

WŁADYSŁAW JACEK PALUCHOWSKI*
Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM

Diagnozowanie i opiniowanie źródłem problemów oraz dylematów etycznych¹

We wstępie do artykułu opisano podstawowe etyczne problemy realizowania roli zawodowej psychologa a także wskazano, jakie prawa mają klienci psychologa oraz czego ludzie oczekują w kontakcie z psychologiem. Następnie podjęto kwestię jakie prawa człowieka narusza sytuacja diagnozowania oraz jakie są czynniki wiarygodności efektu postępowania diagnostycznego. Po analizie różnic między problemem a dylematem etycznym (moralnym) przedstawiono propozycję modelu podejmowania decyzji etycznych i omówiono jego elementy.

Słowa kluczowe: etyka zawodowa, prawa klientów, decyzje etyczne

The introduction to the article describes the basic ethical problems of the professional role of a psychologist and also indicates what rights the clients of a psychologist have and what people expect in contact with a psychologist. Next, the question of what human rights violate the situation of diagnosis and what are the factors of credibility of the effect of diagnostic procedures was discussed. After analyzing the differences between the problem and the ethical (moral) dilemma, a proposal for a model of making ethical decisions was presented and its elements were discussed.

Keywords: professional ethics, client rights, ethical decisions

Wstęp

Etyka nie jest nauką „płynną” czy subiektywną (relatywną). Różne systemy normatywne odwołują się do różnych kryteriów dobra i zła (mówiąc najprościej): doskonałość, użyteczność, godność, obowiązek itp., itd.. Kryteria te są jednak dobrze osadzone w danym systemie (teorii). Co więcej – poszukuje się kryteriów (wartości) podstawowych, wspólnych dla różnych systemów i ukierunkowujących działania ludzi. W ramach przyjętych założeń są więc „dobre i złe odpowiedzi” na pytania dotyczące etyki! Przecież chodzi o to, by w ramach działalności zawodowej podejmować decyzje etyczne, dające się rozumowo uzasadnić.

Psychologowie rzadko działają wyłącznie z powołania – oni w większości po prostu pracują i z tej pracy się utrzymują. Zawód psychologa jest uważany (i słusznie) za zawód społecznego zaufania. Realizacja takiego zawodu oparta jest jednak na nierówności stron (por. dalej). Jak pisał Mario Bunge (1988, s. 159) o podstawie etyki zawodowej: „Wykonaj swą pracę najlepiej jak możesz i nie czerp korzyści ze słabości (fizycznej, ekonomicznej czy kulturowej) ludzi korzystających z twych usług”. Psychologia nie może być więc nauką aksjologicznie neutralną i musi jej uprawianiu towarzyszyć refleksja etyczna (Bidzan i in., 2013; Brzeziński, Poznaniak, 1994; Czerkawska, Czerkowski, 2005; por. też głos krytyczny Wyrzy-

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

¹ Artykuł jest rozszerzoną i zaktualizowaną wersją tekstu zamieszczonego <https://www.mala-psychologia.eu/problemy-etyczne-zwiazane-z-diagnozowaniem/>

kowska, 2008²). Punktem wyjścia oceny działań psychologów – podobnie jak dzieje się to w odniesieniu do roli adwokata, lekarza czy duchownego – jest zasada czynienia dobra (dobroczynności), realizowana we wzajemnym zaufaniu (*beneficence-in-trust*). Rozstrzygnięcie sporu, czy ważniejsza jest autonomia wyborów (wolność) psychologa czy jego klienta jest podporządkowane dobru klienta, definiowanemu w ich dialogu (Beauchamp, 1990; Biesaga, 2004, 2005; Pellegrino, Thomasma, 1987). Na podstawie niepisanej umowy społecznej zakłada się, że istotą wzajemnej relacji jest zaufanie do wiedzy i profesjonalnych umiejętności psychologów oraz ufność, że dobro klienta (tak, jak je rozumie) będzie podstawowym kryterium oceny działania psychologa. Jednocześnie przyjmuje się, że to dobro może być stopniowalne: od minimalistycznej zasady „nie szkodzić”³ aż do paternalistycznego ograniczania autonomii klienta psychologa „dla jego dobra”, od dobra medycznego po dobro duchowe (Biesaga, 2004; Pellegrino, Thomasma, 1987). Zakłada się, że decyzje zarówno psychologa jak i jego klienta oparte są na wiedzy, przy czym to na psychologu spoczywa większa odpowiedzialność za merytoryczną treść dialogu i jego efekty (Beauchamp, 1990).

Przyjmuje się, że społeczna rola diagnosty (psychologa) obejmuje przyzwolenie na wiele zachowań, jakie w codziennym życiu nie byłyby tolerowane: obserwowanie w sytuacjach, w których ich klienci nie chcieliby być oglądani i które normalnie mogą wywoływać zażenowanie. Przyzwala się diagnoście na osądzanie osobistych myśli, pragnień i ukrywanych zachowań osób badanych. Nie istnieją badania wolne od wartościowania i problemów etycznych, a diagnozowanie jest jaskrawym tego przykładem. Proces diagnozowania nie zawiera technicznych zabezpieczeń przed stygmatyzacją, a o przekroczeniu granicy między nią a diagnozą decyduje kontekst moralny, etyczny i filozoficzny uprawianej diagnostyki (Poznaniak, 1994).

Diagnozy psychologiczne rzadko powstają na życzenie jednostki, a częściej w efekcie skierowania przez trzecią stronę. Diagnozy zawsze więc tworzone są dla kogoś i przez kogoś, wyrażając określone przez ten fakt intencje (Koocher, Rey-Casserly, 2003). Ta „zmienna intencjonalna” może i powinna być brana pod uwagę. Rola zawodowa psychologa zawiera bowiem w sobie przyzwolenie na ingerencję w sposób istnienia drugiego człowieka (PTP 2000; 2018). Kiedy dochodzi do konfliktu między zawodowymi obowiązkami a moralnymi wartościami (np. z powodu niekooperacyjnej postawy osoby badanej), to trzeba mieć świadomość, że diagnozowanie jest w mniejszym lub większym stopniu naruszeniem dóbr osobistych jednostki: jej prawa do intymności, tajemnicy osobistej, tajemnicy korespondencji itp. Psycholog,

² Mam, niestety, podobne jak Autorka doświadczenia ze współpracą w tym obszarze psychologów-praktyków.

³ Co w przypadku psychologii (i psychiatrii) wcale nie jest takie oczywiste – por. Kostecka, Namysłowska, Ostoja-Zawadzka, 2012.

będąc tego świadom jest odpowiedzialny za minimalizację naruszania tych praw. Osoby badane zazwyczaj wyrażają na to zgodę, bo albo są zmuszone poddać się badaniu w efekcie określonych przepisów albo mają nadzieję na uzyskanie pomocy – co jednak nigdy nie powinno nas zwalniać od rozważnego z niej korzystania. W związku z tym nie należy podejmować się wykonania diagnozy, gdy odbiorca nie wyraża na nią zgody lub ją wycofuje w trakcie postępowania diagnostycznego. Diagnozowanie i interwencja (selekcja, modyfikacja; Paluchowski, 2008) psychologiczna bywają przedstawiane jako neutralne, naukowe działania, ponadhistoryczne i ponadkulturowe. A przecież i odzwierciedlają one i powielają swój kulturowy, moralny i polityczny kontekst.

Jak się wydaje istotnym wymogiem etycznym wobec narzędzi diagnostycznych powinno być upublicznianie informacji o podstawowych parametrach ich „dobroci” (metaforycznie, bo nie wystarczą dane o cechach psychometrycznych, gdy rzecz idzie także o narzędzia jakościowe) – tylko bowiem w ten sposób odróżnić będzie można psychozabawy od profesjonalnych narzędzi. Jeżeli na temat jakiejś metody, nawet popularnej, nie można znaleźć żadnej naukowej publikacji (polskiej lub zagranicznej), to jej stosowanie musi przynosić więcej szkód niż pożytku. Należy także zwrócić uwagę na to, że użyteczne w praktyce badawczej narzędzia wcale nie muszą mieć wartości diagnostycznej (klasyfikacyjnej).

Komunikowanie wyników badania diagnostycznego też może narażać problemy etyczne. Respektując prawo osoby do autonomii – psycholog powinien udostępniać osobie diagnozowanej (i jej prawnym przedstawicielom) wszystkie te wyniki badania, które stanowią podstawę podejmowanych decyzji, o ile nie jest to w całości lub w jakimś zakresie zabronione przez prawo lub zasady etyczne, albo gdy może mieć to negatywny wpływ na stan klienta. Wyłączenie jakichś wyników musi być uzasadnione w dokumentacji. Forma komunikatu powinna być dostosowana do możliwości poznawczych odbiorcy. Kiedy osoba diagnozowana nie rozumie przekazywanych jej wniosków, to w jakimś zakresie ogranicza się jej wolność podejmowania decyzji. Nie należy udostępniać jakichkolwiek materiałów testowych (w odróżnieniu od zinterpretowanych wyników testowych), bo może to spowodować utratę trafności decyzji podejmowanych na ich podstawie.

Przyjmując, że komunikowanie wyników badania diagnostycznego ma charakter dialogowy, trzeba się liczyć z koniecznością wprowadzenia korekt do wniosków (Koocher, Rey-Casserly, 2003). Oczywiście jest prostowanie ewentualnych błędów rzeczowych; czasami usuwanie pewnych danych z konkluzji motywowane może być chęcią uniknięcia nietrafnych interpretacji przez odbiorcę, a czasami potrzebą ochrony klienta.

Gdy osoba badana dowiaduje się o niezauważanych poprzednio trudnościach i problemach, to może się to przyczyniać do zwiększenia jej cierpień, poprzez wzbudzenie wstydu

i lęku. Pisemne komunikaty, adresowane do przedstawicieli innych profesji czy organizacji zlecających badanie diagnostyczne powinny być obiektywne, bezstronne, wolne od uprzedzeń, zawierać tylko niezbędne informacje i przestrzegać zasady poufności. Jeśli powstają one na zlecenie, to powinny spełniać wymogi formalne zleceniodawcy, co może rodzić różne kwestie etyczne (np. dotyczącej potencjalnej stygmatyzacji).

Odpowiedzialność wobec klienta, szacunek dla niego, ciągłe branie pod uwagę dobra osoby badanej, instytucji w której się pracuje i społeczeństwa, szacunek dla obowiązującego prawa, prawdomówność, uczciwość, kompetencja – to stałe elementy zawodowych kodeksów etycznych. Ważne jest, by jasno były określone procedury postępowania w przypadku naruszenia kodeksowych zasad, tak by każdy od początku swojej kariery znał kodeks i wiedział, jakie konsekwencje pociąga za sobą naruszanie przyjętych w nim zasad⁴. Zmieniająca się rzeczywistość, w jakiej psychologowie pracują powoduje, że i standardy etyczne muszą ewoluować (PTP, 2018). Z drugiej strony roli kodeksów nie należy przeceniać. Spisywanie zasad etycznych powoduje, że osoby nimi związane czują się wolne od konieczności dokonywania samodzielnego wartościowania danych zachowań, ślepo zawierając poczuciu etyki twórców kodyfikacji. Jak pisze Łukaszewski (2004, s. 87): „Wydaje się, że największy kłopot z kodeksami etycznymi polega na tym, że z łatwością mogą być (i bywają) użyte do odłączenia odpowiedzialności za własne postępowanie od „ja” i przeniesienia odpowiedzialności na kodeksy właśnie”.

Podobna sytuacja występuje w wypadku kontraktu psychologicznego (diagnostycznego). Wymóg zawierania kontraktu oznacza, że klient musi być poinformowany o wszelkich istotnych okolicznościach usługi psychologicznej takich, jak zakres, czas trwania, poufność i jej ograniczenia itp. Kontrakt uważa się za zawarty, gdy klient na to wszystko wyrazi zgodę. Jednak formalizacja wzajemnych oczekiwań może powodować, że kontraktowa relacja stanie się przeciwieństwem relacji, bazującej na zaufaniu, na obowiązku i zobowiązaniu. Staje się on sformalizowanym wyrazem braku zaufania. W takim ujęciu można przyjąć, że ukrytym założeniem kontraktu jest potencjalna sprzeczność interesów jego stron, względem siebie nieufnych i podejrzliwych. Strony starają się wówczas o zawarcie kontraktu korzystnego dla siebie. W efekcie zamiast realizowania postulatu dobroczynienia względem klienta, psycholog może dążyć do jedynie literalnego spełnienia zawartej umowy, kosztem dobra klienta. Za jedyne zło moralne uważa się wówczas niewystarczające przestrzeganie przyjętego kontraktu, a nie brak pomocy.

Są w psychodiagnostyce zasady oczywiste: nie można wyników fałszować (zmieniać, pomijać), by potwierdzały z góry przyjęte tezy, nie wolno działać na szkodę klienta itp. itd.

⁴ Oczywiste jest, że żaden kodeks nie powinien mieć charakteru cechowej obrony interesów zawodowych.

Rzadziej pamięta się o tym, że należy także unikać postawy, którą można określić jako „psychologiczne plotkarstwo”: zbierania maksymalnej liczby informacji diagnostycznych w celu – jak się to określa – „pełnego opisu osobowości” wykraczającej poza niezbędne potrzeby. Diagnozowania nie można spostrzegać jako fascynującej gry, której celem jest odkrycie tajemnic osoby badanej. Współpraca z osobą diagnozowaną, informowanie o tym, co robimy i dlaczego robimy, a więc kształtowanie i szacunek dla autonomii osoby badanej to ważne kryteria oceny jakości profesjonalnych działań psychologów.

Jakie prawa mają klienci psychologa?

Czego ludzie oczekują od psychologa?⁵ Myślę, że indywidualizacji, czyli bycia traktowanym bardziej jako niepowtarzalna jednostka niż jako typ czy kategoria. Oczekują tego, że będą akceptowani jako osoby wartościowe, posiadające przyrodzone prawo do godności. Oczekują życzliwego zrozumienia i postawy nieoceniającej (szczególnie przyczyn trudności, w jakich się znajdują, jeśli znajdują się one po stronie klienta). Liczą na utrzymanie w sekrecie poufnych informacji na temat ich osoby. Chcą też mieć prawo do podejmowania własnych wyborów i decyzji w sprawie swojego własnego życia. Oczekiwania te będą spełnione, jeśli psychologowie przyjmą za podstawę swoich obowiązków wobec klientów respektowanie ich praw i to niezależnie od tego, czy oni je sami artykułują. Zawsze warunkiem działań psychologów jest dobrowolna zgoda ich klientów, oparta na zrozumiałej informacji.

Biorąc pod uwagę Uniwersalną Deklarację Zasad Etycznych dla Psychologów (Gauthier, 2008), kodeks etyki zawodowej APA, Meta-kodeks i Kodeks Modelowy EFPA (2005), kodeks PTP (2000; 2018) a także inne kodeksy (Alan, Love, 2010; Leach i in., 2012; por. też Biesaga, 2004, 2005) wskazać można na następujące podstawowe wartości, którymi powinni kierować się psycholodzy:

- szacunek dla praw i godności osób,
- kompetentna troska o dobrostan osób,
- uczciwość,
- zawodowa i naukowa odpowiedzialność.

Szacunek dla godności osób i ludzi

⁵ Szymon Hołownia napisał w swoim felietonie (Rzeczpospolita, dodatek „Plus-minus”; 03.01.2014): „Nie pytam o prawa zwierząt, ale o moje [wobec nich] obowiązki!” – to dobrze oddaje relację między prawami i obowiązkami.

Psychologowie szanują godność i wartość ludzi bez ograniczeń. Poszanowanie godności oznacza traktowanie innych „po ludzku”, co jest jednoznaczne z traktowaniem ich jak ludzi, a nie jak rzeczy. W konsekwencji psychologowie przestrzegają prawa jednostki do prywatności, intymności, poufności, samodecydowania (w tym opartej na wiedzy zgodzie na udział w badaniach diagnostycznych) i autonomii. Mają też świadomość, że ich działania mogą być realizowane jedynie w granicach tych praw indywidualnych. Psychologowie są świadomi różnic kulturowych, indywidualnych i związanych z rolą, włączając też różnice związane z wiekiem, płcią, rasą, etnicznością, pochodzeniem narodowym, religią, orientacją seksualną, upośledzeniem, językiem i statusem socjo-ekonomicznym. Unikają oni oceniania i wartościowania ludzi ze względu na te różnice. Nie uczestniczą też świadomie i nie godzą się na praktyki dyskryminacyjne z powodu tych różnic.

Kompetentna troska o dobro osób i ludzi

Punktem wyjścia i odniesienia oraz główną zasadą etyki jest dobroczynienie (*beneficence-in-trust*). Jest ona właściwą odpowiedzią na wezwanie pomocy, zawiera w sobie troskę o klienta. Psychologowie starają się przyczyniać do dobra osób, z którymi współdziałają zawodowo i unikają szkodzenia im zarówno w ramach działań badawczych jak i profesjonalnych.

Psychologowie stosują wyłącznie takie procedury diagnostyczne, które oparte są na założeniach zgodnych z aktualnym stanem wiedzy naukowej w danej dziedzinie, opisane w recenzowanej publikacji naukowej, których trafność została sprawdzona za pomocą metodologicznie poprawnych procedur i wynik badań był pozytywny oraz dla których zostały ustanowione i opisane standardy jej stosowania (Paluchowski, 2010, 2015, 2016; Paluchowski, Tarnowska i in., 2015). Dane psychometryczne i normy powinny odnosić się do takiej próby, której badana osoba jest (może być) członkiem (Arslan, 2018), a testy powinny być stosowane w aktualnej wersji (Koocher, Rey-Casserly, 2003). Wybrana procedura diagnostyczna powinna być logicznie powiązana z przedmiotem diagnozy oraz istniejącymi naukowymi podstawami przydatności i użyteczności zastosowanej procedury do rozstrzygnięcia tego problemu, który jest przedmiotem diagnozy. W przypadku, gdy postulat ten nie da się zrealizować (szczególnie gdy procedura nie była stosowana wobec tej grupy klientów) psycholog powinien uzasadnić wybór danej procedury a także wskazać na ograniczoną wiarygodność swoich wniosków (Arslan, 2018). Jako oczywiste zakłada się, że psychologowie posługują się legalnymi procedurami diagnostycznymi.

Przyjęcie tej wartości narzuca obowiązek ustawicznego rozwijania i utrzymania swoich kompetencji oraz świadomości swoich mocnych i słabych stron w zawodzie. Psychologowie dostarczają jedynie te usługi i używają jedynie tych technik, co do których posiadają umiejętności do rozstrzygnięcia badanego problemu dzięki zdobytej wiedzy i doświadczeniu. W przypadku braku wystarczających umiejętności kierują osobę diagnozowaną do innego psychologa lub podejmuje działania mające na celu zdobycie specjalistycznej wiedzy (supewizje, współpraca z innym specjalistą, studia własne).

Kompetencje te implikują świadomość generalnych ograniczeń stosowanych metod psychologicznych (w tym testów psychologicznych) oraz zewnętrznych czynników (w tym warunków, w których pracują psycholodzy) ograniczających kategoryczność wyprowadzanych wniosków.

Uczciwość

Ta zasada zawiera promowanie prawości w badaniach, nauczaniu i praktyce psychologicznej, szczerść i bezstronność w stosunku do innych, otwartość i klarowność, unikanie konfliktu interesów oraz nieeksploatowanie innych dla korzyści osobistych, zawodowych lub finansowych. Psychologowie jasno określają granice swojej roli zawodowej w danej interakcji profesjonalnej i są świadomi swojego własnego systemu przekonań. W opisywaniu lub relacjonowaniu swoich kwalifikacji, usług, produktów, honorariów, badań czy nauczania innych osób nie odwołują się fałszywych, mylących lub zwodniczych twierdzeń.

Zawodowa i naukowa odpowiedzialność w stosunku do społeczeństwa

Psychologowie przestrzegają zawodowych standardów zachowania, akceptują pełną odpowiedzialność za swoje zachowanie związane z rolą zawodową, a także ich wpływ na ocenę środowiska psychologów. Psychologowie są odpowiedzialni za rozwijanie naukowej wiedzy podstawowej i profesjonalnej oraz za kompetentne używanie takiej wiedzy. Stosują swoją wiedzę psychologiczną, aby przyczyniać się do dobra ludzkiego, co implikuje wystrzeżenia się używania wiedzy psychologicznej w złych celach a także unikanie krzywdzenia. Oprócz obowiązków wobec nauki spoczywa na psychologach także odpowiedzialność za poziom praktyki psychologicznej, a w tym upowszechnianie wiedzy w różnych formach. Jednym z aspektów tej odpowiedzialności jest dbałość o instrumentarium diagnostyczne: przeciwdziałanie oraz piętnowanie używania psychologicznych procedur diagnostycznych (testów) przez osoby bez odpowiednich kompetencji, upowszechniania wzorców zachowań dia-

agnostycznych, stosowania testów bez stosownych licencji na ich używanie itp. (Koocher, Rey-Casserly, 2003).

W badaniu diagnostycznym wiele zadań nie znajduje swoich odpowiedników w codziennych zachowaniach i mogą wydawać się bezsensowne osobom diagnozowanym. Naukowa i statystyczna baza narzędzi diagnostycznych oraz interpretacji ich wyników dalece odbiega od wiedzy zdroworozsądkowej. Dlatego na psychologach spoczywa obowiązek uwzględniania edukacyjnego aspektu zarówno podczas komunikowania wyników diagnoz jak i podczas publicznych wystąpień (Koocher, Rey-Casserly, 2003).

Psychologowie przejawiają troskę i pracują by ograniczyć przyczyny, dla których ludzie cierpią. Psychologowie stosują się do prawa oraz popierają rozwój takiego prawa i polityki społecznej, która dba o interesy ich pacjentów lub klientów i społeczeństwa. Biorą pod uwagę to, że zawodowe i pozazawodowe zachowanie psychologów może zmniejszyć zaufanie społeczne do psychologii i psychologów. Nie unikają przeznaczania swojego zawodowego czasu na zajęcia bezinteresowne (*non profit*).

Jakie prawa człowieka narusza sytuacja diagnozowania?

Diagnozowanie z założenia ogranicza prawa jednostki do prywatności oraz intymności, a także poufności i autonomii.

Intymność to wewnętrzny świat przeżyć i myśli, który decyduje o odmienności każdego z nas. Intymność dotyczy zachowywania dla siebie pewnych myśli, poglądów, informacji czy zachowań. Dotyczy to też życia rodzinnego jednostki. Intymność osoby chroniona jest przez doświadczaną przez nią wstydlivość, która nie pozwala odsłaniać tego, co powinno zostać zakryte. Możliwy do przekroczenia obszar intymności określa cel diagnozy. Potrzeba prywatności jest silnie odczuwana przez ludzi i zaspokojenie tej potrzeby pełni ważne funkcje psychologiczne.

Jednym z elementów jakie pojawiają się przy określaniu tzw. wolnych zawodów (a więc i zawodu psychologa; *professions*) jest szczególny stosunek zaufania łączący osobę wykonującą wolny zawód z jej klientem. Z kolei częścią tej swoistej więzi zaufania jest obowiązek zachowania w tajemnicy różnych przekazanych intymnych treści, jak też treści nie związanych z celem nawiązania kontaktu lub uzyskanych przypadkowo (Stepulak, 2004). Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej jest nieograniczony w czasie. Tajemnicą objęte są wszystkie wiadomości, notatki i dokumenty uzyskane od klienta oraz innych osób (w tym surowe wyniki testowe a także wytwory), niezależnie od miejsca, w którym się znajdują.

Ochrona tajemnicy zawodowej polega nie tylko na obowiązku milczenia, ale również aktywnego działania na rzecz jej chronienia przed wglądem przez osoby niepowołane.

Zawodowa relacja między psychologiem a jego klientem jest w założeniu asymetryczna zarówno pod względem kompetencji jak i władzy, co pozostawia klienta w trudnej pozycji (Foxcroft, 2011). W związku z tym psychologowie powinni być wrażliwi na realne i postrzegane różnice we władzy nad innymi oraz ich nie wykorzystywać dla realizacji swoich interesów. Diagnostycy powinni działać tak, aby osoby uczestniczące w badaniu diagnostycznym postrzegały testy psychologiczne jako sprawiedliwe i konstruktywne (pomocne z ich punktu widzenia). Powinni też się upewnić, że osoba badana nie postrzega procesu testowania i jego wyniku jako negatywnego i obniżającego jej status z powodu nieuczciwych lub nieetycznych praktyk testowych. Zgodzić się należy ze Stanisławem Miką (2004, s. 170-173), że jest to też kwestia charakteru osoby pracującej jako psycholog.

Obowiązki diagnosty

Choć wykorzystywanie testów w badaniach diagnostycznych i poznawczych (naukowych) zasadniczo się różni, to – jak piszą Muniz, Hernández i Ponsoda (2015) – stawiane tym badaniom wymagania etyczne są analogiczne (przestrzeganie praw osoby testowanej, znajomość procedury badania, odpowiedzialność za bezpieczeństwo materiałów i danych, przestrzeganie tajemnicy zawodowej itp.).

Generalnie można mówić o trzech aspektach wiarygodności efektu diagnozowania (diagnozy) za pomocą testu (Muñiz i in., 2015): użytkownika, narzędziu i sytuacji (okoliczności). Przyjmuje się, że użytkownik (psycholog praktyk) przed podjęciem badania diagnostycznego posiada wystarczające kwalifikacje (kompetencje), co jest (ma być) efektem między innymi działań uczelni (dydaktyków). Zakłada się że używany test posiada wystarczające parametry psychometryczne, o co dbają jego twórcy i wydawcy. Obowiązkiem diagnosty jest to, aby w danej, konkretnej sytuacji test używany był poprawnie, o co dbają różne organizacje krajowe i międzynarodowe, proponując standardy i wytyczne do nich i/lub upowszechniając informacje na temat wykorzystywania testów wśród zarówno psychologów, jak i innych użytkowników testów. Ważne jest też zrozumienie kontekstu społecznego, kulturowego, politycznego i prawnego, w którym stosowane są testy oraz sposobu, w jaki te czynniki mogą wpływać na ich wyniki, interpretację i wykorzystanie (Foxcroft, 2011; Arslan, 2018).

Opisane wyżej ogólne zalecenia w odniesieniu do diagnozowania psychologicznego nabierają specyficznych treści. Można więc wskazać na obowiązki diagnosty wobec klienta, instytucji i wizerunku zawodu. Tu koncentruję się na tych pierwszych.

Ważne dla ochrony praw i interesów osoby diagnozowanej jest posiadanie odpowiednich (wystarczających) kompetencji zawodowych przez diagnostę. Oznacza to przede wszystkim kompetentny wybór oraz stosowanie metod i procedur diagnostycznych a także znajomość ich ograniczeń interpretacyjnych, gdyż nie wolno stosować nieuzasadnionych badaniami naukowymi spekulacji interpretacyjnych. Fakt, iż np. test jest legalnie sprzedawany nie oznacza, że można nim się sensownie posługiwać w każdym postępowaniu diagnostycznym. Stosowanie wątpliwych narzędzi diagnostycznych nie przynosi bezpośredniej szkody osobom diagnozowanym – szkodę przynoszą im spekulacje diagnostyczne i oparte na nich decyzje. W przypadku braku wystarczających umiejętności diagnosta powinien skierować osobę diagnozowaną do innego psychologa lub starać się zdobyć specjalistyczną wiedzę. Stosując narzędzie czy procedurę diagnostyczną w danym obszarze (okolicznościach) psycholog powinien znać dane empiryczne odnoszące się do ich stosowania w tych okolicznościach. Np. test sensownie stosowany wobec osób szukających pomocy może zupełnie się nie sprawdzać w warunkach skłaniających do manipulowania wynikami (bo np. nie ma wbudowanych narzędzi kontroli wykonania; por. też zaangażowanie w wykonanie testu). Prawo do poufności jest narzędziem realizacji prawa do godności jednostki. Stąd podstawowym obowiązkiem wobec osób uczestniczących w procesie diagnozowania jest unikanie zbierania danych wykraczających poza kontrakt. Należy unikać opisanego wyżej „plotkarstwa psychologicznego”. Użycie danej procedury diagnostycznej (testu) powinno być uzasadnione celem diagnostycznym. Inaczej mówiąc, wnikanie w intymne, osobiste sprawy klienta dopuszczalne jest jedynie w takim zakresie, jaki wynika z celów działania psychologa (orzekania, pomocy psychologicznej itp.).

Ważnym obowiązkiem wobec osób diagnozowanych jest działanie w granicach ich zgody (pomijając specyficzne wyjątki, ale nawet wówczas należy unikać odbierania godności). Osoby badane powinny być wyczerpująco i odpowiednio do ich kompetencji poznawczych informowane o celu i przebiegu badania oraz o zakresie ich kontroli nad wynikami badania i ich interpretacją, aby mogły wyrazić na podstawie swojej wiedzy zgodę na diagnozę (Hornowska, Paluchowski, 2016). Test zdefiniować można jako sformalizowane narzędzie pomiaru psychicznego (mentalnego) funkcjonowania, będące zespołem intencjonalnie dobranych bodźców (zadań), na których reakcje osób badanych stanowią podstawę do wnioskowania (interpretacji) wykraczającego poza treść tych bodźców. Wymaga to m. in. poinformowania osób diagnozowanych, że w wyniku badania mogą zostać ujawnione ukryte (ukrywane) i/lub nieznane właściwości osób badanych oraz ich relacji interpersonalnych.

Innym ważnym obowiązkiem psychologów wobec klientów jest zapewnienie odpowiednich warunków do badania. Jeśli diagnosta nie może zapewnić standardowych warun-

ków fizycznych, to stara się minimalizować wpływ czynników zakłócających. Czynnikiem takim może być też dowolna forma niepełnosprawności osoby diagnozowanej (Paluchowski, Hornowska, 2017). Innym takim warunkiem jest możliwość używania przez klienta jego rodzimego języka podczas badania psychologicznego⁶ (Koocher, Rey-Casserly, 2003). Diagnosta zawsze uwzględnia wszelkie wynikające stąd modyfikacje przy wyciąganiu końcowych wniosków. Idzie nie tylko o warunki fizyczne, ale także wzbudzenie odpowiedniej motywacji do wykonywania zadań (testów). Badanie diagnostyczne powinno dawać szansę na pełne przedstawienie tego, co jest przedmiotem badania (Iverson, 2006; McMillan i in., 2009), co ściśle związane jest z poziomem zaangażowania (motywacji) osoby diagnozowanej. Trafność testu ma sens tylko wtedy, gdy osoba rozwiązująca test wystarczająco mocno stara się osiągnąć pożądaną przez nią wynik. Motywowanie klienta nie powinno mieć charakteru rywalizującego lub oceniającego (Arslan, 2018). Aby uzyskać informacje o prywatnych, osobistych sprawach osób diagnozowanych, trzeba stworzyć takie warunki, w których będą one mogły i chciały o tym komunikować. Z drugiej strony, jeśli diagnosta stwierdza małe zaangażowanie (wysiłek) osoby diagnozowanej, to powinien on rozważyć możliwość intencjonalnego wprowadzania przez nią w błąd psychologa.

Badanie diagnostyczne powinno być prowadzone pod nadzorem psychologa. Proces testowania może wywołać emocjonalne reakcje u niektórych klientów, dlatego najlepiej, gdy proces ten jest fachowo obserwowany i istnieje możliwość bezzwłocznej interwencji (wyjaśnień). Ponadto takie niekontrolowane bezpośrednio przez diagnostę badanie stwarzałyby potencjalną możliwość do wykonywania testów przez grupę konsultujących się osób (New Zealand Psychologists Board, 2013).

Gdy badanie diagnostyczne przeprowadzane jest na wniosek trzeciej strony (zleceniodawcy), psychologowie powinni wyjaśnić charakter relacji ze wszystkimi zaangażowanymi osobami lub organizacjami. Wyjaśnienie to obejmuje rolę psychologa, identyfikację tego, kto jest klientem, sposób wykorzystania uzyskanych wyników postępowania diagnostycznego oraz fakt, że może to powodować ograniczenia poufności. Z drugiej strony należy dbać o to, by badanie diagnostyczne nie odbywało się przy obecności osób trzecich (chyba że prawo nakazuje taką obecność).

Jeśli chodzi o obowiązki psychologa wobec instytucji, w której pracuje to zazwyczaj wskazuje się na równowagę interesu osoby diagnozowanej i instytucji i minimalizowanie fałszywych decyzji wynikających z badania diagnostycznego, a w związku z tym monitoro-

⁶ Jeśli wykorzystuje się przy tym tłumaczy, powinny być to osoby wyspecjalizowane w tłumaczeniach na potrzeby psychologów czy lekarzy. Oczywiście – osoba diagnozowana musi wyrazić zgodę na obecność tłumacza (najlepiej co do konkretnej osoby), który też zostanie zobowiązany do zachowania tajemnicy.

wanie i okresowe sprawdzanie adekwatności podejmowanych decyzji. Oczywiście nie można zapominać o obowiązkach instytucji wobec zatrudnionych psychologów – kupowania aktualnych wersji testów⁷ czy wysyłania psychologów na szkolenia.

Co to jest problem etyczny (moralny)?

Wszyscy mamy jakieś przekonania moralne, które są podstawą naszych ocen, przekonania o tym, co jest słuszne, a co słuszne nie jest. Oprócz moralnych przekonań mamy również moralne pytania – poszukiwanie odpowiedzi na pytanie „Co mam zrobić?”. Skąd znamy odpowiedź? Zazwyczaj w takich sytuacjach odwołujemy się do intuicji (emocji moralnej), która niemal automatycznie podpowiada nam jakieś rozwiązanie problemu (jako np. efekt socjalizacji lub specyfiki procesów nerwowych; por. Florek 2012; Dziarnowska, Przybysz 2011). Uważam, że koncepcja intuicjonizmu moralnego (inklinacji deontologicznej; Parzuchowski, Bocian, Wojciszke i in. 2017, s. 391) lepiej opisuje podejmowanie decyzji moralnych w warunkach życia codziennego. Natomiast klasyczne podejście poznawcze (racjonalistyczne; inklinacja utylitarna; *tamże*) stosuje się lepiej dla konfliktów etycznych związanych z wykonywaniem roli zawodowej⁸. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że w zawodach pomocowych (a takim jest zawód psychologa) naturalne – jak się wydaje – odwoływanie się do empatii skłania do podejmowania decyzji deontologicznych (intuicyjnych) i nie sprzyja przyjmowaniu perspektywy utylitarnej (Parzuchowski i in., 2017, s. 391).

Różnica między nimi polega między innymi na tym, że decyzje oparte na intuicji są automatyczne, trudno uświadamiane i najczęściej pozajęzykowe (przedjęzykowe?); natomiast racjonalne decyzje etyczne wymagają świadomego wysiłku, refleksji i abstrakcyjnego myślenia (Florek, 2012). Nie jest to jednak problem typu „albo intuicja, albo rozum” – wskazuje się (Florek 2012, s. 128-130), że mogą one współistnieć, kontrolować się wzajemnie, że intuicja może być racjonalnie opracowywana, ale też, że racja bywa racjonalizacją intuicyjnego wyboru.

Ryszard Banajski (2006, s. 113) pisał: „że konflikt moralny występuje wówczas, gdy osoba w konkretnej społecznie ukształtowanej sytuacji, cechująca się pewną, choćby elementarną wrażliwością moralną, musi wybierać między różnymi społecznie akceptowanymi wartościami (wartościami ocenianymi dodatnio), których nie można zrealizować równocześnie, a

⁷ Nie ma jednoznacznej definicji aktualności; można jednak przyjąć, że jeśli nowa wersja testu merytorycznie odbiega od starej, to należy ją uznać za nieaktualną. Co do danych normalizacyjnych to kluczowa jest ich adekwatność dla osoby i celu badania.

⁸ Szczególnie, gdy zgodzimy się z Klemensem Szaniawskim, że „Pytanie dotyczy raczej tego, w jakim sensie racjonalność jest wartością i jaka racjonalność, niż – czy w ogóle nią jest” (Szaniawski, 1983).

psychologicznym tego wyrazem jest przeżycie wewnętrzne (rozterka) osoby uwikłanej w tę sytuację”.

W przypadku etyki zawodowej konflikt etyczny (moralny) pojawia się albo wówczas, gdy psycholog uczestniczy bezpośrednio w jakiejś działalności zawodowej, budzącej moralne wątpliwości co do słuszności lub dopuszczalności postępowania, albo gdy jedynie obserwuje zachowania innych psychologów w takiej sytuacji. Może on wówczas doświadczać poczucia konieczności zajęcia stanowiska w sprawie i podjęcia decyzji, co wiąże się poszukiwaniem nie tyle dobrego, ale najlepszego rozwiązania.

Jak pisał Klemens Szaniawski (1967, s. 11): „trudność decyzji etycznej pochodzi m.in. stąd, że porównawcza ocena konsekwencji czynów różnie na ogół wypada w świetle różnych norm postępowania, akceptowanych przez decydenta. (...) Taką właśnie sytuację ma się na myśli mówiąc o konflikcie wartości”.

Cechą dylematu etycznego nie jest nieusuwalna niemożność znalezienia "lepszego" rozwiązania (gdyby tak było, żadnego problemu czy dylematu nie dałoby się rozwiązać). Doświadczone rozterki w jakiejś mierze zawsze towarzyszyć będą podejmowanym etycznym decyzjom zawodowym głównie z powodu niepewności co do faktycznych skutków podejmowanych działań (jak zapewne zawsze przy każdym prognozowaniu). Decyzje te podejmowane są (powinny być) racjonalnie (Majewska, 2016; Szaniawski, 1967; Tyszka, 2010; Tyszka, Zaleskiewicz, 2001), a więc powinny być oparte na wiedzy zarówno o możliwych konsekwencjach działań jak i ich prawdopodobieństwie (a więc w warunkach ryzyka – kiedy znamy konsekwencje i ich prawdopodobieństwa, ale nie wiemy, która z nich zajdzie lub niepewności – kiedy nie znamy prawdopodobieństw konsekwencji; por. Jay, 2007; Koziński, 1975; Sokołowska, 2005). Jest to jednak postulat trudny do zrealizowania, szczególnie w diagnozie psychologicznej (Kostecka i in., 2012, s. 425).

W odniesieniu do etyki zawodowej źródłem kryteriów dopuszczalności zawodowych zachowań i preferencji wyborów jest kodeks etyczno-zawodowy. W takim kodeksie nie tylko wskazuje się, co jest zalecanym zachowaniem zawodowym, ale także wskazuje się, dlaczego jest to działanie słuszne (dobre). Tworząc zalecenia (normując) stosunku przedstawicieli danej grupy zawodowej do swych zadań i uprawnień najczęściej kodeksy odwołują się do wartości i praw ludzi. Oprócz tego kodeksy zawodowe regulują stosunki wewnątrz środowiska zawodowego oraz odwołują się do wpływu zachowań moralnych grupy zawodowej na stan świadomości moralnej środowiska społecznego.

Co to jest dylemat etyczny?

Dylemat etyczny to konflikt obowiązków zawodowych czy też podjętych w ramach wykonywania zawodu zobowiązań, z których jedno nie może być przedłożone nad drugie. Konflikt ten może dotyczyć sprzeczności wymogów profesjonalnych, a także wymogów innego rodzaju, np. etycznych, religijnych czy społecznych.

Dylematem nie jest więc konflikt wartości, ideałów czy konflikt interesów. Dylematem nie jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy dane zachowanie jest zgodne z Kodeksem itp., czy też nie. Można mieć wątpliwości, który z przepisów Kodeksu Zawodowego ma w danej, konkretnej sytuacji zastosowanie, ale to jeszcze nie jest dylemat etyczny. Można mieć wątpliwości, czy nasze zawodowe działanie narusza któryś (który?) przepis kodeksu zawodowego, ale to też nie jest jeszcze dylemat etyczny. Mamy tu wszędzie raczej do czynienia z problemem etycznym.

Dylemat etyczny to rodzaj sytuacji problemowej, związanej z wykonywaniem zawodu, w której trzeba ustosunkować się do sprzecznych moralnych zobowiązań (obowiązków) i dokonać wyboru. Problem wyboru występuje w jednej z dwóch postaci:

- albo jako problem wyboru jednego z dwóch rozwiązań danego problemu lub jako problem wyboru między podjęciem jakiegoś działania lub powstrzymaniem się od niego, gdzie za każdym przemawiają jakieś racje, ale nie są one rozstrzygające w ramach tego samego zbioru zasad etycznych
- albo jako problem analogicznego wyboru, ale dotyczący różnych zbiorów zasad etycznych („etyki”).

Model podejmowania decyzji etycznych

Można dzielić opisywane w literaturze modele biorąc pod uwagę ich źródło: oparte na praktyce zawodów pomocowych (Anderson, Gail, 1997; Corey, i in., 2015; Forester-Miller, Davis, 1996; Haas, Malouf, 1989; Kitchener, 1984; Kocet, Herlihy, 2014; Koocher, Keith-Spiegel, 2008; Martin, Bush, 2008; Stadler, 1986; Stone, 2009; Van Hoose, Paradise, 1979), odwołujące się do doświadczeń z praktyki sądowej (Bush, Connell, Denney, 2006) czy oparte na koncepcjach teoretycznych (Cottone, 2004). Modele opisywane w literaturze można także podzielić ze względu na to, czy koncentrują się na wskazaniu procedury osiągnięcia pozytywnych rezultatów (korzyści) jak i na takie, które akcentują głównie unikanie ewentualnych szkód.

Bogumiła Kosicka i Anna Ksykiewicz-Dorota (2008), podsumowując propozycje modeli decyzji etycznych, stwierdziły, że da się je ująć w dwie szerokie kategorie: grupę modeli

racjonalnych oraz grupę modeli intuicyjnych. Pierwsza grupa to modele zakładające posiadanie przez decydenta pełnej informacji o sytuacji decyzyjnej i możliwych wariantach rozwiązań (przynajmniej subiektywnie). Do tej grupy należą modele podejmowania decyzji rozumianego jako planowany, świadomy, logiczny proces zbierania danych, analizowania, planowania, wdrażania i oceniania, modele odzwierciedlające proces rozumowania hipotetyczno-dedukcyjnego (naukowego) czy wreszcie modele odwołujące się do wypracowanych procedur czy przepisów. Natomiast modele intuicyjne są holistyczne, decyzje podejmowane są szybko i automatycznie, są wielowątkowe i mają charakter raczej schematów wyobrażeniowych niż językowych artykulacji, oparte na indywidualnym doświadczeniu i często zdroworozsądkowe. Autorki piszą też, że można traktować grupy nie jako oddzielne kategorie, ale jako krańce dymensji i w zależności od okoliczności swobodnie się po niej poruszać (por. też Cader, Campbell, Watson, 2005; Kitchener, 1984).

Samuel J. Knapp i Leon D. VandeCreek (2012, 35–48), zidentyfikowali 5 wspólnych kroków podejmowania decyzji etycznych dla różnych analizowanych modeli decyzyjnych:

- identyfikacja problemu
- tworzenie alternatywnych rozwiązań
- ich ocena
- wprowadzanie w życie wybranego rozwiązania
- ocena skutków.

Prezentowany niżej model podejmowania decyzji etycznych jest podsumowaniem treści zawartych w różnych publikowanych modelach. Jest to model głównie racjonalny, odwołujący się do praktyki zawodów pomocowych.

Pierwszym krokiem jest intelektualne zdefiniowanie i opis konkretnego problemu etycznego, w tym wskazanie ewentualnych precedensów. Ważna jest też ocena moralnej intensywności problemu. Intensywność moralna problemu to efekt uwzględniania przy podejmowaniu decyzji takich czynników, jak dotkliwość (wielkość) fizycznych, ekonomicznych, społecznych i psychologicznych negatywnych skutków (szkody, krzywdy), subiektywne prawdopodobieństwo wystąpienia skutków (szkody, krzywdy), natychmiastowość skutków (szkody, krzywdy), koncentracja szkody (np. liczba ofiar), a także dominująca rola rozstrzygnięć prawnych, społeczne przyzwolenie na negatywne skutki działań, spostrzegane społeczne, kulturowe, psychologiczne lub fizyczne podobieństwo do ofiary oraz sprawcy szkody (krzywdy) oraz czas na podjęcie decyzji (Goles i in., 2006). Ważne jest dla faktycznego opisu konkretnego problemu wskazanie, kim są strony (interesariusze) a także czyje i jakie dobro

(wartości czy interesy) są tu zagrożone. Równolegle istotne jest zdefiniowanie i opis konkretnego problemu etycznego emocjonalnie: co strony uważają za dobre oraz co psycholog uważa za dobre. W tym kontekście należy też rozważyć, w jakim stopniu zaangażowanie psychologa czy stron wpłynąć może na decyzje i działania?

Następnym krokiem jest zdecydowanie, czy mamy do czynienia z problemem czy dylematem moralnym, czyli zdecydowanie, czy da się tu zastosować wyłącznie kodeks etyki zawodowej (problem), czy też nie (dylemat). Jeśli się da go zastosować bezpośrednio, to należy wskazać odpowiedni standard (przepis kodeksowy) i działać zgodnie z nim. Może jednak być tak, że przepisy kodeksowe (wewnątrz jednego kodeksu lub między kodeksami) są sprzeczne; wówczas należy określić na czym polega sprzeczność kodeksowych wymagań w odniesieniu do tej konkretnej sytuacji i na tym oprzeć swoją decyzję. Może też być tak, że standardy są w kodeksie sformułowane niejasno czy też nazbyt ogólnie; wówczas należy podjąć próbę ich konkretyzacji i podjąć decyzję odwołując się do kodeksu etyki zawodowej.

Jeśli nie da się w tej sytuacji odnieść wyłącznie do kodeksu, to należy sobie postawić pytanie, czy przy podejmowaniu decyzji należy uwzględniać też przepisy prawa. Jeśli jest to sprzeczność standardów kodeksowych i przepisów prawa, to trzeba pamiętać, że w sytuacji konfliktu etycznego etyka zawodowa ma pierwszeństwo przed prawem, ale że to prawo będzie podstawą ewentualnego wyroku sądowego (choć można odwoływać się do zasady *lex specialis derogat legi generali*). Powstaje też pytanie, czy naruszamy czy też przekraczamy dopuszczalne (powszechnie akceptowane) granice roli zawodowej i zawartego kontraktu. Czasem jest konieczne przekroczenie granic akceptowanych praktyk, aby przynieść klientowi/pacjentowi korzyść. Natomiast, gdy profesjonalista korzystając ze swojej przewagi działa na szkodę klienta/pacjenta lub go wykorzystuje, to mamy do czynienia naruszeniem (pogwałceniem) granic.

Jeżeli natomiast problem nie dotyczy prawa, to może dotyczyć innych standardów: religijnych, kulturowych itp. itd. I podobnie – w problemie etycznym dotyczącym realizacji roli zawodowej to etyka ma pierwszeństwo przed innymi standardami.

Po rozstrzygnięciu tych wątpliwości możemy określić możliwe do podjęcia działania profesjonalne. Może okazać się, że wybierzemy tylko jedno, może okazać się, że jest ich potencjalnie kilka. Niezależnie od tego należy określić i przedyskutować zarówno z interesariuszami (stronami) jak i współpracownikami (koleżeńska superwizja) długo- i krótkookresowe konsekwencje potencjalnych działań. Dopiero wówczas nasz ostateczny wybór będzie subiektywnie dobrze uzasadniony i przekonujący.

Nie koniec to jednak pełnego procesu podejmowania decyzji. Należy jeszcze monitorować skutki zarówno w celu wzbogacania doświadczenia zawodowego, jak i realizacji od-

powiedzialności za podjęte działania względem naszych klientów. Ponadto warto na tej podstawie próbować stworzyć zasadę ogólną rozwiązywania konfliktów etycznych tej klasy, dokonać ewentualnej proceduralizacji oraz dzielić się nową wiedzą i doświadczeniem z innymi psychologami.

Literatura cytowana

- Allan, A., Love, A. (red.). (2010). *Ethical Practice in Psychology Reflections from the creators of the APS Code of Ethics*. A John Wiley & Sons, Ltd., Publication
- Anderson, G. (1997). Introduction: Children, Adolescents and Their Powerholders in Therapy Settings. *Women & Therapy*, 20, 2, 1-6.
- Arslan, R. (2018). A review on ethical issues and rules in psychological assessment. *Journal of Family, Counseling, and Education*, 3(1), 17-29.
- Banajski, R. (2006). Analiza decyzji: zastosowania. *Prakseologia*, 146, 113-122.
- Beauchamp, T. L. (1990). Promise of the Beneficence Model for Medical Ethics. *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, 6(1), 145-155.
- Bidzan M., Bieleninik Ł., Bogucka D., Szulman-Wardal A. (2013). Problemy etyczne w naukach o zdrowiu na przykładzie psychologii klinicznej i psychologii rehabilitacji. *Polskie Forum Psychologiczne*, 18(3), 363-374.
- Biesaga, T. (2004). Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej. *Studia Philosophiae Christianae UKSW* 40, 153-165.
- Biesaga, T. (2005). Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny. *Medycyna Praktyczna*, 6, 20-24
- Brzeziński, J., Poznaniak, W. (red.). (1994) *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów*. Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.
- Bunge, M. (1988). *Treatise on Basic Philosophy, V. 8 Ethics*. Dordrecht: Reidel.
- Bush, S.S., Connell, M.A., Denney, R.L. (2006). *Ethical Practice in Forensic Psychology: A Systematic Model for Decision Making*. Washington: American Psychological Association.
- Cader, R., Campbell, S., Watson, D. (2005). Cognitive Continuum Theory in nursing decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 397-405.
- Corey, G., Corey, M. S., Corey, C., Callanan, P. (2015). *Issues and ethics in the helping professions (9th ed.)*. Stamford: Brooks/Cole.
- Cottone, R. R. (2004). Displacing the psychology of the individual in ethical decision-making: The social constructivism model. *Canadian Journal of Counseling*, 38(1), 5-13.
- Czerkawska A., Czerkawski A. (2005). *Etyczny wymiar poradnictwa zawodowego*. Warszawa: Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej.
- Dziarnowska, W., Przybysz, P. (2011). Emocje moralne jako podstawa zmysłu moralnego. Defekty zmysłu moralnego. *Rocznik Kognitywistyczny*, IV, 57-64.
- EFPA (2005). *Kodeks Modelowy*. Pobrano z: <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=446>
- Florek, S. (2012). Intuicyjne i krytyczne myślenie moralne w kontekście jego filogenezy i neuropsychologii. *Śląskie Studia Filozoficzne*, 11, 125-136.
- Forester-Miller, H., Davis, T. (1996). *A practitioner's guide to ethical decision making*. Alexandria: American Counseling Association.
- Foxcroft, C. D. (2011). Ethical Issues Related to Psychological Testing in Africa: What I Have Learned (So Far). *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(2).

- Gauthier, J. (2008). *The Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists: Third Draft*. Pobrano z: https://www.researchgate.net/publication/228985261_The_universal_declaration_of_ethical_principles_for_psychologists_Third_draft
- Goles, T., White, G. B., Beebe, N., Dorantes, C. A., Hewitt, B. (2006). Moral intensity and ethical decision-making: a contextual extension. *SIGMIS Database*, 37, 2-3, 86-95.
- Haas, L. J., Malouf, J. L. (1989). *Keeping up the good work: A practitioner's guide to mental health ethics*. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Hornowska, E., Paluchowski, W. J. (2016). Opiniowanie czy formowanie? Z doświadczeń Komisji Etyki ds. Projektów Badawczych przy Instytucie Psychologii UAM. *NAUKA*, 2, 163-169.
- Iverson, G. L. (2006). Ethical Issues Associated With the Assessment of Exaggeration, Poor Effort, and Malingering. *Applied Neuropsychology*, 13(2), 77-90.
- Jay, R. (2007). *Podjęmowanie trafnych decyzji*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *Counseling Psychologist*, 12, 43-55.
- Knapp, S. J., VandeCreek, L. D. (2012). *Practical Ethics for Psychologists: A Positive Approach, Second Edition*. Washington: American Psychological Association.
- Kocet, M. M., Herlihy, B. J. (2014). Addressing value-based conflicts within the counseling relationship: A decision-making model. *Journal of Counseling & Development*, 92(2), 180-186.
- Koocher, G.P., Keith-Spiegel, P. (2008). Making Ethical Decisions and Taking Action. W: Koocher, G.P., Keith-Spiegel, P. (red.) *Ethics in Psychology and the Mental Health Professions: Standards and Cases*. (s. 20-40). Oxford University Press: New York.
- Kosicka B., Ksykiewicz-Dorota A. (2008). Pielęgniarskie modele podejmowania decyzji. *Problemy Pielęgniarstwa*, 16, 3, 299-303.
- Kostecka, M., Namysłowska, I., Ostojka-Zawadzka, K. (2012). Problemy etyczne w terapii schizofrenii. *Psychiatria Polska*, XLVI, 3, 421-428.
- Kozielecki, J. (1975). *Psychologiczna teoria podejmowania decyzji*. Warszawa: PWN.
- Leach, M. M., Stevens, M. J., Lindsay, G., Ferrero, A., Korkut, Y. (2012). *The Oxford Handbook of International Psychological Ethics*. Oxford University Press.
- Łukaszewski, W. (2004). Złudzenia co do kodeksów etycznych. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii*. Wydanie II. (s. 82-88). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Majewska, L. (2016). Możliwość zastosowania teorii decyzji do zagadnień etycznych w ujęciu Klemensa Szaniawskiego. *Studia Philosophiae Christianae UKSW*, 52, 2, 111-130.
- Martin, T.A., Bush, S.S. (2008). Ethical considerations in geriatric neuropsychology. *NeuroRehabilitation*, 23, 447-454.
- McMillan, T.M., Anderson, S., Baker, G., Berger, M., Powell, G.E., Knight, R. (2009). Assessment of effort in clinical testing of cognitive functioning for adults. *British Psychological Society*.
- Mika, S. (2004). Oj, ciężko, ciężko być psychologiem ... W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii*. Wydanie II. (s. 158-175). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Muñiz, J., Hernández, A., Ponsoda, V. (2015). New guidelines for test use: research, quality control and security of tests. *Papeles del Psicologo*; 36(3), 161-173
- New Zealand Psychologists Board (2013). *Guidelines for the Use of Psychometric Tests*. Wellington NZ: New Zealand Psychologist's Board.
- Paluchowski W.J. (2010). Diagnoza oparta na dowodach empirycznych - czy potrzebny jest "polski Buros"?, *Roczniki Psychologiczne*, 13(2), s. 7-28.

- Paluchowski W.J. (2015). Kompetencje diagnostyczne psychologów. [W:] M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski, M. Tarnowska (red.) *Diagnoza Psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia.* (s. 35-56). Warszawa: PTP/PTP.
- Paluchowski W.J., Tarnowska M., Filipiak M., Zalewski B. (2015). Standardy diagnozy psychologicznej. [W:] M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski, M. Tarnowska (red.) *Diagnoza Psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia.* (s. 57-93). Warszawa: PTP/PTP.
- Paluchowski, W. J. (2016). *Stanowisko Komisji ds. Testów Psychologicznych Komitetu Psychologii PAN w sprawie kryteriów wiarygodności wyników badań diagnostycznych.* KP PAN. Pobrano z:
http://www.kompsych.pan.pl/images/Komisja_Test%C3%B3w/Kryteria_wiarygodno%C5%9Bci_wynik%C3%B3w_bada%C5%84_diagnostycznych.pdf
- Paluchowski, W.J. (2008). *Diagnoza psychologiczna. Proces, narzędzia, standardy.* Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne
- Parzuchowski, M., Bocian, K. Wojciszke, B., Szuster, A., Gniewek, A i in. (2017). Od skrajności do codzienności: współczesna psychologia ocen moralnych. *Psychologia Społeczna*, 39 (4), 388-398.
- Pellegrino E. D., Thomasma, D. C. (1987). The Conflict between Autonomy and Beneficence in Medical Ethics: Proposal for a Resolution The Conflict between Autonomy and Beneficence in Medical Ethics: Proposal for a Resolution. *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, 3(1), 23-46.
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne (2000). Kodeks etyczno-zawodowy psychologa. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 837-844). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; też:
<http://ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne (2018). Kodeks Etyczny Psychologa PTP. Kraków: Oddział Krakowski Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (pobrano z: <http://>)
- Poznaniak W. (1994). Diagnozowanie a etykietowanie (stygmatyzowanie) ludzi. W: J. Brzeziński, W. Poznaniak (red.), *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologa.* (s. 73–81) Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.
- Sokołowska, J. (2005). *Psychologia decyzji ryzykownych. Ocena prawdopodobieństwa i modele wyboru w sytuacji ryzykownej.* Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Akademica”.
- Stadler, H. A. (1986). Making hard choices: Clarifying controversial ethical issues. *Counseling and Human Development*, 19, 1–10.
- Stepulak, M. Z. (2004). Tajemnica zawodowa w działalności badawczej i praktycznej psychologów. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii. Wydanie II.* (s. 89-117). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Stone, C. (2009). *School Counseling Principles: Ethics and Law (2nd. ed.).* Alexandria: American School Counselor Association
- Szaniawski K. (1983). Racjonalność jako wartość. *Studia Filozoficzne*, 5-6, 7–15.
- Szaniawski, K. (1967). Teoria decyzji a etyka. *Etyka* 2, 7–17.
- Tyszka T. (2010). *Decyzje. Perspektywa psychologiczna i ekonomiczna.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Tyszka T., Zaleśkiewicz T. (2001). *Racjonalność decyzji.* Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Van Hoose, W. H., Paradise, L. V. (1979). *Ethics in counseling and psychotherapy: Perspectives in issues and decision making.* Cranston, RI: Carroll.
- Wyrzykowska, E. (2008). Głos o gotowości psychologów do refleksji etycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 13, 1, 61-65.

- Paluchowski, W. J., Hornowska, E. (2017). Problemy związane z badaniami testowymi osób niepełnosprawnych. W: W.J. Paluchowski (red.). *Diagnozowanie - wyzwania i konteksty*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM
- Koocher, G. P., Rey-Casserly, C. M. (2003). Ethical Issues in Psychological Assessment, W: I. B. Weiner, J. R. Graham, J. A. Naglieri, (red.). *Handbook of Psychology: Vol. 10 Assessment Psychology*. New York: John Wiley and Sons. 166-180
- Paluchowski, W.J. (1994). Problemy etyczne zawodu psychologa a wykorzystanie komputerów w praktyce psychologicznej. W: J. Brzeziński, W. Poznaniak (red.), *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów*. Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 103-110