów Ogólnych będą miały charakter wytycznych, czyli uzupełniającego opisu stosowania danego standardu ogólnego. W dalszej części zamieszczono tylko te Standardy Ogólne, którym towarzyszyły nasze wytyczne.

² Na walnym zebraniu członków Ogólnopolskiej Sekcji Diagnozy Psychologicznej PTP w Warszawie w dniu 17 lutego 2018 roku uchwalono nową wersję Standardów (por. dalej).

Taką wersję rozesłano do ekspertów z prośbą o ich komentarz i opinie (tę część prac koordynował Władysław Jacek Paluchowski). Specjalnymi ekspertami Zespołu byli: dr hab. Ditta Baczała, prof. UMK (Katedra Psychopedagogiki Specjalnej, Wydział Nauk Pedagogicznych UMK, Toruń), mgr Dorota Gaul (Wydział Studiów Edukacyjnych UAM, Poznań; Przedszkole Integracyjne „Bajka”, Poznań), dr Katarzyna Gruszczyńska (Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Krasnymstawie), prof. dr. hab. Stanisław Zbigniew Kowalik (Katedra Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych, Wydział Wychowania Fizycznego, Sportu i Rehabilitacji oraz Katedra Adaptowanej Aktywności Fizycznej AWF, Poznań; Katedra Psychologii Klinicznej, Zdrowia i Rehabilitacji Uniwersytet SWPS, Wrocław), prof. zw. dr hab. Grażyna Krasowicz-Kupis (Zakład Metodologii i Diagnozy Psychologicznej, Instytut Psychologii UMCS, Lublin), dr hab. Wojciech Otrębski, prof. KUL (Katedra Psychologii Rehabilitacji, Instytut Psychologii KUL, Lublin) oraz dr hab. Ewa Zasepa, prof. APS (Zakład Psychologii Klinicznej Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa). Na podstawie ich uwag i komentarzy ponownie dokonano zamian w treści i formie wytycznych.

Na walnym zebraniu członków Ogólnopolskiej Sekcji Diagnozy Psychologicznej PTP w Warszawie w dniu 17 lutego 2018 roku część proponowanych wytycznych włączono do „Standardów diagnozy psychologicznej”, a niektóre z wytycznych przeformułowano oraz przyjęto ich ostateczną wersję.

Literatura cytowana

AERA, APA, NCME (2007). *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Ballesteros, S., Bardisa, D., Miller, S., Realem, J.M. (2005). The Haptic Test Battery: A new instrument to test tactual abilities in blind and visually impaired and sighted children. *The British Journal of Visual Impairment*, 23 (1), 11–24.

Heaney, K.J., Pullin, D.C. (1998). Accommodations and flags: Admission testing and the rights of individuals with disabilities. *Educational Assessment*, 5, 71–93.

International Test Commission (2006). *Policy on the use of Psychometric Tests in Ireland. Developed by The Psychological Society of Ireland. APPENDIX B: Points to consider when making arrangements for testing people with disabilities or impairments*. Dublin: The Psychological Society of Ireland. Pobrane z: https://www.psychologicalsociety.ie/file_downloader.php?status=public&filename=Policy%20on%20the%20use%20of%20Psychometric%20Tests_file_324.pdf (styczeń 2014)

Mazella, A., Albaret, J.-M., Picard, D. (2014). Haptic tests for use with children and adults with visual impairment: A Literature Review. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 108, 227–237.

Międzynarodowa Komisja ds. Testów ITC (2005). *Wytyczne międzynarodowej komisji ds. testów (International Test Commission – ITC) z 2000 roku dotyczące stosowania testów: wersja polska. Tłumaczenie autoryzowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne*. Warszawa: PTP. Pobrane z: http://www.practest.com.pl/files/ITC-Stosowanie_test%C3%B3w.pdf (styczeń 2016).

Paluchowski, W. J., Hornowska, E. (2017). Problemy związane z badaniami testowymi osób niepełnosprawnych. W: W.J. Paluchowski (red.). *Diagnostowanie wyzwania i konteksty*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.

Pitoniak, M. J., Royer, J. M. (2001). Testing accommodations for examinees with disabilities: A review of psychometric, legal, and social policy issues. *Review of Educational Research*, 71 (1), 53–104.

Psychological Testing Centre BPS (2016a). Hearing loss, deafness and psychometric testing Practical advice for test users managing the testing of people who are Deaf or have a hearing loss. Leicester: The British Psychological Society. Pobrano z: - https://ptc.bps.org.uk/sites/ptc.bps.org.uk/files/guidance_documents/ptc25_hearing_loss_and_deafness_web_0.pdf (wrzesień 2016)

Psychological Testing Centre BPS (2016b). Visual impairment and psychometric testing. Practical advice for test users managing the testing of people who have sight disabilities. Leicester: The British Psychological Society. Pobrano z: https://ptc.bps.org.uk/sites/ptc.bps.org.uk/files/guidance_documents/ptc23_visual_impairment_0.pdf (wrzesień 2016)

Public Service Commission of Canada (2007). *Guide for Assessing Persons with Disabilities. How to determine and implement assessment accommodations*. Pobrane z: <https://www.canada.ca/content/dam/canada/public-service-commission/migration/plcy-pltq/guides/assessment-evaluation/apwd-eph/pdf/apwd-eph-eng.pdf> (styczeń 2016).

Tindal, G., Fuchs, L. (2000). *A summary of research on test changes: An empirical basis for defining accommodations*. Lexington: University of Kentucky, Mid-South Regional Resource Center Interdisciplinary Human Development Institute.

WHO (2001). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (tłumaczenie polskie z 2009 roku)*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Pobrane z: https://www.csioz.gov.pl/-fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf (wrzesień 2016)

Wiliński, M., Wiśniewska-Jankowska, A. (2017). Utrudnienia w diagnozie psychologicznej osób z niepełnosprawnościami. W: W.J. Paluchowski (red.). *Diagnostowanie wyzwania i konteksty*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM

Williams, M. (1986). *Test inteligencji dla dzieci niewidomych i częściowo widzących: podręcznik*. Warszawa: Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego Ministerstwa Oświaty i Wychowania (tłumaczenie: L. Janca, A. Polonis).

Załącznik

Wytyczne do „Standardów diagnozy psychologicznej” dotyczące ogólnego diagnozowania osób z niepełnosprawnościami, w zakresie innym niż diagnoza niepełnosprawności

Konieczne warunki wstępne

1.3 Psycholog podejmuje się realizacji usługi diagnostycznej wtedy, gdy posiada odpowiednie: wiedzę, umiejętności oraz postawę etyczną.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog podejmując decyzję o badaniu diagnostycznym właściwości innej niż niepełnosprawność bierze pod uwagę to, czy ma wystarczającą wiedzę, umiejętności oraz postawę empatyczną, pozwalające rzetelnie przeprowadzić badanie osoby z niepełnosprawnością. Pod uwagę bierze także to, czy ma dostateczne doświadczenie w pracy z osobami z danym rodzajem niepełnosprawności, umożliwiające mu uwzględnienie ich perspektywy.

1.4 W razie potrzeby, psycholog kieruje klienta do innego specjalisty lub podejmuje współpracę z innym specjalistą.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Jeżeli zdaniem psychologa jego działania wobec osób z niepełnosprawnością mogą być stronnicze (dyskryminujące) i prowadzić do traktowania mniej korzystnego niż byłby traktowany inny człowiek w porównywalnej sytuacji, to powinien wskazać innego specjalistę, który będzie gotów przeprowadzić badanie diagnostyczne w sposób bezstronny.

W przypadku, kiedy psycholog zda sobie sprawę, że w kontakcie z osobą diagnozowaną doświadcza on emocji uniemożliwiających mu zachowanie obiektywnej postawy, to powinien on odmówić kontynuowania procesu diagnozy i skierować osobę badaną do innego specjalisty.

1.5 Psycholog realizuje proces diagnostyczny dbając o dobro klienta.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Wszystkim osobom, bez względu na niepełnosprawność, przysługują takie same prawa (dobra) i możliwości brania udziału w życiu społecznym. Obejmuje to prawo do udziału w badaniach psychologicznych. Psycholog powinien w sposób aktywny dążyć do możliwie największego wzmocnienia pozycji osób z niepełnosprawnością i ich podmiotowego traktowania.

Podczas badania psycholog musi zadbać o właściwy (minimalizujący stres) przebieg takiego spotkania. Powinien dołożyć starań, aby unikać stronniczości wobec osób niepełnosprawnych, również tej spowodowanej np. ich postawą roszczeniową czy własną podejrzliwością wobec ew. symulacji.

W przypadku prowadzenia badań diagnostycznych wobec osoby z ograniczeniem sprawności utrudniającym dwustronną komunikację (np. całościowe zaburzenia rozwoju, takie jak spektrum autyzmu czy niepełnosprawność intelektualna; zaburzenia mowy, demencja, choroba psychiczna), psycholog wyjaśnia cel badania oraz opisuje jego przebieg i przysługujące prawa w sposób w jak najbardziej zrozumiały dla osoby diagnozowanej.

Stosuje on takie formy komunikacji, jakie są konieczne dla uzyskania pewności, że osoba diagnozowana rozumie kierowane do niej informacje oraz że diagnosta rozumie wypowiedzi/odpowiedzi osoby diagnozowanej. Jeżeli psycholog nie zna żadnej (znanej osobie diagnozowanej) formy komunikacji wspomagającej lub alternatywnej musi odstąpić od realizowania usługi diagnostycznej.

W niektórych przypadkach potrzebna może być pomoc osób z najbliższego otoczenia osoby z niepełnosprawnością, które znają jej specyficzny sposób komunikacji i mogą wspierać zarówno ją jak i udzielać informacji diagnoście. Osoby bliskie badanemu nie powinny pełnić funkcji tłumaczy w czasie badania diagnostycznego. Ocena jakości komunikacji powinna zawsze uwzględniać perspektywę osoby diagnozowanej.

1.7 Psycholog diagnosta korzysta z superwizji (indywidualnej, grupowej, koleżeńskiej).

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog rozpoznaje luki w swoich kompetencjach i konsultuje się z superwizorami lub ekspertami, by badanie diagnostyczne osób z niepełnosprawnościami było rzetelne i trafne zarówno w zakresie jego przebiegu, jak i interpretacji psychometrycznej oraz jakościowej. Psycholog powinien przede wszystkim dążyć do poddania się superwizji prowadzonej przez osoby mające większe od niego doświadczenie w zakresie diagnozowania osób z danym rodzajem niepełnosprawności.

1.8 Jeżeli psycholog nie posiada umiejętności niezbędnych do tego, by uwzględnić indywidualną perspektywę osoby diagnozowanej (np. nigdy nie pracował z osobą

reprezentującą daną grupę społeczną czy doświadczającą danego problemu), komunikuje ten fakt klientowi wraz z informacją o ewentualnej dostępności innych psychologów specjalizujących się w danym obszarze pracy.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog, mający (lub mogący mieć) kontakt z osobami z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, stara się mieć aktualną wiedzę dotyczącą miejsc, w których pracują specjaliści mający doświadczenie w prowadzeniu badań diagnostycznych wyżej wymienionych osób oraz wiedzę o realnych możliwościach przeprowadzenia badania, aby móc wskazać osobie diagnozowanej innych specjalistów.

1.9 W przypadku braku możliwości skierowania klienta do ekspertów z określonego obszaru psychologicznej praktyki diagnostycznej, psycholog podejmuje się realizacji usługi diagnostycznej pod warunkiem, że aktywnie poszerza swoją wiedzę w tym zakresie oraz poddaje dany proces diagnostyczny superwizji.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Wiedza o niepełnosprawności i specyfice funkcjonowania osoby z konkretną niepełnosprawnością może pochodzić z różnych źródeł (pisanych i niepisanych). W celu poszerzenia swoich kompetencji i stworzenia optymalnych warunków przebiegu diagnozy psycholog może i powinien konsultować się również z osobami o ograniczeniu sprawności podobnym do osoby diagnozowanej, z organizacjami zrzeszającymi i działającymi na rzecz osób z danym rodzajem niepełnosprawności oraz jej rodzicami lub bliskimi krewnymi. Taka konsultacja powinna odbywać się za zgodą osoby diagnozowanej, jeżeli wiąże się ona z ujawnianiem informacji dotyczących jej bezpośrednio (w tym również informacji dotyczących osobistego doświadczenia ograniczenia sprawności).

1.10 Psycholog stara się rozpoznać występujące (oraz potencjalne) konflikty, w jakich może się znaleźć podczas realizacji procesu diagnostycznego.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog nie ulega naciskom osób oraz instytucji zainteresowanych konkretnymi wynikami procesu diagnostycznego (w szczególności w kontekście stwierdzenia występowania u danej osoby niepełnosprawności oraz dotyczącymi jej rodzaju i stopnia). Przeprowadza swoje czynności zgodnie z wiedzą teoretyczną i standardami postępowania, prezentując swoje wnioski zgodnie ze stanem faktycznym, uwzględniając przy tym indywidualny interes i dobro (prawa podstawowe) osoby diagnozowanej.

1.12 Psycholog uzgadnia z klientem (osobą / instytucją zlecającą wykonanie usługi diagnostycznej) zakres przekazywanych we wnioskach diagnostycznych informacji, co stanowi element kontraktu dotyczącego tego badania diagnostycznego.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Przed przeprowadzeniem badania diagnostycznego psycholog wyjaśnia osobie diagnozowanej komu i w jakiej formie będą przekazane wyniki badań. Gdy badanie diagnostyczne prowadzone jest na wniosek osoby trzeciej (zgodnie z obowiązującym prawem) obowiązują analogiczne zasady.

W szczególności psycholog działający w ramach zespołu interdyscyplinarnego, którego zadaniem jest rozpoznanie u osoby niepełnosprawności lub istotnych ograniczeń funkcjonalnych związanych z niepełnosprawnością informuje osobę diagnozowaną przy zawieraniu kontraktu o: (1) kryteriach rozpoznawania danej niepełnosprawności i ograniczeń funkcjonalnych; (2) zakresie wniosków diagnostycznych przekazywanych pozostałym członkom zespołu interdyscyplinarnego.

Planowanie procesu diagnostycznego

2.3 Psycholog opracowuje strategię diagnozowania.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog przed przeprowadzeniem badania stara się przewidzieć, czy w przypadku osoby diagnozowanej z danego typu niepełnosprawnością wystąpić mogą jakieś zakłócenia wynikające z tej niepełnosprawności, a nie powiązane z badanym problemem diagnostycznym.

2.6 Dobierając narzędzia, psycholog uwzględnia indywidualne właściwości uczestnika badania.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog jest świadomy ryzyka, jakim jest obarczone stosowanie wobec osób z niepełnosprawnością testów i procedur przeznaczonych do badania osób z populacji ogólnej. W szczególności jest świadomy tego, że takie testy i procedury mogą mieć mniejszą trafność wobec osoby z ograniczeniem sprawności, ze względu na zastosowane wskaźniki mierzonej właściwości (konstruktu). Rola psychologa w tym ostatnim przypadku jest szczególnie trudna jeśli brakuje badań empirycznych dotyczących problemu zmieniania warunków badania, a w szczególności procedury badania testem.

Za niewłaściwe uznaje się stosowanie takich narzędzi psychologicznych, które przy pomiarze danej właściwości (innej niż niepełnosprawność) opierają się w znacznym stopniu na tej sferze sprawności, która jest w sposób istotny ograniczona. W takim przypadku należy albo zrezygnować z pomiaru tym narzędziem albo dostosować procedurę badania lub test psychologiczny.

Wyjątek stanowi sytuacja, w której psycholog zamierza ocenić stopień ograniczenia wspomnianej sfery sprawności osoby badanej. Na przykład, u osoby niepełnosprawnej ruchowo nie należy oceniać ilorazu inteligencji przy użyciu testów wykonaniowych angażujących sferę motoryczną, co nie oznacza, że nie należy oceniać u niej (osobno) np. sprawności grafomotorycznej.

2.7. Dobierając standardowe narzędzia, psycholog uwzględni ich właściwości psychometryczne.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Kiedy psycholog dobiera narzędzia badawcze powinien mieć wiedzę o możliwościach dopasowania (zmiany) warunków i przebiegu badania diagnostycznego do potrzeb i możliwości osoby z niepełnosprawnością.

Dotyczy to szczególnie sytuacji, w której dostosowuje się warunki badania testem w celu rozwiązania problemu zakłócającego wpływ, jaki ma ograniczenie sprawności osoby diagnozowanej na przebieg i wynik badania testowego.

Dostosowanie np. testu do konkretnych warunków badania oznacza takie odejście od standardowej procedury badania, które nie pociąga za sobą zmiany mierzonego konstrukt (właściwości). Inaczej mówiąc dostosowanie umożliwi mierzenie konstrukt u osoby z niepełnosprawnością w celu uzyskania trafnego wyniku pomiaru tego konstrukt, bez zmiany treści narzędzia (operacjonalizacji) i kryteriów oceny zachowania („dostosowania wymagań”). Modyfikacja oznacza natomiast taką zmianę procedury badania testem, która powoduje zmianę badanego konstrukt, a więc nieporównywalność wyników z oryginalnym narzędziem.

Podejmując decyzję o zastosowaniu testu w stosunku do osób diagnozowanych, które mogą wymagać dostosowania warunków i procedury do ich możliwości, psycholog powinien: (1) mieć informacje niezbędne do wybrania właściwych narzędzi pomiarowych, (2) mieć aktualne informacje dotyczące dostępności zmienionych / dostosowanych wersji branego pod uwagę narzędzia.

Psycholog ma na uwadze, że wprowadzanie zmian niektórych aspektów oryginalnego testu przeznaczonego do stosowania w ogólnej populacji może wpłynąć na własności

psychometryczne tego testu, a nawet uniemożliwić psychometryczną interpretację jego wyników.

Nie ma wielu badań empirycznych, w których analizowano wpływ różnych form dostosowania testu na rzetelność wyników testowych czy trafność wniosków wyciąganych na podstawie wyników zmienionego testu. W związku z tym wybór testu powinien być oparty z jednej strony na wiedzy psychologa o przydatności danego testu do pracy z osobami z daną niepełnosprawnością, a z drugiej na zdolności tego testu do maksymalizacji trafności zbieranych informacji.

W szczególności należy preferować takie metody testowe, których podręczniki zawierają informacje o możliwych formach ich dostosowania do badania osób z niepełnosprawnościami oraz o potencjalnych skutkach takich zmian.

2.9. Psycholog używa aktualnych wersji narzędzi diagnostycznych.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog po odpowiednim uzasadnieniu może posłużyć się starszą (zdezaktualizowaną) wersją narzędzia diagnostycznego, jeśli w świetle jego wiedzy diagnostycznej jest ono lepiej dopasowane do potrzeb osoby diagnozowanej z danego typu niepełnosprawnością i nie stoi to w sprzeczności z prawem. Diagnosta powinien jednak uzasadnić swoją decyzję na piśmie w formie notatki służbowej dołączonej do arkusza testowego osoby badanej.

Badanie

3.1 Psycholog prowadzi badania wyłącznie w standardowych warunkach, umożliwiającich porównywanie uzyskiwanych wyników.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog rozumie, że aby zapewnić osobom z niepełnosprawnościami dostęp do diagnostycznych badań psychologicznych konieczne może być dostosowanie standardowych warunków i procedur (dostosowanie formy prezentacji zadań, formy odpowiedzi, czasu badania, warunków badania oraz wykorzystanie części testu lub zamiennej formy badania). Dotyczy to także badania prowadzonego poza standardowym miejscem diagnostycznych badań psychologicznych.

Działania takie powinny być opisane w dokumentacji badania. Dzięki zamieszczeniu tego typu adnotacji, w ponownym badaniu będzie możliwe odtworzenie warunków z pierwotnego badania, co umożliwi porównanie wyników.

Celem psychologa jest zapewnienie odpowiedniego dostosowania warunków i przebiegu badania, by wyeliminować dyskryminację (nierówne traktowanie) i osiągnąć bezstronność w badaniu diagnostycznym. Psycholog rozumie rolę ograniczeń sprawności, które mogą zakłócająco wpływać na zdolność danej osoby do wykonania badania diagnostycznego i potrafi na tej podstawie określić, czy dostosowanie warunków i przebiegu badania jest właściwe w konkretnej sytuacji. Psycholog ma wiedzę naukową na temat skutków zmiany standardowych procedur (o ile na ich temat istnieją aktualne opracowania naukowe).

W niektórych przypadkach osoby z niepełnosprawnościami same zgłaszają potrzebę dostosowania procedury i warunków badania do ich możliwości a nawet przedstawiają – jako uzasadnienie – odpowiednią dokumentację. Takie prośby powinny być rozpatrywane. W każdym wypadku psycholog powinien wskazać, co wpłynęło na jego decyzję o dokonaniu zmiany w procedurze badania (w tym testowego).

Między zmianami, o które prosi osoba badana, a zmianami, które wprowadzono, mogą istnieć rozbieżności. W takich sytuacjach podstawową przesłanką jest trafność wniosków wyciąganych na podstawie wyników zmienionej procedury czy testu.

Podejmując decyzję o wprowadzeniu zmiany procedury badania testem, należy także zwrócić uwagę na fakt, że osoby z tym samym rodzajem niepełnosprawności mogą znacząco różnić się potrzebą wprowadzenia zmian. U podstaw takiej decyzji powinna leżeć zatem świadomość tego, że wprowadzanie zmian do testu czy innej procedury badania powinno bezpośrednio odpowiadać specyficznym potrzebom osoby diagnozowanej.

W przypadku zmiany standardowych warunków i przebiegu badania diagnostycznego psycholog interpretuje wyniki takiego badania z ostrożnością.

Każda taka zmiana warunków standardowych powinna zostać odnotowana (por. wytyczną do standardu 5.5) zarówno w dokumentacji przebiegu badania, jak i w efekcie końcowym diagnozy (np. opinii). Psycholog dostrzega, gdy zmiany w warunkach i procedurze badania diagnostycznego powodują zmianę badanego konstrukt (właściwości) i stara się unikać takich zmian (modyfikacji), gdy tylko to możliwe.

3.2 Psycholog zachowuje właściwą z punktu widzenia kodeksu etyki zawodowej psychologa postawę wobec osoby uczestniczącej w badaniu.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog uwzględnia zakres ograniczenia sprawności osoby diagnozowanej, dbając o tworzenie i utrzymanie takich warunków materialnych, emocjonalnych i komunikacyjnych przeprowadzanej diagnozy, które minimalizują obciążenie psychofizyczne i zapewniają niezbędną komfort diagnozowanej osoby z niepełnosprawnością.

3.3. Psycholog jest odpowiedzialny za kontrolowanie i minimalizowanie czynników zakłócających wynikających z jego interakcji z badanymi.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog powinien być świadomy własnych postaw i uprzedzeń, które mogą mieć wpływ na jego pracę z osobami z niepełnosprawnościami oraz zastanowić się, jak przezwyciężyć te przekonania, które ograniczają jego zdolność do praktyki wolnej od dyskryminacji. W szczególności powinien: (1) skupić się na osobie diagnozowanej, a nie na jej niepełnosprawności, w tym również unikać uogólnień i/lub założeń na temat osoby diagnozowanej wynikających z jej niepełnosprawności; (2) każdorazowo być przygotowany do badania osoby niepełnosprawnej, także w tym sensie, by poddawać refleksji swoją postawę wobec danej niepełnosprawności oraz możliwe reakcje, które może w nim wzbudzić kontakt z osobą dotkniętą tą niepełnosprawnością.

Integracja danych

4.1 Psycholog integruje uzyskane w badaniu dane ilościowe oraz jakościowe w kontekście formułowania odpowiedzi na pytanie diagnostyczne.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog formułuje wnioski diagnostyczne na podstawie informacji z wielu źródeł. W szczególności nie przedstawia wniosków opartych na jednej technice, natomiast stara się formułować swoje interpretacje biorąc pod uwagę dane uzyskane z pomocą różnych typów metod (technik). W uzasadnionych przypadkach psycholog stara się także pozyskać dodatkowe informacje odnoszące się do specyfiki funkcjonowania osób diagnozowanych w codziennym życiu.

4.2 W odniesieniu do standardowych narzędzi diagnostycznych, psycholog bierze pod uwagę ich właściwości psychometryczne i adekwatnie do ich poziomu ocenia stopień zaufania, z jakim może odnosić się do uzyskanych wyników. W odniesieniu do wywiadu i obserwacji ocenia ich poprawność metodologiczną i na tej podstawie stopień zaufania, z jakim może odnosić się do uzyskanych wyników.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Istnieją narzędzia diagnostyczne, mające dwa rodzaje norm: podstawowe (ogólne) opracowane na podstawie badań populacyjnych oraz specyficzne opracowane na bazie badań prowadzonych w wyodrębnionej grupie osób np. niesłyszących. Prowadząc badanie za

pomocą tego typu narzędzia, psycholog musi rozstrzygnąć (i umieć uzasadnić swoją decyzję), czy z perspektywy udzielenia odpowiedzi na podstawowe pytanie diagnostyczne, istotniejsze jest dla niego uzyskanie informacji, jak dana osoba wypadła na tle populacji ogólnej, czy np. konkretnej grupy klinicznej czy grupy osób z tym samym rodzajem niepełnosprawności.

Ponadto psycholog stara się dostosowywać sposób prowadzenia obserwacji i wywiadu oraz zbierania na ich podstawie danych, do potrzeb i specyfiki funkcjonowania osoby badanej.

4.3 Wszędzie tam, gdzie w toku badania wystąpiły zakłócenia w stosunku do warunków standardowych, psycholog uwzględnia możliwy wpływ tych zakłóceń na wynik badania i adekwatnie modyfikuje stopień zaufania, z jakim może odnosić się do uzyskanego wyniku.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog jest świadomy, że ograniczenie sprawności osoby diagnozowanej może mieć zakłócający wpływ na wynik badania wybranych właściwości i adekwatnie modyfikuje stopień zaufania, z jakim może odnosić się do uzyskanego wyniku.

Jeżeli podstawą interpretacji wyników testowych otrzymanych przez osoby z niepełnosprawnością są normy, to wybór grupy odniesienia zależy od celu testowania.

Normy podstawowe (ogólne) można wykorzystywać wtedy, kiedy celem testowania jest określenie poziomu funkcjonowania osoby diagnozowanej na tle populacji ogólnej.

Gdy zaś celem jest określenie pozycji osoby diagnozowanej na tle innych osób z takim samym rodzajem niepełnosprawności, to właściwsze będzie odwoływanie się do danych normatywnych otrzymanych w grupie osób niepełnosprawnych.

Psycholog musi jednak być w stanie uzasadnić, dlaczego dana właściwość osoby diagnozowanej powinna być mierzona w odniesieniu do grupy osób z danym rodzajem niepełnosprawności, a nie do populacji ogólnej (i na odwrót).

Komunikowanie efektów i dokumentowanie procesu diagnozy

5.2 Psycholog przekazuje informacje o efektach procesu diagnozy w sposób dopasowany do odbiorcy.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Wszędzie tam gdzie to możliwe, osoby niepełnosprawne są równoprawnymi uczestnikami dialogu na temat wyników badania oraz podejmowanych decyzji. Dotyczy to

również osób z ograniczeniami sprawności utrudniającymi dwustronną komunikację (np. całościowe zaburzenia rozwoju; spektrum autyzmu czy niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia mowy, demencja, choroba psychiczna). Dopasowując informacje o efektach procesu diagnozy psycholog bierze to pod uwagę.

5.4 Przekazywanie pełnej informacji dotyczącej procesu diagnozy odbywa się tylko wówczas, gdy jej odbiorcą jest upoważniony przez osobę diagnozowaną psycholog.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Psycholog działający w ramach zespołu interdyscyplinarnego przekazuje wszystkie te informacje dotyczące procesu diagnozy, które są niezbędne pozostałym specjalistom do zrealizowania zadań postawionych przed nimi i przed zespołem. Powstrzymuje się przy tym od przekazywania tych informacji, które naruszałyby prawa podstawowe osoby diagnozowanej i członków jej rodziny.

5.5 Przekazywanie informacji w formie pisemnej odbywa się w sposób zapewniający jej poufność.

UZUPEŁNIAJĄCE WYTYCZNE DO STANDARDU:

Ogólnie wskazane jest dodatkowe oznaczanie wyników testowych (za pomocą określenia niepełnosprawności czy z zastosowaniem dowolnego symbolu), gdy zostały one otrzymane przy zastosowaniu procedury dostosowanej do osób z ograniczeniem sprawności. Należy przy tym uwzględnić, że takie postępowanie może mieć charakter dyskryminacyjny, szczególnie gdy badanie psychologiczne przeprowadzane jest w zakresie innym niż diagnoza niepełnosprawności. W takiej sytuacji, jeżeli wynik otrzymany w wersji zmienionej jest porównywalny z wynikiem otrzymanym w wersji standardowej, to nie trzeba wprowadzać żadnych oznaczeń.

Gdy brakuje odpowiednich danych na temat porównywalności wyników i w raporcie podaje się informację o tym, że zastosowano zmienioną procedurę, nie powinno się ujawniać informacji o rodzaju niepełnosprawności osoby diagnozowanej, opisując tylko cel, rodzaj i zakres wprowadzonych zmian. Informacje o charakterze wprowadzonych zmian podaje się tylko po to, by ułatwić innym uprawnionym użytkownikom testów interpretowanie i wykorzystywanie wyników testowych.

ALICJA CZEREDERECKA*
Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków

Tworzenie Standardów opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych

Zasadniczym celem standardów opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych było stworzenie określonego algorytmu pracy ekspertów z zakresu psychologii sądowej, który ma stanowić pomoc w jak najlepszym wywiązywaniu się z powierzonych im zadań. Jednocześnie dokument może służyć ocenie poprawności opinii ich odbiorcom, którymi są zarówno zleceniodawcy (sądy), jak i opiniowani oraz reprezentanci ich interesów w postępowaniu przed sądem (np. adwokaci).

W artykule opisano historię powstawania standardów, osoby zaangażowane w ten proces oraz jego efekty. Przedstawione zostały także założenia teoretyczne oraz sposób rozstrzygnięcia dylematów, które pojawiały się na poszczególnych etapach powstawania tekstu.

The main objective of the standards of psychological evaluation in custody cases was to create a specific algorithm for the work of experts in forensic psychology, which is to assist in the best possible performance of their tasks. At the same time, the document may be used to assess the correctness of opinions of their recipients, which are both the clients (courts) and the respondents and representatives of their interests in court proceedings (e.g. lawyers).

The article describes the history of standards development, persons involved in this process and its effects. It also presents theoretical assumptions and the way of resolving dilemmas that appeared at each stage of the text's creation.

Okoliczności podjęcia inicjatywy sformułowania standardów

Przełom XX i XXI wieku można określić jako okres, w którym podejmowane są różne działania zmierzające do uporządkowania statusu zawodu psychologa: wymogów edukacyjnych, etycznych, a także zakresu kompetencji i zasad związanych z wykonywaniem pracy. Szczególny nacisk kładzie się na empiryczne podstawy wnioskowania oraz weryfikowalność ustaleń badawczych i diagnostycznych. Działania te podejmują stowarzyszenia psychologiczne (na szczeblach regionalnych, krajowych i międzynarodowych), ale także zrzeszenia stawiające sobie za cel badanie poprawności rezultatów dociekań i analiz specjalistów z różnych dziedzin, w szczególności tych, w których wnioskowanie narażone jest na subiektywizm (np. wynikający z niekontrolowanego wpływu relacji interpersonalnych pomiędzy badającym a badanym). Warto w tym miejscu wymienić zwłaszcza aktywność Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (*American Psychological Association* – APA) i Australijskiego Towarzystwa Psychologicznego

* Adres do korespondencji: Alicja Czerederecka, Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków, aczerederecka@ies.krakow.pl

(*Australian Psychological Association – APS*) oraz odnoszące się bezpośrednio do naszego kraju działania Europejskiej Federacji Towarzystw Psychologów (*European Federation of Psychologists' Associations – EFPA*), które doprowadziły między innymi do powstania Europejskiego Dyplomu Psychologa (EuroPsy).

Wśród inicjatyw podejmowanych w XXI wieku w Polsce istotną rolę odegrały prace zmierzające do sformułowania certyfikatów lub licencji w różnych dziedzinach psychologii stosowanej, a w ostatnich latach także standardów pracy psychologa. Pierwszym takim działaniem było opublikowanie 21 czerwca 2014 r. Standardów diagnozy psychologicznej opracowanych przez Ogólnopolską Sekcję Diagnozy Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Twórcy tych Standardów omówili je szczegółowo w jednym z rozdziałów książki „Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia” (Paluchowski i in., 2015).

W zakresie psychologii sądowej w 2000 roku Sekcja Psychologii Sądowej podjęła prace nad ustaleniem zasad rekomendacji dla biegłych, które wprowadzono w 2002 r. (Jaśkiewicz, Czerederecka, 2005). Równoległe podobne rekomendacje opracowało Stowarzyszenie Psychologów Sądowych w Polsce. Ponadto w 2006 r. opublikowane zostały kryteria oceny dowodu z opinii psychologicznej autorstwa Alicji Czeredereckiej (Czerederecka, 2006), modyfikowane i uszczegóławiane w późniejszym okresie, także w odniesieniu do opinii w sprawach rodzinnych i opiekuńczych (Czerederecka 2013a, 2015).

Wskutek zachęt ze strony jednej z autorek Standardów diagnozy, Mai Filipiak, do tworzenia standardów w poszczególnych dziedzinach psychologii stosowanej Alicja Czerederecka podjęła decyzję o stworzeniu zespołu, który opracuje standardy z zakresu psychologii sądowej. Dyskusja w gronie biegłych sądowych, w której uczestniczyła także Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Małgorzata Toeplitz-Winiewska, doprowadziła do konkluzji, że w pierwszej kolejności standardy takie zostaną stworzone w odniesieniu do opiniowania dotyczącego problematyki rodzinnej i opiekuńczej. Złożyło się na to kilka powodów.

Po pierwsze, opracowanie zasad ogólnych jest zadaniem trudnym, a wskazówki w nich zawarte mogą się okazać niewystarczające i niesatysfakcjonujące dla psychologów opiniujących w różnych obszarach prawa. Jest to z jednej strony spowodowane różnorodnością badanej problematyki i przygotowaniem specjalistycznym praktyków (np. z zakresu psychologii klinicznej, rozwojowej dziecka itd.)¹, z drugiej – korzystaniem z różnych

¹ Ta różnorodność wymaganych kwalifikacji sprawia, że rekomendacje dla biegłych psychologów sądowych przyznawane są w odniesieniu do różnych zakresów aktywności biegłego (rodzinnej i opiekuńczej, nieletnich, dorosłych sprawców przestępstw, sprawców

źródeł informacji (od opinii dotyczących profilu psychologicznego sprawcy, które ograniczają się do analizowania akt sprawy, przez opinie dotyczące osób nieżyjących lub zaginionych, gdzie materiał zostaje, o ile to możliwe, rozszerzony o pośrednie dane pochodzące z wywiadów od innych osób oraz z wytworów opiniowanego, po te opinie, w których analizie poddawane są przede wszystkim wyniki bezpośredniego badania psychologicznego). Dlatego stwierdzono, że korzystniej będzie rozpocząć od tematyki szczegółowej.

Ponieważ problematyka rodzinno-opiekuńcza obejmuje szczególnie dużo wątków i wymaga kompetencji odnoszących się do wielu obszarów psychologii, obecnych także w innych obszarach opiniowania, uznano, iż można je będzie bezpośrednio do nich odnieść, ułatwi to także opracowanie specyficznych dla nich reguł postępowania w przyszłości. Ponadto ta różnorodność badanych problemów, jak i konieczność objęcia badaniem kilku osób (zwykle co najmniej trzech), wymaga opracowania złożonej strategii badawczej, w czym uporządkowane zasady postępowania mogą stanowić istotną pomoc.

Co więcej, potrzebę szczegółowych wytycznych zgłaszali coraz częściej praktycy zajmujący się rozstrzyganiem kwestii rodzinnych i opiekuńczych z perspektywy prawnej. Narastała też liczba zarzutów i skarg badanych rodziców w odniesieniu do przebiegu badań psychologicznych oraz do treści opinii z tego zakresu (i była znacznie większa niż w stosunku do innych typów opinii), a podejmowane analizy jakości tych opinii Czerederecka, 2013b; Ostaszewski, 2013) potwierdzały istnienie wielu nieprawidłowości.

Ostatni z wymienionych powodów przeważał o uznaniu szczególnie pilnej potrzeby sformułowania standardów dotyczących problematyki rodzinnej i opiekuńczej i o podjęciu się tego zadania w pierwszej kolejności. Ponadto uznano, że jeśli standardy pracy biegłego w obszarze wymagającym spełnienia wyjątkowo złożonych pod względem merytorycznym i etycznym warunków zostanie zrealizowany i powszechnie zaakceptowany, utworzy drogę do prac nad ogólnymi zasadami pracy biegłych i tymi, które będą specyficzne dla opiniowania w innych obszarach.

wypadków w pracy lub wypadków drogowych, nieznanymi sprawcami, problematyki cywilnej, uzależnień).

Osoby zaangażowane w powstawanie Standardów² i etapy pracy

Aby projekt uwzględniał różne warunki pracy osób opiniujących w sprawach rodzinnych i opiekuńczych oraz pozytywne doświadczenia wynikające z dotychczas funkcjonujących praktyk, powołany został zespół, który składał się z osób łączących prace naukowo-badawcze z praktyką biegłego, a zarazem reprezentujących różne środowiska w kraju i posiadających różny status prawny w opiniowaniu. W skład tego zespołu weszli: dr Magdalena Błażek i dr Aleksandra Lewandowska-Walter zatrudnione na Uniwersytecie Gdańskim i w Rodzinnym Ośrodku Diagnostyczno-Konsultacyjnym³ w Gdańsku; dr Justyna Trepka-Starosta i dr Agnieszka Roszkowska z Uniwersytetu Śląskiego, zajmujące się opiniowaniem jako biegłe sądowe z listy Sądu Okręgowego w Katowicach; dr Adrian Kurbart z Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, opiniujący jako biegły z listy Sądu Okręgowego w Kielcach; dr Małgorzata Toeplitz-Winiewska reprezentująca Uniwersytet Warszawski, Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (PTP) odbierająca w imieniu PTP zarzuty i skargi na zawartość merytoryczną opinii biegłych; dr Maria Kujawa i Kamil Jezierski z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, reprezentujący Stowarzyszenie Psychologów Sądowych w Polsce (SPSP) i powoływani przez sąd jako biegli *ad hoc*. Koordynatorem prac i autorką projektu była dr Alicja Czerederecka z Instytutu Ekspertyz Sądowych, biegła Instytutu z zakresu psychologii. Do współpracy na różnych etapach włączali się również dr Tomasz Rajtar i dr Agnieszka Haś z Instytutu Ekspertyz Sądowych, także biegli Instytutu. Trzy spośród wyżej wymienionych osób posiadały rekomendacje (PTP), a dwie – rekomendacje SPSP.

Roli konsultantów podjęli się: Maja Filipiak, Przewodnicząca Sekcji Diagnostyki Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, dr hab. Danuta Rode reprezentująca Uniwersytet Humanistyczno-Społeczny SWPS, Wydział Zamiejscowy w

² Określenie „Standardy” (pisane z dużej litery) będzie w tekście używane w zastępstwie pełnej nazwy dokumentu, tj. Standardów opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych.

³ Od 2016 r. instytucje te zostały przekształcone w opiniodawcze zespoły sądowych specjalistów (OZSS). Mają one opracowane wewnętrzne standardy metodologii opiniowania. Ich zawartość nie w pełni pokrywa się z tytułem (w niewielkim stopniu odnosi się do metodologii), ponieważ obejmuje głównie kwestie dotyczące zakresu zadań kierownika i specjalistów zatrudnionych w tych zespołach, wymienione na poziomie ogólnym etapy procesu diagnostycznego oraz zasady postępowania w przypadkach szczególnych i „schematy” opinii w sprawach rodzinnych i opiekuńczych oraz nieletnich. A zatem w zasadniczej większości są styczne ze Standardami opiniowania w sprawach rodzinnych i opiekuńczych i mogą (a raczej powinny) być traktowane komplementarnie (por. pełny tekst standardów OZSS wraz z komentarzami w: Domagała, Zamiela-Kamińska, 2016).

Katowicach, Hanna Domagała z Ministerstwa Sprawiedliwości i Maria Zamiela-Kamińska z Rodzinnego Ośrodka Diagnostyczno-Konsultacyjnego nr 2 w Warszawie, a ponadto prawnicy: dr Irena Kleniewska z Uczelni Łazarskiego w Warszawie oraz Izabela Strózik i Anna Witasik reprezentujące Sąd Okręgowy w Krakowie⁴.

Prace zostały podjęte w połowie 2015 r. Dwa pierwsze etapy, które przebiegały równolegle, obejmowały stworzenie wstępnego projektu oraz przygotowanie konferencji, w której zaplanowano omówienie zagadnień szczegółowych dotyczących standardów.

Konferencja odbyła się w dniach 4–5 grudnia 2015 r. w Krakowie i działania podjęte podczas jej trwania stanowiły drugi etap przygotowań. Wykładowcy – członkowie powołanego zespołu – przedstawili wstępny zarys standardów oraz indywidualną perspektywę dotyczącą zagadnień szczegółowych. Drugą część konferencji stanowiły warsztaty, których zasadniczym celem było wyznaczanie granic swobody decyzji biegłego w odniesieniu do kontrowersyjnych kwestii wyłonionych przez prowadzących, ale także uczestnicy zgłaszali dylematy pochodzące z własnej praktyki opiniodawczej. Dyskusje te odegrały istotną rolę w ukierunkowaniu pracy nad zagadnieniami szczegółowymi. Ponieważ w konferencji wzięli udział głównie praktycy reprezentujący zarówno zleceniodawców (sędziowie), pełnomocników stron (adwokaci), jak i biegłych sporządzających opinię, pozwoliło to zadbać o to, by przyjmowane zasady były zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi oraz by w ich ramach poszukiwać rozwiązań koncyliacyjnych, satysfakcjonujących tak dla odbiorców opinii, jak i biegłych, którzy je opracowują. Konferencja dostarczyła też pierwszych informacji zwrotnych na temat użyteczności Standardów dla praktyków.

Trzeci etap prac stanowiło wprowadzenie do zarysu projektu zaleceń wypracowanych podczas konferencji oraz kolejne poprawki wprowadzane przez członków zespołu dotyczące zarówno treści, jak i formy tekstu. Na tym etapie podjęto także decyzję o wyodrębnieniu w Standardach zagadnień ogólnych i szczegółowych, dodaniu załączników oraz stworzeniu komentarzy do standardów. Wprowadzane zmiany były przekazywane konsultantom. Uzgodnienia trwały tak długo, dopóki nie wypracowano wspólnego stanowiska. Prace te odbywały się w formie korespondencji elektronicznej, co pozwoliło na ich duże usprawnienie. Końcowy projekt był gotowy na początku marca, co oznacza, że pomimo dużej obszerności tekstu, opracowano go w cztery miesiące.

Czwarty etap prac stanowiło przekazanie tekstu do konsultacji środowiskowych, na które przeznaczono 3 tygodnie. Odzew był niewielki, ale zgłoszone uwagi pozwoliły wprowadzić jeszcze drobne poprawki i uzupełnienia. Ostatnie prace miały charakter redakcyjny i dotyczyły strony formalnojęzykowej tekstu.

⁴ Miejsca zatrudnienia wszystkich wymienionych osób podane zostały w odniesieniu do

Efektom tych działań było ogłoszenie Standardów opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych w dniu 2 kwietnia 2016 r. Ponadto w październiku tego samego roku opublikowana została książka pod tym samym tytułem (Czerederecka, 2016). Zawiera ona rozdziały poświęcone podstawom prawnym sporządzania opinii w sprawach rodzinnych i kompetencjom biegłego psychologa w odniesieniu do tej problematyki; tekst Standardów oraz komentarze do niej (psychologiczny i prawny), a także zagadnienia szczegółowe dotyczące granic diagnozy (wyznaczonych tezami zawartymi w postanowieniu o powołaniu biegłego), doboru metod, zasad diagnozowania więzi uczuciowych w rodzinie i integrowania danych ilościowych oraz jakościowych. Odrębne rozdziały poświęcono też problemowi opieki naprzemiennej, zasadom obowiązującym w procedurach adopcyjnych oraz standardom opiniowania obowiązującym w opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów.

Wykorzystane źródła

Tworząc Standardy opiniowania w sprawach rodzinnych i opiekuńczych korzystano z literatury poświęconej ekspertyzie psychologicznej z tego obszaru, diagnozie i metodologii psychologicznej, zasadom etycznym pracy psychologa, diagnosty i biegłego. Wzorowano się też na istniejących już dokumentach: kodeksach, zaleceniach i standardach stworzonych dotychczas przez psychologów. W komentarzu psychologicznym istotne źródła odniesienia stanowiły też najnowsze publikacje i wytyczne dotyczące narzędzi stosowanych w diagnozie psychologicznej, np. Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów. Obszerna lista tych źródeł została zamieszczona na końcu niniejszego tekstu. W tym miejscu należy jednak wymienić kilka pozycji, które odegrały kluczową rolę: Kodeks etyczno-zawodowy psychologa opracowany w 1991 r. przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne, ale też Kodeks etyczny APA (utworzony w 1992 r., ostatnia modyfikacja z 2010 r.) oraz kilka innych dokumentów APA odnoszących się do psychologów sądowych: jeden stanowiący ogólne zalecenia dotyczące postępowania w tym obszarze (*Specialty Guidelines for Forensic Psychology* z 2012 r., modyfikacja wersji z 1992 r.) oraz dwa poświęcone specjalnie problematyce rodzinnej i opiekuńczej: *Guidelines for Child Custody Evaluations in Family Law Proceedings* z 2009 r. (modyfikacja wersji z 1994 r.) i *Guidelines for Psychological Evaluations in Child Protection Matters* z 2012 r. (modyfikacja wersji z 1999 r.).

Główny punkt odniesienia w tworzeniu tego tekstu stanowiły wspomniane wyżej Standardy diagnozy opracowane w 2014 r.⁵. Zastosowano analogiczną konstrukcję, opartą na etapach pracy diagnostycznej, wychodząc z założenia, że ułatwi to odbiorcom uzupełniające korzystanie z obu dokumentów bez powielania zawartych w nich treści. Niemniej tematyka i zakres poszczególnych problemów poruszanych w punktach szczegółowych obu dokumentów nie w pełni się pokrywa, toteż w tych miejscach, gdzie odniesienia były bezpośrednie, dla ułatwienia zostało to zaznaczone w nawiasach w poszczególnych punktach powstającego dokumentu⁶.

Podczas pracy nad Standardami przedmiotem największych dyskusji były dwie kwestie:

- poziom szczegółowości omawianych problemów,
- stopień kategoryczności ich formułowania, zaczynając od samej nazwy (standardy, zalecenia, czy wskazówki?) po niektóre określenia specyficzne zawarte w tekście.

Efektom tej dyskusji było przyjęcie bardziej kategorycznej formy w odniesieniu do nazwy dokumentu, uznając tym samym, że jego tekst będzie się koncentrował na pryncypiach (obowiązках), zaś bardziej szczegółowe zagadnienia, wskazówki aplikacyjne, zalecenia i sugestie dotyczące działania biegłego o znacznym marginesie swobody zostaną ujęte w załącznikach oraz komentarzach do tekstu.

W głównym tekście standardów wyodrębniono zagadnienia ogólne odwołujące się do postawy biegłego psychologa wobec wypełniania swojej roli w kontekście wypowiedzania się o kwestiach rodzinnych i opiekuńczych oraz zasady postępowania w kolejnych etapach opracowywania opinii.

Warto zaznaczyć, że wiele zagadnień zawartych w Standardach odnosi się do opiniowania psychologicznego w ogóle, a znaczna część może być z powodzeniem wykorzystana w odniesieniu do innych zagadnień szczegółowych niż problematyka rodzinna i opiekuńcza. Dotyczy to zwłaszcza tych kwestii, w rozstrzygnięciu których podstawą diagnozy jest badanie konkretnych osób (czyli w sytuacjach, gdy podmiot opiniowania jest potencjalnie dostępny). W przyszłości, gdy powstaną nadrzędne standardy opiniowania psychologicznego, zagadnienia ogólne zostaną wyłączone ze standardów rodzinnych i opiekuńczych z uwzględnieniem odpowiednich modyfikacji (niektóre pojęcia zostaną sformułowane na

⁵ Wykorzystywano obowiązującą wówczas pierwszą wersję Standardów diagnozy. Z chwilą pisania tego tekstu punkt odniesienia stanowiła nowelizacja Standardów diagnozy psychologicznej z 17 lutego 2018 r.

⁶ Na przykład punkt 1.1. zagadnień szczegółowych pozostaje w ścisłym związku z zagadnieniami punktów 1.1. i 1.2. Standardów diagnozy psychologicznej, a punkt 1.2. stanowi (częściowo) odpowiednik punktu o tym samym numerze (1.2.) Standardów diagnozy psychologicznej.

bardziej ogólnym poziomie, np. termin „sąd” zostanie zastąpiony słowem „zleceniodawca” itp.).

Funkcja Standardów

Należy podkreślić, że Standardy nie mają mocy prawnej. Powinno się je traktować jako wytyczne do postępowania psychologa zajmującego się opiniowaniem. Stanowią też wskazówki dla odbiorców opinii (tak zleceniodawców, jak i badanych osób, czego mogą, a czego powinni oczekiwać, co leży w zakresie kompetencji psychologa, jaki jest cel podejmowanych przez niego działań, jakie są uprawnienia osoby badanej i jakie potencjalne konsekwencje niepodejmowania współpracy z badającym. Tym samym dostarczają odpowiedzi na podstawowe pytania i wątpliwości dotyczące tego, czy biegły opracowywał opinię zgodnie z zasadami sztuki i do formułowania zarzutów, jeśli postępowanie biegłego było niezgodne ze standardami. Przede wszystkim zaś standardy powinny stanowić wskazówki dla sądu, czy, a jeśli tak, to w jakim zakresie istnieją podstawy do podawania w wątpliwość opinii biegłego. Jednocześnie dokument ten powinien być pomocny dla eksperta w formułowaniu odpowiedzi na zarzuty postawione w odniesieniu do jego opinii – zarówno przed sądem, jak i przed komisjami powołanymi w środowisku zawodowym.

Trzyletni okres funkcjonowania standardów nie napawa optymizmem. Pokazuje, że liczba zarzutów dotyczących opinii nadal wzrasta; sądy rzadko selekcionują je, zazwyczaj w całości przesyłają biegłym oczekując ustosunkowania się. Zainteresowanie Standardami ogranicza się do dosyć zamkniętego grona biegłych i prawników, wielu praktyków nie ma świadomości ich istnienia lub zna je niezwykle powierzchownie. Istnieją jednak także zauważalne oczekiwane korzyści – praktycy ujawniający rozterki związane z zasadami postępowania biegłych podkreślają, że dokument ten, podobnie jak komentarze do niego, stanowią dla nich istotną pomoc i ułatwiają doskonalenie warsztatu pracy.

Literatura i dokumenty cytowane

APA (2010): Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct.

APA (2010) Guidelines for Child Custody Evaluations in Family Law Proceedings.

APA (2013) Guidelines for Psychological Evaluations in Child Protection Matters.

APA (2013) Specialty Guidelines for Forensic Psychology.

Czerederecka, A. (2015). Kryteria oceny dowodu z opinii psychologicznych w sprawach rodzinnych i opiekuńczych. W: M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski, M. Tarnowska

(red.) *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia* (200–227). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Czerederecka, A. (2013a). Kryteria oceny dowodu z opinii biegłego psychologa. *Problems of Forensic Sciences*, 93, 333–350.

Czerederecka, A. (2013b). Rodzinne ośrodki diagnostyczno-konsultacyjne na cenzurowanym. *Rodzina i Prawo*, 24, 17–27.

Czerederecka A. (red.). (2016). *Standardy opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych.

Czerederecka, A. (2006). *Test Rorschacha w psychologicznej ekspertyzie sądowej. Wykorzystanie systemu Exnera*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, s. 267-276.

Domagała, H., Zamiela-Kamińska, M. (2016). Standardy opiniowania w opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów. W: A. Czerederecka (red.). *Standardy opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych* (303-331). Kraków: Wyd. IES.

Jaśkiewicz, T., Czerederecka, A. (2005). Rekomendacje dla biegłych psychologów – doraźna propozycja czy rozwiązanie problemu? (W:) *Biegły w sądzie. Materiały z konferencji w 40. Rocznicę śmierci prof. J. Sehna* (s. 135–142). Kraków: Wydawnictwo IES.

Paluchowski, W. J., Tarnowska M., Filipiak M. (2015). Standardy diagnozy psychologicznej. (W:) M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski, M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy* (s. 200–227). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Literatura i dokumenty wykorzystane do opracowania tekstu (oprócz wyżej wymienionych)

Ackerman, M. J. (2006). *Clinician's guide to custody evaluation*. New York: Wiley & Sons.

Ackerman, M. J. (2005). *Podstawy psychologii sądowej*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

AERA, APA, NCME: American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education (2007). *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

APA (2013) Guidelines for the Practice of Parenting Coordination.

Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: PWN.

Brzeziński, J. (2009). Kiedy odwołując się do testów psychologicznych postępujemy nieetycznie? Analiza kontekstu psychometrycznego. *Czasopismo Psychologiczne*, 15(2), 321–332.

Brzeziński, J. (2009). Kiedy odwołując się do testów psychologicznych postępujemy nieetycznie? Analiza kontekstu psychometrycznego. *Czasopismo Psychologiczne*, 15, 321–332.

Brzeziński, J. (2004). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.

Brzeziński, J. (2000). Problemy etyczne badań naukowych i diagnostycznych. (W:) J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. I.* (s. 523–538). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Brzeziński, J., Toeplitz-Winiewska (red.). (2004). *Praktyka psychologiczna w świetle standardów etycznych.* Warszawa: Wydawnictwo WSPS „Academica”.

Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2015). Wyzwania dla psychologii klinicznej XXI wieku. *Nauka. Kwartalnik PAN*, 2, 69–85.

Collier, H. L. (1996). The analysis of family dynamics in child custody cases. W: G. Davies i in. (red.), *Psychology, Law and Criminal Justice* (s. 231–239). Berlin: Walter de Gruyter.

Czerederecka, A. (2010a). Opiniowanie psychologiczne a postępowanie z rodzinami uwikłanymi w silny konflikt dotyczący uregulowania władzy rodzicielskiej. (W:) B. Gulla, I. Niewiadomska, M. Wysocka-Pleczyk, (red.), *Białe plamy w psychologii sądowej* (s. 59–69). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Czerederecka, A. (2013c). Rozstrzyganie o kwestiach związanych ze sprawowaniem władzy rodzicielskiej i uregulowaniem kontaktów z dziećmi – refleksje psychologa. *Rodzina i Prawo*, 26/27, 87–96.

Czerederecka, A. (2010b). *Rozwód a rywalizacja o opiekę nad dziećmi.* Warszawa: LexisNexis.

Czerederecka, A., Gierowski, J. K., Jaśkiewicz-Obydzińska, T. (2007). Ekspertyza psychologiczna. W: M. Kała, D. Wilk, J. Wójcikiewicz (red.). (red.), *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane* (s. 387–436). Warszawa: Wolters Kluwer.

Czerederecka, A., Gierowski J. K., Paprzycki L. K. (2014). Ujawnianie wyników surowych z badań psychologicznych. (W:) E. Habzda-Siwek, J. Kabzińska (red.), *Psychologia i prawo. Między teorią a praktyką* (s. 318–336). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Dana, R. H., Aguilar-Kitibutr, A., Diaz-Vivar, N. Vetter, H. (2002). A teaching method for multicultural assessment: Psychological report contents and cultural competence. *Journal of Personality Assessment*, 79(2), 207–215.

Dzierżanowska, J., Studzińska, J. (2015). Kryteria oceny dowodu z opinii biegłego w orzecznictwie Sądów Powszechnych i Sądu Najwyższego. *Roczniki Nauk Prawnych*, 25(2), 21–47.

Earl, K. (2004). Psychological assessment in the changing climate of family law. W: A. Czerederecka, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, R. Roesch, J. Wójcikiewicz (red.), *Forensic Psychology and Law. Facing the challenges of a changing world* (337–345). Kraków: Wydawnictwo IES.

Fabricius, W., Diaz, P., Braver, S. (2011). Parenting time, parent conflict, parent-child relationships, and children’s physical health. (W:) K. Kuehnle, L. Drozd (red.), *Parenting plan evaluations. Applied research for Family Court* (s. 188–213). New York: Oxford University Press.

Flens, J. (2005). The responsible use of psychological testing in child custody evaluations. Selection of tests. *Journal of Child Custody*, 2(1/2), 3–29.

Galatzer-Levy, R., Kraus, L., Galatzer-Levy, J. (2009). *The scientific basis of child custody decisions.* Hoboken: Wiley.

- Garber, B. (2009). Attachment methodology in custody evaluation: four hurdles standing between developmental theory and forensic application. *Journal of Child Custody*, 6, 38–61.
- Gierowski, J. K. (2015). Opiniowanie sądowo-psychologiczne. (W:) M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski., M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy* (s. 167–198). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Gould, J., Martindale, D. (2007). *The art and science of child custody evaluations*. New York: Guilford Press.
- Haak, H. (1995). *Władza rodzicielska: komentarz*. Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”.
- Haney-Caron, E., Heilbrun, K. (2014). Lesbian and Gay Parents and Determination of Child Custody: The Changing Legal Landscape and Implications for Policy and Practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1, 19–29.
- Hodges, W. (1991). *Intervention for children of divorce. Custody, access, and psychotherapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Hornowska, E., Paluchowski, W. J. (2004). Kulturowa adaptacja testów psychologicznych. (W:) J. Brzeziński (red.), *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów* (s. 151–191). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hynan, D. J. (2013). Assessing parenting in child-custody evaluation: Use of the Parent-Child Relationship Inventory. *Open Access Journal of Forensic Psychology*, 5, 182–198.
- Kalmbach, K., Lyons, P. (2006). Ethical issues in conducting forensic evaluations. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2, 261–290.
- Kardas, P. (2014). Pozaprosesowe czynności obrońcy a tzw. dowody prywatne w świetle nowelizacji procedury karnej. *Palestra*, 9, 119–136.
- Kuehnle, K., Drozd, L. (2012) (red.). *Parenting plan evaluations. Applied research for Family Court*. New York: Oxford University Press.
- Matsumoto, D., Juang, L. (2007). *Psychologia międzykulturowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Melton, G., Petrila, J., Poythers, N., Slobogin, C. (2007). *Psychological valuations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers*. New York: Guilford Press.
- Ostaszewski, P. (2013). Opinie sporządzane przez rodzinne ośrodki diagnostyczno-konsultacyjne w sprawach opiekuńczych i rozwodowych. E. Holewińska-Łapińska (red.). *Prawo w Działaniu, 14. Sprawy cywilne* (s. 7–25). Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości.
- Otto, R., Edens, J., Barcus, E. (2000). The use of psychological testing in child custody evaluations. *Family and Conciliation Courts Review*, 38, 312–340.
- Paluchowski, W. J. (2010). Diagnoza oparta na dowodach empirycznych (EBP) – Czy potrzebny jest polski „Buros”? *Roczniki Psychologiczne*, 13, s. 7–27.
- Paluchowski, W. J. (2015). Kompetencje diagnostyczne psychologów. (W:) M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski, M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy* (s. 200–227). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Plopa, M. (2005). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.

Radwański, Z. (1981). Pojęcie i funkcja „dobra dziecka” w polskim prawie rodzinnym i opiekuńczym, *Studia Cywilistyczne*, 31, 5-21.

Sokołowska, A. (1977). *Psychologiczna ekspertyza sądowa w sprawach dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.

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, 611–632.

Stahl, P. (2014). Conducting Child Custody and Parenting Evaluations. (W:) I. Weiner, R. Otto (red.), *The Handbook of Forensic Psychology* (s. 137–170). New York: John Wiley Eds.

Stemplewska-Żakowicz, K. (2011). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Stemplewska-Żakowicz, K., Paluchowski, W. J. (2013a). The reliability of projective techniques as tools of psychological assessment. Part 1: Why it is unjustified to describe some of them as projective? *Problems of Forensic Sciences*, 93, 421–437.

Stemplewska-Żakowicz, K., Paluchowski, W. J. (2013b). The reliability of projective techniques as tools of psychological assessment. Part 2: The Tree Test. *Problems of Forensic Sciences*, 94, 502–516.

Stojanowska, W. (red.). (2011). *Nowelizacja prawa rodzinnego na podstawie ustaw z 6 listopada 2008 r. i 10 czerwca 2010 r. Analiza – wykładnia – komentarz*. Warszawa: LexisNexis.

Szustrowa, T. (2003). *Raport o stanie orzecznictwa psychologicznego w Polsce*. Warszawa: PTP.

Szymusik, A. (1996). Opinia kompleksowa – zakres kompetencji poszczególnych specjalistów. (W:) A. Głazek (red.), *Dowód z opinii biegłego w projekcie kodeksu postępowania karnego* (s. 27–34). Kraków: Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych.

The European Psychologist in Forensic Work and as Expert Witness. Recommendations for an ethical practice. (1997). (Pobrane z:) <http://ethics.efpa.eu/guidelines/>

Tomalski, P. (2007). *Nietypowe rodziny. O parach lesbijek i gejów oraz ich dzieciach*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Tryjarska, B. (2012). Style przywiązania partnerów a tworzenie bliskich związków w dorosłości. (W:) B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* (s. 185–217). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Ustawa z dnia 9 lipca 2015 r. o opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów.

Weiner, I., Hess (2014). Practicing ethical forensic psychology. (W:) I. Weiner, R. Otto (red.), *The handbook of forensic psychology* (s. 85–110). Hoboken: John Wiley & Sons.

Wiśla, T. (2007). Metodyka ekspertyzy. (W:) J. Wójcikiewicz (red.), *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane* (s. 387–436). Warszawa: Wolters Kluwer.

TWORZENIE STANDARDÓW OPINIOWANIA PSYCHOLOGICZNEGO

Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission – ITC) z 2000 r. dotyczące stosowania testów (2000). Przygotował D. Bartram. Wersja polska w tłumaczeniu T. Szustrowej autoryzowana przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Zalewski, B., Tarnowska, M., Filipiak, M. (2015). Proces profesjonalizacji zawodu psychologa w Polsce. (W): M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski, M. Tarnowska (red.) *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy* (s. 200–227). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Standardy opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych

UWAGI OGÓLNE

1. Podejmując się opiniowania dla potrzeb i na zlecenie wymiaru sprawiedliwości, psycholog traktuje jako pierwszoplanowe zasady zawodowego kodeksu etycznego dotyczące relacji z osobami, które dostarczają informacji o problemach wymagających rozstrzygnięcia z punktu widzenia wymiaru sprawiedliwości. Biegły psycholog przywiązuje szczególną wagę do podmiotowego traktowania tych osób. W trakcie całego procesu diagnostycznego:
 - a) dba o to, by pozyskać świadomą zgodę osób badanych na uczestniczenie w nim o tyle, o ile jej możliwości na to pozwalają; szczególną opieką otacza te osoby, które ze względu na dyspozycje indywidualne, dysfunkcje lub poziom rozwoju psychicznego nie są w stanie w pełni świadomie uczestniczyć we wszystkich czynnościach diagnostycznych* ;
 - b) dąży do minimalizowania potencjalnych negatywnych konsekwencji uczestniczenia osób badanych w czynnościach diagnostycznych, a jeśli to nie jest możliwe – odstępuje od tych czynności lub od przeprowadzenia badania;
 - c) przywiązuje szczególną wagę do zachowania obiektywizmu, niekierowania się uprzedzeniami, uwzględniania kontekstu kulturowego i środowiskowego, uwzględnia prawo osób badanych do wygłaszania indywidualnych postaw i poglądów.
2. Biegły psycholog ponosi odpowiedzialność za poprawność metodologiczną sporządzanej opinii.
3. W sprawach rodzinnych i opiekuńczych wartością nadrzędną jest rozpatrywanie problemów wskazanych przez sąd z perspektywy zaspokojenia potrzeb indywidualnych i rozwojowych dziecka (psychologicznych aspektów pojęcia, które w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym formułowane jest jako dobro dziecka). Oznacza to, że w wypadku konfliktu pomiędzy potrzebami i oczekiwaniami rodziców lub innych osób zaangażowanych w wychowanie i pielęgnację dziecka a dobrem dziecka psycholog kieruje się dobrem dziecka. Stara się jednak przedstawić informacje w taki sposób, by także pozostałe osoby uczestniczące w badaniu zrozumiały i uwzględniły tę perspektywę.
4. Psycholog podejmuje się roli biegłego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych tylko wtedy, kiedy posiada wystarczające kompetencje i stale aktualizuje swoją wiedzę z zakresu:
 - diagnozowania dorosłych i dzieci,
 - problematyki wychowawczej i rozwojowej,

* Szerzej w odniesieniu do poszczególnych etapów badania: St. 3.2 i 4.3.

- problematyki małżeńskiej i życia w rodzinie, roli każdego z rodziców w procesie wychowawczym, zjawisk charakterystycznych dla sytuacji rozstania rodziców i uwikłania w postępowanie sądowe,
 - podstaw psychologii klinicznej,
 - podstawowej znajomości przepisów prawnych z tego zakresu.
5. Rozpatrując kwestie związane z sytuacjami dotyczącymi spraw rodzinnych i opiekuńczych, psycholog uwzględnia ich specyfikę, w szczególności następujące zjawiska:
- trudności w znalezieniu takiego rozwiązania, które byłoby satysfakcjonujące dla wszystkich zainteresowanych,
 - opór badanych wobec ingerowania w ich życie intymne i wobec upubliczniania go,
 - sprzeciw rodziców wobec oceniania ich kompetencji wychowawczych,
 - brak krytycyzmu badanych w ocenie popełnianych błędów jako konsekwencja przeżywanego kryzysu psychologicznego – silne zaangażowanie emocjonalne w sytuację i obrona percepcyjna prowadząca do nieuznawania potrzeby zmian w swoim zachowaniu,
 - silne napięcia pomiędzy rodzicami a sądem i jego przedstawicielami (w krąg których włączani są biegli),
 - powoływanie się rodziców na prawa jednostki do realizowania własnego światopoglądu i na działanie w imię dobra dziecka,
 - trudności w zachowaniu dystansu i obiektywizmu przez biegłych.
6. Z tego względu proces diagnostyczny powinien być przeprowadzany w zespole co najmniej dwuosobowym, a biegli powinni konsultować i poddawać superwizji swoje opinie. Jednocześnie każdy biegły ponosi indywidualną odpowiedzialność za treści zawarte w opinii, którą sporządził i pod którą złożył podpis.
7. W odniesieniu do przysposobienia dziecka (art. 114–124 k.r.o.) zaproponowano procedurę postępowania, w której opinia kwalifikacyjna opracowywana dla sądu stanowi jeden z etapów postępowania. Co do samego opiniowania pracowników ośrodków adopcyjnych, obowiązują niniejsze standardy.

Zagadnienia szczegółowe

1. Decyzja o sporządzeniu opinii

1.1. Sformułowanie problemów psychologicznych (odpowiednik St. dgn*. 1.1. i 1.2.)

Biegły analizuje przedmiot i zakres opinii wskazany w postanowieniu sądu pod kątem ustalenia, czy zawarte w nich problemy można rozstrzygnąć z wykorzystaniem wiedzy psychologicznej. Biegły musi brać pod uwagę, że badanie odbywa się zwykle w innych

* Standardy diagnozy psychologicznej, 17.02.2018 (St. dgn.).

warunkach i czasie niż te, których dotyczą problemy wskazane w postanowieniu sądu Biegły uwzględni te utrudnienia formułując pytania badawcze.

1.2. Rozważenie dostępu do źródeł informacji (St. dgn. 1.2.)

Biegły rozważa, czy udostępniony przez zleceniodawcę materiał oraz badanie wskazanych przez niego osób pozwoli udzielić odpowiedzi na sformułowane pytania. W wypadku negatywnej odpowiedzi podejmuje negocjacje ze zleceniodawcą w kierunku uzyskania dodatkowych materiałów lub rozszerzenia (zawężenia) kręgu osób badanych. W sprawach rodzinnych i opiekuńczych często zachodzi potrzeba zbadania dodatkowych osób uczestniczących w opiece, uzyskania dostępu do akt innych spraw, w których udział brali lub biorą uczestnicy badania, sprawozdań kuratorów, wywiadów środowiskowych itp.

1.3. Rozważenie dostępu do narzędzi badawczych (St. dgn. 1.2.)

Biegły zapoznaje się z aktami sprawy pod kątem ustalenia, czy dostępne mu narzędzia psychologiczne będą wystarczające do udzielenia odpowiedzi na pytania sformułowane przez sąd (zleceniodawcę).

1.4. Rozważenie własnych kompetencji do rozstrzygnięcia problemu (St. dgn. 1.3; 1.8.)

Biegły rozważa, czy kompetencje zawodowe, jakimi dysponuje, są wystarczające do rozstrzygnięcia badanego problemu, czy wymaga on pracy zespołowej biegłych tej samej, czy też różnych specjalności. Opinia opracowywana przez zespół co najmniej dwuosobowy powinna stanowić zasadę w sprawach rodzinnych i opiekuńczych. W wypadku decyzji o pracy zespołowej biegłych reprezentujących różne specjalności zakres odpowiedzialności każdego z biegłych zostaje jednoznacznie sformułowany. W wypadku wątpliwości diagnostycznych biegły korzysta z konsultacji lub superwizji innych specjalistów.

1.5. Rozważenie wątpliwości etycznych dotyczących podjęcia decyzji o przeprowadzeniu badań (St. dgn. 1.3., 1.10.)

Biegły analizuje otrzymane zlecenie pod kątem konfliktu ról związanego z innymi formami relacji z osobami badanymi (np. terapeuta, doradca, konsultant, mediator), własnymi przekonaniem wpływającymi na brak możliwości przyjmowania alternatywnych hipotez badawczych lub innych problemów etycznych, które zakłócałyby w sposób istotny obiektywizm sporządzenia opinii. Pozostawanie w innych formach relacji z badanym wyklucza możliwość podjęcia się roli biegłego. Pozostałe czynniki, które mogą zakłócać obiektywizm biegłego, wymagają indywidualnego rozważenia odpowiedzialności etycznej.

1.6. Rozważenie możliwości realizacji zadania w oczekiwanym przez zleceniodawcę terminie

Biegły ustala, czy wywiązanie się z terminu wykonania opinii wskazanego przez zleceniodawcę jest możliwe. Jeśli nie, podejmuje negocjacje dotyczące terminu zadowalającego obie strony.

1.7. Przyjmowanie opinii do realizacji

Decyzja o podjęciu wykonania opinii następuje w wypadku pozytywnych odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące kwestii rozważanych w punktach 1.1.–1.4. i 1.6. oraz braku wątpliwości etycznych rozważanych w p. 1.5. W wypadku odpowiedzi negatywnej w

odniesieniu do którejkolwiek kwestii rozważanych w p. 1.1.–1.4., 1.6. lub potwierdzenia przeciwwskazań wymienionych w p. 1.5., biegły odmawia wykonania opinii, przedstawiając zlecniodawcy przyczyny tej odmowy (St. dgn. 1.1., 1.8.). W takim wypadku biegły może (jeśli dysponuje taką wiedzą) zaproponować zlecniodawcy innych specjalistów, którzy byliby w stanie podjąć się wyznaczonych zadań (St. dgn. 1.5. i 1.6.). Jeśli biegły uważa, że zleczone mu zadania są niewykonalne, formułuje i uzasadnia taką opinię w piśmie do sądu.

1.8. Wprowadzanie zmian dotyczących zakresu opinii

W każdym wypadku, gdy biegły dostrzega potrzebę zmian dotyczących zakresu opinii (badanych problemów lub osób, lub materiałów źródłowych – np. dokumentacji leczenia) uzasadnione z punktu widzenia użyteczności dla prowadzonej sprawy, swoje propozycje kieruje do sądu i realizuje wyłącznie w wypadku jednoznacznej akceptacji w formie rozszerzonego postanowienia (por. St. dgn. 1.1.).

2. Planowanie badań

2.1. Formułowanie hipotez badawczych i rozważanie zakresu informacji niezbędnej do ich zweryfikowania (St. dgn. 2.1.–2.4.)

Biegły analizuje materiał dostępny w aktach sprawy pod kątem problemów i pytań badawczych zawartych w postanowieniu sądu, a następnie formułuje hipotezy badawcze dostosowane do analizowanej sytuacji i rozważa, jakie informacje powinien zgromadzić, by je zweryfikować. W sprawach dotyczących sytuacji rodzinnej biegły zwraca w szczególności uwagę na takie kwestie, jak czas trwania procesu i jego przebieg; osoby zaangażowane w wychowanie małoletnich; formy i charakter problemów występujących w rodzinie; zmiany, jakie zachodziły w opiece nad dziećmi; deklaracje opiekunów na temat sytuacji wychowawczej dzieci; treść dokumentacji dotyczącej zdrowia i sytuacji (przed)szkolnej dzieci; inne postępowania cywilne i karne, w których uczestniczą osoby badane.

2.2. Planowanie czasu badania

W sprawach rodzinnych i opiekuńczych wskazane jest wyznaczenie minimum dwóch spotkań. Biegły planuje terminy badań oraz tempo pracy, w których możliwe będzie zrealizowanie procedur diagnostycznych w warunkach czasowych, jakimi sam dysponuje i w taki sposób, by zapewnić komfort psychiczny osób badanych. Uwzględnia warunki obiektywne (np. możliwości dojazdu, kwestie finansowe i czasowe z tym związane) oraz subiektywne, tj. pochodzące od osób badanych (np. ich podatność na zmęczenie, odporność na stres, postawę wobec badania). W wypadku badania obejmującego kilka osób niezbędne jest optymalne zaplanowanie kolejności ich przybycia.

2.3. Przygotowanie miejsca badania (St. dgn. 3.1.)

Miejsce badania musi spełniać podstawowe warunki gabinetu psychologicznego sprzyjające skupieniu, a zarazem zapewniające poczucie bezpieczeństwa i podstawy komfortu psychicznego, a także izolację od osób niezaangażowanych w diagnozę. W wypadku badania opiekunów z dziećmi (lub osobami niepełnosprawnymi) mogą oni pozostawać w tym samym

pomieszczeniu tylko wówczas, kiedy badana jest ich wzajemna relacja. W trakcie badań indywidualnych żaden z pozostałych członków rodziny nie może być obecny. Badani nie mogą zgłaszać się na spotkanie w towarzystwie innych osób, które nie mają być objęte badaniem w wyznaczonym terminie.

2.4. Przygotowanie narzędzi badawczych

Biegły decyduje o doborze narzędzi diagnostycznych i ponosi za to pełną odpowiedzialność. Zwraca uwagę, by narzędzia badawcze w wysokim stopniu spełniały wymagania diagnostyczne (St. dgn. 2.5–2.9.). Ponadto dobiera je w taki sposób, by były w stanie zweryfikować postawione hipotezy, a zarazem, by uwzględniały możliwości osób badanych, ich postawę wobec badania (St. dgn. 1.5.), a także kompetencje badającego. Biegły uwzględnia ograniczenia czasowe, dbając jednocześnie o to, by potencjalne wyniki poszczególnych narzędzi pozwalały na wzajemne uzupełnianie się i weryfikację, a charakterystyka badanych i relacji między nimi była wielostronna. W planowanym zestawie metod badawczych biegły uwzględnia też metody alternatywne na wypadek, gdyby pierwszoplanowe nie spełniły swojej roli z jednego z wyżej wymienionych względów lub gdyby badany nie zgodziłby się na ich wykonanie. W wypadku badań porównawczych (np. kompetencji wychowawczych osób ubiegających się o sprawowanie pieczy nad dzieckiem) biegły stara się, o ile to możliwe, zastosować te same narzędzia i te same zestawy pytań w wywiadzie w odniesieniu do porównywanych osób.

2.5. Weryfikacja przedmiotu i zakresu opinii w przypadku niezgłoszenia się osób wskazanych w postanowieniu

Jeśli co najmniej jedna z osób wskazanych w postanowieniu sądu nie zgłosi się na badania lub nie wyrazi zgody na poddanie się im, biegły na nowo weryfikuje decyzję o wydaniu opinii zgodnie z zasadami wskazanymi w p. 1. Jeśli decyzja ta będzie pozytywna, biegły weryfikuje także plan przebiegu badań. Biegły nie może w pełnym zakresie wydać opinii dotyczącej osoby, która nie była przez niego bezpośrednio badana, a wszelkie potencjalnie sformułowane na jej temat interpretacje mogą mieć jedynie charakter hipotetyczny, o czym biegły informuje sąd.

3. Faza wprowadzająca badania

3.1. Wstępne uzgodnienie planów i strategii badania z osobami badanymi

Biegły kieruje do wszystkich badanych osób pismo zawierające informacje o czasie i miejscu oraz celu spotkania (spotkań), a także prośbę o ustosunkowanie się do tych propozycji w wypadku przeszkód lub o zgłoszenie wątpliwości. Biegły uzgadnia terminy także z osobami (instytucjami) odpowiedzialnymi za dowóz osób osadzonych w zakładach lub placówkach zamkniętych. Biegły może przekazać informacje o badaniach za pośrednictwem sądu.

3.2. Uzyskanie świadomej zgody na badanie (St. dgn. 1.11. i 1.12.)

Biegły wyjaśnia osobie badanej cel badania, a także udziela informacji o czasie trwania, przebiegu badania i jego specyfice w taki sposób, by były dla niej zrozumiałe w zakresie, w jakim jest ona zdolna uczestniczyć świadomie w określonej sytuacji. Dotyczy to dorosłych i dzieci, w tym osób z dysfunkcjami poznawczymi. Osoby ponoszące koszty opinii powinny być o nich informowane przed rozpoczęciem badania. Biegły informuje także osoby badane, że gromadzony materiał jest archiwizowany i może podlegać interpretacji wyłącznie przez specjalistów. Nagrywanie lub kopiowanie w jakiegokolwiek formie czy też rozpowszechnianie przez badanych materiałów surowych jest niedopuszczalne. Dopiero po uzyskaniu świadomej zgody osoby badanej biegły przystępuje do badań.

3.3. Przedstawienie zasad kontaktu – uczciwości, zaufania i ograniczonej poufności

Biegły informuje, iż opinia będzie tym pełniejsza, im lepsza będzie współpraca i im więcej uzyska informacji przydatnych do rozstrzygnięcia problemów. Przekazując informacje o planowanym przebiegu badania, biegły przywiązuje szczególną wagę, aby nie wprowadzić w błąd osoby badanej ani nie być przez nią błędnie zrozumiana. Biegły wyjaśnia także, że kryterium przydatności jest jedynym, jakim kieruje się w selekcjonowaniu materiałów, co z jednej strony oznacza, że każda informacja, jakiej udziela badany, może się znaleźć w opinii, z drugiej zaś strony nie każda dostarczona przez niego informacja zostanie w opinii wykorzystana.

4. Przebieg badań

4.1. Realizowanie zadań zgodnie ze standardami

Biegły przeprowadza badania psychologiczne zgodnie z przyjętą wcześniej strategią diagnozowania i przewidzianą dla określonych narzędzi diagnostycznych procedurą (St. dgn. 3.1.). Biegły przykłada szczególną wagę do minimalizowania czynników zakłócających, zwłaszcza wynikających z interakcji z badanym (St. dgn. 3.3.) Niezbędny jest bezpośredni kontakt biegłego ze wszystkimi osobami badanymi.

4.2. Uwzględnianie dynamiki badania (St. dgn. 3.1. i 3.2.)

Biegły może zmodyfikować hipotezy i strategię badania a także standardową procedurę, dostosowując je do postawy prezentowanej przez badanego lub do nowych, nieprzewidzianych okoliczności. Istotne diagnostycznie zmiany są odnotowywane, a następnie opisywane w opinii.

4.3. Podmiotowe traktowanie osób badanych (por. St. dgn. 3.2.)

W relacji z badanym biegły przestrzega zasad kodeksu etycznego psychologa, pamiętając o tym, że to na nim spoczywa odpowiedzialność za komfort psychiczny osób, o których wydaje opinię. Dotyczy to stanu psychicznego podmiotu nie tylko w trakcie badania, ale i po nim, w związku z jego konsekwencjami. Oznacza to dbałość o zachowanie zasady złotego środka – minimalizację potencjalnych, negatywnych z perspektywy badanego, przeżyć związanych z badaniem i informacjami zawartymi w opinii przy uwzględnieniu wszystkich tych danych, które badany świadomie udostępnił, a które są istotne dla rozstrzygnięcia

problemu.

4.4. Nieprzekraczanie granicy wyznaczonej rolą biegłego

Psycholog występujący w roli biegłego nie podejmuje innych ról (mediatora, doradcy, terapeuty itp.) w relacji z badanym, ograniczając się do wskazówek dotyczących tego, do kogo i w jakim zakresie może się zwrócić badany.

4.5. Zakres tematyczny badania

Treści poruszane w badaniu są ściśle podporządkowane weryfikacji postawionych hipotez badawczych. Niemniej większość standardowych badań obejmuje istotne psychologicznie dane z historii życia osoby opiniowanej, podstawowe wymiary jej osobowości oraz informacje na temat jej zachowania w kontekście sytuacyjnym związanym z przedmiotową sprawą i w interakcjach z innymi osobami uwikłanymi w ten kontekst.

4.6. Zakres stosowanych metod

Narzędzia badawcze dobrane zgodnie ze standardem 2.4. w zdecydowanej większości badań obejmują: obserwację zachowania osoby badanej, wystandaryzowany, ujednolicony wywiad lub rozmowę psychologiczną, a ponadto testy i inne metody badania osobowości lub narzędzia specyficzne, np. ukierunkowane na badanie postaw, kompetencji wychowawczych itp. Są one dobrane w taki sposób, by stwarzały możliwość wzajemnego uzupełniania się i weryfikacji. Wyniki porównuje się z materiałami zawartymi w aktach sprawy i pochodzącymi z badania innych osób pozostających w ścisłej interakcji z badanym (jeśli takie materiały są dostępne). Wskazane jest, aby w przygotowanym zestawie znalazła się metoda, która pozwala na wielostronny opis osobowości, stwarzający tym samym możliwość poszerzenia zakresu hipotez badawczych.

Badane treści i narzędzia są dostosowane do roli osoby badanej w systemie rodzinnym. W zdecydowanej większości problemów sformułowanych przez sąd, wykorzystując poszczególne metody, biegły zmierza do ustalenia następujących informacji w badaniach poszczególnych osób:

I. Rodzice (opiekunowie)

1. Wywiad dotyczący badanego i strony przeciwnej

a) Dane formalne:

- możliwości w zakresie opieki i nadzoru nad dziećmi,
- warunki ekonomiczno-bytowe,
- stan zdrowia i funkcjonowania społecznego.

b) Ustalenie sytuacji rodzinnej:

- konflikty (obszary, nasilenie, forma, czas trwania, dynamika),
- stopień osobistego zaangażowania w opiekę nad dzieckiem,
- korzystanie z pomocy innych osób w opiece,
- obecność dziecka w sytuacjach konfliktowych.

2. Obserwacja zachowania ukierunkowana na:
 - spójność deklaracji werbalnych z zachowaniem,
 - postawę wobec badania,
 - więzi uczuciowe z dziećmi, postawy wobec nich i innych członków rodziny,
 - behawioralne wskaźniki kompetencji wychowawczych.
3. Badania osobowości ukierunkowane na:
 - determinanty kompetencji wychowawczych,
 - podłoże i dynamikę występujących nieprawidłowości (trwałość, podatność na korektę, wgląd).
4. Integracja danych z wyżej wymienionych źródeł (zbieżności i rozbieżności informacji dostarczanych przez strony o sobie i uzyskane na ich temat od strony przeciwnej, a także na podstawie akt sprawy i wyników badań dzieci pod kątem całościowej oceny kompetencji wychowawczych).

Uwaga: Propozycja dotycząca zakresu diagnozy kandydatów na rodzinę adopcyjną znajduje się w załączniku nr 1.

II. Dziecko

1. Rozmowa ukierunkowana na spostrzeganie:
 - a) każdego z rodziców:
 - zaspokajania potrzeb rozwojowych (tu: więzi uczuciowych),
 - umożliwiania kontaktu, swobodnego wyrażania uczuć i kształtowania postaw wobec drugiego opiekuna,
 - roli w konflikcie z drugim opiekunem;
 - b) środowisk, jakie tworzą rodzice (w szczególności nowych partnerów rodziców, rodzeństwa oraz dzieci partnerów rodziców, dziadków itp.);
 - c) rodziny, problemów w niej występujących i gotowość otwartego wypowiedzania się o nich;
 - d) potrzeb wobec otoczenia – kierowanych i zaspokajanych:
 - rówieśników,
 - dorosłych (w tym autorytetów),
 - realizacji zadań związanych z wiekiem;
 - e) kwestii związanych z rozwojem własnym:
 - zainteresowań i aspiracji,
 - samooceny i jej adekwatności,
 - kształtowania się norm,
 - egzekwowania potrzeb i realizowania obowiązków.
2. Obserwacja (w tym podczas zabawy i w relacji z opiekunami).
3. Testy – ukierunkowane na weryfikację wszystkich wyżej wymienionych kwestii.

III. Osoby współuczestniczące w wychowaniu

1. Wywiad ukierunkowany na:

- udział w opiece nad dzieckiem,
- możliwości w tym zakresie,
- rolę w życiu dziecka i więź uczuciową z nim,
- rolę w konflikcie między rodzicami.

2. Obserwacja zachowania (w tym, jeśli jest to możliwe, w interakcji z dzieckiem).

3. Badanie osobowości – w szczególnie uzasadnionych przypadkach.

4.7. Zakończenie kontaktu z osobą badaną

Na zakończenie kontaktu z osobą badaną biegły przekazuje jej wstępne refleksje dotyczące kierunku, w jakim zmierza diagnoza. Czyni to na tyle, na ile pozwala zgromadzony na tym etapie materiał, podkreślając, że analiza pełnego materiału może doprowadzić do istotnych modyfikacji opinii. Biegły informuje osoby badane kiedy, gdzie i na jakich warunkach uzyskają informacje o wynikach badania. Stara się ponadto załagodzić przewidywane niekorzystne konsekwencje spotkania nie tylko dla osoby badanej, ale również z jej strony w stosunku do innych osób (St. dgn. 1.12.).

5. Analiza, interpretacja i integrowanie wyników

5.1. Podstawy selekcji

Biegły analizuje i interpretuje zgromadzony materiał zgodnie ze standardami stosowania poszczególnych narzędzi. W integracji materiału uwzględnia konieczność jego selekcji z perspektywy użyteczności w rozstrzygnięciu problemów sformułowanych przez zleceniodawcę (St. dgn. 4.1.).

5.2. Weryfikacja danych

Podstawę weryfikacji stanowi porównanie wszystkich uzyskanych wyników osoby badanej z pochodzącymi akt sprawy oraz – z badania innych osób – informacjami na temat występowania w jej historii życia określonych mechanizmów zachowania.

5.3. Ocena prawdopodobieństwa wniosków końcowych

Prawdopodobieństwo wniosków końcowych ocenia się na podstawie stopnia zaufania, z jakim można przyjmować wyniki poszczególnych metod (St. dgn. 4.2. i 4.3.). Biegły uwzględnia czynniki zakłócające, które spowodowały odstępstwa od standardowej procedury badania.

5.4. Treść integrowanego materiału

Obszary integrowanego materiału odpowiadają obszarom badanych w opinii problemów i powinny być uporządkowane (od szczegółu do ogółu lub odwrotnie). W sprawach rodzinnych i opiekuńczych są to: ocena rozwoju fizycznego i psychicznego dziecka, ocena kompetencji wychowawczych rodziców oraz środowisk wychowawczych, które tworzą rodzice (por. załącznik 2).

5.5. Końcowe wnioski opinii

Końcowe wnioski opinii powinny stanowić odpowiedź na postawione pytania badawcze. Jeśli nie jest to możliwe ze względów wskazanych w p. 1 standardów (przekraczanie kompetencji psychologa, brak wystarczających źródeł lub narzędzi do zweryfikowania postawionych hipotez), biegły w sposób przystępny wyjaśnia przyczyny sądowi. Warto rozważyć uwzględnienie wskazówek korekcyjnych i terapeutycznych, jeśli są one niezbędne do poprawy funkcjonowania systemu rodzinnego.

6. *Formułowanie opinii*

6.1. Spełnianie warunków formalnych

Podstawą przyjęcia opinii biegłych jest spełnianie przez nią warunków formalnych:

- wskazanie nazwisk i zakresu kompetencji biegłych, którzy sporządzili opinię, ich podpisów pod opinią; w wypadku instytucji także jej nazwę i podpis osoby kierującej instytucją potwierdzający spełnianie warunków formalnych;
- wymienienie dat badania i sporządzenia opinii, osób badanych (ze wskazaniem ich danych formalnych: wieku, wykształcenia, charakteru aktywności zawodowej) i pełnych nazw metod badawczych, które wobec nich zastosowano;
- przywołanie treści postanowienia skierowanego do biegłego, opracowanie części sprawozdawczej z badań pozwalającej na odtworzenie toku rozumowania biegłego (wszystkich istotnych rezultatów, które uzyskano w wyniku badania, a także interpretację głównych problemów badawczych) i wniosków odpowiadających na tezy sformułowane w postanowieniu sądu.

6.2. Przejrzystość i jasność

Opinia powinna być sformułowana w sposób jasny i przejrzysty pod względem formy i treści. Oznacza to, że poszczególne części powinny być wyodrębnione adekwatnie do przedstawianych problemów i opatrzone tytułami, które odpowiadają ich zawartości.

6.3. Nieujawnianie wyników surowych i przeliczonych

Wyniki surowe i przeliczone poszczególnych narzędzi nie mogą być zamieszczane w opinii (St. dgn. 5.2.), gdyż łamie to standardy etyczne psychologa i może prowadzić do błędnych interpretacji dokonywanych przez osoby do tego nieprzygotowane zawodowo (strony w procesie, przedstawiciele wymiaru sprawiedliwości), co dla badanego może się okazać szkodliwe. Może też naruszać prawa autorskie wydawców poszczególnych narzędzi badawczych lub uniemożliwiać ponowne badanie.

6.4. Sposób przedstawiania końcowej diagnozy osobom badanym

Pisemna opinia biegłych stanowi podstawową formę informacji o uzyskanych wynikach, jakie osoba badana otrzymuje od biegłego za pośrednictwem organu zlecającego opinię, o czym biegły powiadomił osobę badaną w końcowym etapie spotkania, wskazując jednocześnie przybliżony termin dostarczenia opinii (por. St. 4.7.).

6.5. Rozdzielność informacji w opiniach kompleksowych

Opinia opracowywana przez biegłych reprezentujących różne specjalności powinna być skonstruowana w taki sposób, aby było czytelne dla odbiorcy, za jakie sformułowania i za jakie wnioski opinii odpowiadają poszczególni specjaliści.

6.6. Język opinii

Treści opinii powinny być przekazywane w taki sposób, by były zrozumiałe dla odbiorcy, który nie jest specjalistą z dziedziny reprezentowanej przez biegłego, a zarazem oddawałyby tok rozumowania naukowego. Wszystkie niezbędne sformułowania specjalistyczne powinny zostać wyjaśniane, a w wypadku, kiedy jakieś pojęcie jest różnie definiowane lub jakieś zjawiska różnie interpretowane w różnych podejściach teoretycznych psychologii, wskazane jest podanie źródła lub teorii, do której odwołał się biegły.

7. *Opinia uzupełniająca (występowanie w sądzie)*

7.1. Przygotowanie do wystąpienia w sądzie

Przed udziałem w rozprawie biegły ponownie studiuje zawartość opinii pisemnej i odtwarza zawarty w niej tok rozumowania. Sprawdza także zawartość materiałów surowych, które stały się podstawą do sformułowanych interpretacji i wniosków. Biegły zapoznaje się z zarzutami (pytaniami, wątpliwościami) dotyczącymi opinii, jeśli takie zostały sformułowane.

7.2. Uzupełnianie informacji

Jeśli pytania zawarte w piśmie dołączonym do wezwania biegłego na rozprawę odnoszą się do nowego materiału dowodowego, biegły zapoznaje się z nim przed udziałem w rozprawie. Biegły gromadzi także informacje z zakresu wiedzy naukowej ułatwiające ustosunkowanie się do przedstawionych pytań lub zarzutów.

7.3. Sprostowania nieścisłości i błędów

W wypadku dostrzeżenia błędów formalnych lub merytorycznych w swojej opinii, bądź też w sytuacji, gdy nowo zgromadzone informacje stają się podstawą do zweryfikowania przedstawionej wcześniej opinii w części lub całości, biegły zmienia swoją opinię w tym zakresie.

7.4. Zachowanie obiektywizmu

Biegły kontroluje swoje emocje związane z występowaniem na rozprawie i wykazuje należyta staranność o zachowanie obiektywnej, racjonalnej postawy wobec rozważanych wątpliwości. Wyraża swoje opinie zgodnie z zakresem zgromadzonych informacji, ustaleń diagnostycznych oraz stanem posiadanej wiedzy naukowej.

Załącznik nr 1

Treść diagnozy w sprawach dotyczących przysposobienia powinna się koncentrować na następujących kwestiach:

1. Ocena jakości związku małżeńskiego badanych (w tym adekwatność oceny dokonywanej przez nich samych).
2. Określenie predyspozycji rodzicielskich badanych (a jeśli badani posiadają dzieci – kompetencji wychowawczych).
3. Określenie systemu wartości, jakimi kandydaci kierują się w swoim życiu.
4. Określenie zasobów psychicznych kandydatów (w szczególności strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi).
5. Określenie relacji interpersonalnych z otoczeniem.

Załącznik nr 2

1. Ocena rozwoju fizycznego i psychicznego dziecka:

- realizacja uzdolnień;
- przejawy zaniedbania, nadużyć, nieprawidłowości rozwojowych;
- ich źródła;
- więzi uczuciowe, potrzeby kierowane do rodziców (innych osób) i ich realizacja;
- postawa wobec konfliktu rodziców i gotowość do jej ujawniania;
- propozycje korygowania ewentualnych dysfunkcji.

2. Ocena kompetencji wychowawczych rodziców:

a) Wskaźniki behawioralne:

- wykorzystanie możliwości obiektywnych;
- stymulowanie potrzeb dziecka;
- sposób realizowania planów wychowawczych;
- kształtowanie relacji z drugim opiekunem.

b) Osobowościowe determinanty kompetencji wychowawczych:

- wskazanie trwałości deficytów i popełnianych błędów;
- możliwości i propozycje korekty.

3. Ocena środowisk wychowawczych:

- zakres udziału w wychowaniu;
- stymulowanie rozwoju dziecka;
- angażowanie dziecka w konflikt między rodzicami.