

EWA TRZEBIŃSKA
MAJA FILIPIAK
Szkola Wyższa Psychologii Społecznej
Wydział Psychologii

ROLA DOŚWIADCZENIA KLINICZNEGO W DIAGNOZIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Wyniki niektórych badań pokazują negatywny wpływ doświadczenia klinicznego na jakość stawianych przez psychologów diagnoz dotyczących zdrowia psychicznego. Z drugiej jednak strony według standardów Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego odnoszących się do praktyki psychologicznej opartej na faktach, doświadczenie kliniczne jest jednym z podstawowych składników profesjonalizmu w zakresie praktyki psychologicznej. Artykuł przedstawia tę kontrowersję w kontekście relewantnej wiedzy psychologicznej i wyników badań. Konkluzje są następujące: (1) wartościowy wkład, jaki w diagnozę zdrowia psychicznego może mieć doświadczenie kliniczne, polega na intuicyjnym myśleniu oraz (2) nawykowe błędy poznawcze i tzw. bezrefleksyjność (*mindlessness*), jakie mogą być skutkiem ubocznym dłużej praktyki klinicznej, można ograniczyć poprzez systematyczny automonitoring procesu diagnozowania. Zaproponowano praktyczną procedurę takiego automonitoringu.

Słowa kluczowe: diagnoza zdrowia psychicznego, doświadczenie kliniczne.

Realizacja postulatów praktyki psychologicznej opartej na dowodach empirycznych wymaga rozstrzygnięcia wielu problemów powstających na styku naukowego i zawodowego podejścia do wykonywanych przez psychologów zadań. Wprawdzie główny nurt dyskusji na ten temat dotyczy oddziaływań psychologicznych, zwłaszcza psychoterapii, jako bezpośredniej ingerencji w stan psychiczny i jakość życia odbiorców psychologicznych usług, jednak nie mniej ważną kwestią, choć rzadziej dyskutowaną, są sposoby dochodzenia do empirycznie uzasadnionych standardów wiarygodności i profesjonalizmu w diagnozie

psychologicznej. Wśród licznych szczegółowych zagadnień wymagających w tym kontekście rozpatrzenia od lat pojawia się pytanie o rolę doświadczenia klinicznego w psychologicznej diagnozie zdrowia psychicznego. W literaturze doświadczenie kliniczne bywa wskazywane jako czynnik niekorzystny, współwystępujący z niską jakością diagnozowania (zob. np. Stemplewska-Żakowicz, 2009; Garb, 1998). Na gruncie zawodowym jest ono jednak cenione bardzo wysoko. Tak zwana biegłość praktyczna jest jednym z trzech elementów definicji praktyki psychologicznej opartej na dowodach empirycznych (APA, 2006). Posiadanie doświadczenia klinicznego jest formalnie wymagane do zakwalifikowania się na szkolenia, których ukończenie uprawnia psychologa do ubiegania się o dokument poświadczający jego kompetencje praktyczne w obszarze zdrowia psychicznego – np. certyfikat psychoterapeuty czy tytuł specjalisty psychologa klinicznego. Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje pracę diagnostyczną psychologów w placówkach służby zdrowia, o ile są to psychologowie z doświadczeniem klinicznym mierzonym stażem pracy w placówce medycznej lub odbyciem specjalizacji klinicznej, której uzyskanie wymaga – jak już wspomniano – także posiadania odpowiedniego doświadczenia.

Rozstrzygnięcie niezgodności stanowisk na temat wartości doświadczenia klinicznego mogłoby polegać na przyjęciu, że jest ono formalnie pomocne w karierze zawodowej, ale dla jakości profesjonalnego działania stanowi obciążenie. W artykule chcemy jednak wykazać, że problem jest bardziej skomplikowany, a jego rozwiązanie wymaga od diagnosty praktyka uwrażliwienia na tę kwestię, specjalnego nastawienia do własnej pracy i podjęcia systematycznych działań, które pozwoliłyby robić z gromadzonego zawodowego doświadczenia najlepszy użytek i unikać związanych z doświadczeniem pułapek.

DOŚWIADCZENIE KLINICZNE JAKO PUŁAPKA

Już w latach 70. XX wieku zaczęto powątpiewać w wartość doświadczenia klinicznego rozumianego jako długość stażu zawodowego w obszarze diagnozy zdrowia psychicznego, upatrując w nim przesłankę raczej usztywnienia, splotenia i zawężenia rozumienia człowieka niż – jak chcieliby to widzieć doświadczeni klinicyści – wyostrenia wrażliwości na sygnały różnych stanów i procesów niedostępnych w bezpośrednim badaniu oraz poszerzenia możliwości interpretacyjnych o powiązania zaobserwowane klinicznie, ale (jeszcze?) nie opisane i nie wyjaśnione przez naukę. Za diagnozę trafną (skuteczną czy o wysokiej jakości) uważa się taką, która znajduje potwierdzenie w innym, niezależnym źródle.

dle, uznanym za wiarygodne. W zależności od rodzaju diagnozy jako wiarygodne przyjmowane są różne źródła, np. diagnoza opisowa wykonana przez badanego klinicystę porównywana jest z diagnozą przygotowaną przez innego uznanego klinicystę, a w przypadku przewidywania zachowań źródłem danych porównawczych są raporty dotyczące rzeczywistych zachowań występujących w określonym okresie czasu (Ægisdóttir i in., 2006). W niektórych badaniach brane są pod uwagę jeszcze pewne charakterystyki samych diagnoz, jak ich kompletność, wielowymiarowość, spójność wewnętrzna oraz zakres danych, które udało się zintegrować (Eells i in., 2005).

Niekorzystne światło na wpływ doświadczenia klinicznego na jakość diagnozowania rzucały przede wszystkim badania, w których diagnostę stawiano przed zadaniem wymagającym konceptualizacji przypadku na podstawie dostarczonych przez badacza danych i nie stwierdzano różnicy w jakości wykonania tego zadania pomiędzy klinicystami różniącymi się długością stażu, o ile długoletniej praktyce nie towarzyszyło aktywne pogłębianie akademickiej wiedzy (Eells i in., 2005). Ponieważ problem ten został wyczerpująco przedstawiony w literaturze polskiej (Stemplewska-Żakowicz, 2009), ograniczymy się tutaj jedynie do przypomnienia najważniejszego argumentu przeciw użyteczności doświadczenia klinicznego w diagnozowaniu, a mianowicie tezy, że diagnozowanie jest czynnością poznawczą, a procesy poznawcze podlegają u diagnosty – tak samo jak u innych ludzi – zniekształceniom. Każde zatem „samodzielne” spostrzeżenie czy ocena diagnosty nie mające bezpośredniej podstawy w mocnej naukowej teorii czy wynikach przeprowadzonego standardowego badania diagnostycznego jest nieuzasadnione, nieprecyzyjne i niewiarygodne, a powtarzane przez lata praktyki i utrwalone, staje się trwałym poznawczym balastem.

Zgodnie z definicją przyjętą w roku 1948 przez Światową Organizację Zdrowia zdrowie psychiczne to złożony stan, który obejmuje psychopatologię oraz dobrostan psychiczny i społeczny, czyli bardzo szerokie spektrum zjawisk afektywnych, poznawczych i behawioralnych. Opis, ocena i wyjaśnienie stanu zdrowia psychicznego jest zatem bardzo złożoną czynnością poznawczą, wymagającą rzetelnego pozyskania i uporządkowania we właściwy sposób ogromnej liczby danych. Tymczasem, jak wykazuje Garb (2010) na podstawie podsumowania wyników wieloletnich badań, u klinicystów diagnostów występują prawie wszystkie typowe deficyty spostrzegania i rozumowania, a zwłaszcza takie, jak efekt pierwszego wrażenia oraz efekt halo; mimowolność oceniania i wnioskowania; stosowanie heurystyk emocji, wcześniejszych zachowań, dostępności informacji oraz reprezentatywności w odniesieniu do płci, klasy społecznej, grupy etnicznej czy narodowościowej; tendencja do konfirmacji hipotez i spostrze-

gania iluzorycznej korelacji; a także nadużywanie myślenia przyczynowo-skutkowego oraz informacji kontekstowych. Coraz częściej sygnalizowanym zniekształceniem w diagnozowaniu zdrowia psychicznego jest także preferencja w spostrzeganiu, rozumowaniu i zapamiętywaniu dla informacji negatywnych (Keyes, 2009). Jest to zasada organizująca przetwarzanie informacji, naturalna ze względu na ważność sytuacji niekorzystnych (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer i Nohs, 2001), która jednak w warunkach klinicznych zostaje jeszcze dodatkowo wzmocniona przez negatywny kontekst kontaktu z pacjentem/klientem. Inicjuje on ten kontakt ze względu na swoje cierpienie i trudności życiowe będące dla niego zagadnieniem pierwszoplanowym, wymagającym uwagi i zrozumienia klinicysty – tym bardziej więc preferencja informacji negatywnych rzutuje na przebieg poznawczych procesów u diagnosty (Snyder i in., 2003).

Wśród czynników wywołujących poznawcze zniekształcenia oprócz wymienionych zjawisk uniwersalnych należy jeszcze wskazać czynniki specyficzne, zarówno osobiste dyspozycje diagnosty, jak i stany doraźne, które niekorzystnie rzutują na przebieg przetwarzania informacji. Do szczególnie niekorzystnych dyspozycji należy usztywnienie i zawężenie pojęciowej reprezentacji świata, skutkujące ograniczeniem wrażliwości na informacje niezgodne z nią czy wręcz przeinaczaniem lub odrzucaniem takich informacji. Bez względu na to, czy zaoboznienie reprezentacji ma źródło w socjalizacji i określa osobisty światopogląd diagnosty, czy też wynika z treningu w określonym podejściu klinicznym i określa jego orientację teoretyczną, jest ono źródłem uporczywej tendencyjności w diagnozowaniu (Brzeziński, 2010). Wśród doraźnych czynników zakłócających diagnozowanie na poziomie poznawczym są takie, jak zmęczenie, pozytywny lub negatywny nastrój czy też określone nastawienie, wywołane np. jakimś zdarzeniem zawodowym lub prywatnym bezpośrednio poprzedzającym spotkanie z pacjentem/klientem. Stany takie występują okazjonalnie, zwykle z niezbyt dużą intensywnością, co – paradoksalnie – zaostrza problem, ponieważ utrudnia ich dostrzeżenie i wzięcie pod uwagę ich możliwego wpływu na przebieg diagnozowania w danym momencie.

Trzeba podkreślić, że wszystkie ograniczenia poznawcze zachodzą nieświadomie, nie są więc na bieżąco poddawane korekcji lub choćby refleksji. Na podstawie wyników badań pokazujących, że udział zniekształceń poznawczych w diagnozowaniu nie zmniejsza się wraz z upływem lat praktyki, wydaje się, że nie ma w tym przypadku także miejsca naturalne przy innych zawodowych czynnościach uczenie się na podstawie skutków wykonywania zadań (Garb, 2010). Można to wyjaśnić stosunkowo słabym działaniem sprzężenia zwrotnego w diagnozowaniu w obszarze zdrowia psychicznego (Paluchowski, 2007). Za-

sadniczymi tego przyczynami są brak jasnych kryteriów trafności takiej diagnozy oraz jej częste oddzielenie od leczenia. Zwykle diagnozowanie poprzedza interwencję i stanowi odrębną część postępowania z pacjentem/klientem. Bywa ono nawet przeprowadzane przez inną osobę niż ta, która zajmuje się terapią, w związku z czym zaraz po wykonaniu swojej pracy diagnosta może stracić kontakt z pacjentem i nie mieć już dostępu do informacji o trafności wyciągniętych przez siebie wniosków. Wobec niedoboru informacji zwrotnych nie tylko nie zachodzi skuteczne uczenie się na błędach, ale z biegiem czasu następuje automatyzacja powtarzających się nieprawidłowości wynikających z omówionych wcześniej zakłóceń spostrzegania i rozwiązywania problemów decyzyjnych. Wprawdzie zautomatyzowaniu ulegają także prawidłowe czynności poznawcze, ale i to stanowi zagrożenie dla trafności diagnozowania, ponieważ stają się one nieświadome i niekontrolowane. Kiedy mówimy o pułapkach związanych z rutyną zawodową, mamy na myśli właśnie przede wszystkim automatyzację zawodowych czynności poznawczych.

Z omawianego tu punktu widzenia doświadczenie kliniczne wydawałoby się więc przede wszystkim powtarzaniem utartych, w dużej części błędnych sposobów myślenia, a poleganie na nim, a nawet tylko dopuszczanie do jego udziału w ocenie i wyjaśnianiu zdrowia psychicznego, należałoby uznać za obniżające wartość diagnozowania i narażanie pacjenta na zagrożenia wynikające z nierozumienia jego problemów oraz błędnych wniosków i decyzji. Pomimo poważnych zarzutów obciążających doświadczenie kliniczne, tak zdecydowane zakwestionowanie jego przydatności budzi jednak zastrzeżenia. Nie tylko trudno zaakceptować, że akurat w przypadku psychologii klinicznej w odróżnieniu od innych zawodów doświadczenie to przede wszystkim szkodliwy balast, ale na dodatek dysponujemy danymi empirycznymi, które pośrednio i bezpośrednio rzucają na wartość doświadczenia w diagnozowaniu zdecydowanie korzystne światło.

POŻYTKI Z DOŚWIADCZENIA KLINICZNEGO

Rozpatrywanie danych wskazujących na korzyści płynące z doświadczenia klinicznego warto zacząć od jego powiązania z tzw. diagnozą kliniczną. Określenie „diagnoza kliniczna” odnosi się do diagnozowania zdrowia psychicznego, które jest pozbawione wyraźnych form i przesłanek (Stemplewska-Żakowicz, 2009). Taki sposób postępowania jest poddawany w wątpliwość z punktu widzenia obowiązującego w diagnostyce psychologicznej modelu naukowiec–praktyk, określanego też jako tzw. podejście statystyczne, w myśl którego każdy element

postępowania diagnostycznego powinien mieć czytelne uzasadnienie w określonej, empirycznie zweryfikowanej wiedzy i powinien spełniać standardy badania naukowego (Cautin, 2011). Dane dotyczące trafności diagnozowania wskazują, że – ogólnie biorąc – diagnoza kliniczna w powyższym rozumieniu rzeczywiście okazuje się mniej skuteczna niż podejście statystyczne. Metaanaliza danych z 67 badań wykazała, że użycie metod statystycznych w diagnozowaniu prowadzi ogólnie do 13% wzrostu jego trafności (Ægisdóttir i in., 2006). Z wyciągnięciem wniosków z tych badań wiążą się jednak pewne problemy, ponieważ zależność ta ma ograniczenia – nie wszystkie procedury statystyczne mają bowiem przewagę nad klinicznymi i tylko w nielicznych zakresach diagnozy taka przewaga została rzeczywiście stwierdzona. Okazało się na przykład, że procedury statystyczne zapewniają większą trafność diagnozowania jedynie w odniesieniu do problemów klinicznych bardzo dobrze znanych diagnoście, a prawdziwie wyrazista, zdecydowana przewaga prognozowania na podstawie metod statystycznych dotyczy tylko zachowań o charakterze przemocy i autodestrukcji. Autorzy konkludują więc przeprowadzoną przez siebie metaanalizę, uznając diagnozę kliniczną za całkowicie dopuszczalną, z takim jedynie zastrzeżeniem, że diagności nie powinni polegać wyłącznie na niej i łączenie jej z podejściem statystycznym wydaje się rozwiązaniem optymalnym (por. też Paluchowski, 2010).

Aby więc lepiej zrozumieć charakter procesu poznawczego, jakim jest diagnoza kliniczna, i określić właściwie jej wartość dla oceny i wyjaśniania zdrowia psychicznego, warto rozpatrzeć jej związek z myśleniem intuicyjnym. Intuicja jest definiowana jako rozumowanie dotyczące określonego problemu, zachodzące nieświadomie, w oparciu o rozległą sieć skojarzeń i z udziałem afektu (Dane i Pratt, 2007). Intuicja pojawia w obliczu nowych problemów (zawodowych, interpersonalnych, moralnych) w dziedzinach, w których jednostka zbierała informacje i trenowała ich wykorzystanie w praktyce życiowej, a więc podłożem zdolności do myślenia intuicyjnego jest posiadanie solidnej, relewantnej wiedzy oraz powtarzające się jej używanie (Gore i Sadler-Smith, 2011). Ponieważ wyniki badań wskazują, że sądy i decyzje, do jakich ludzie dochodzą intuicyjnie, pojawiają się w sytuacjach szczególnie skomplikowanych oraz są trafne w sensie spełniania wymagań stawianych w danej dziedzinie lub też w sensie ogólnej adaptacyjności, ten sposób przetwarzania informacji uważany jest za szczególnie korzystny. Z badań dotyczących nieświadomych automatyzmów psychicznych wiemy nie tylko, że obejmują one zaawansowane czynności poznawcze, lecz także że w obliczu problemów szczególnie złożonych, których rozwiązanie wymaga uwzględnienia znacznej ilości informacji, rozumowanie przebiegające nieświadomie – tzw. deliberacja poza uwagę – prowadzi do bardziej trafnych

decyzji niż świadome (Dijksterhuis, Bos, Nordgreen i van Baaren, 2006). Przyjęcie, że diagnoza kliniczna może mieć charakter myślenia intuicyjnego, nie tylko wyjaśnia więc, dlaczego bywa ona szczególnie trafna, ale także rzuca korzystne światło na doświadczenie kliniczne, ponieważ powtarzalność określonych procedur przetwarzania informacji jest podstawą gromadzenia rozległej wiedzy oraz powstawania nieświadomych automatyzmów jej wykorzystywania.

Trzeba jednak podkreślić, że szybkie diagnozowanie bez zastosowania określonych procedur może być też wynikiem płytkiego intelektualnego zaangażowania, opisanego w psychologii jako zjawisko bezrefleksyjności (*mindlessness*, Langer, 2009). Potwierdzeniem, że diagnoza kliniczna może mieć charakter albo intuicyjny, albo bezrefleksyjny, jest brak mocnych empirycznych argumentów, że ustępuje ona metodzie statystycznej albo że ją przewyższa – jak pokazują wyniki badań, różnice nie są tu ani znaczne, ani konsekwentne. Tę dwoistą naturę diagnozy klinicznej potwierdzają także wyniki świadczące o tym, że przewaga metod statystycznych nad klinicznymi dotyczy problemów bardzo dobrze znanych (Ægisdóttir i in., 2006), czyli takich, przy których bardziej prawdopodobne jest, że szybka diagnoza stawiana „znikąd” wynika raczej z bezrefleksyjności niż z myślenia intuicyjnego.

Także dane, które bezpośrednio dotyczą doświadczenia klinicznego, przemawiają na jego korzyść. Podane przez APA (2006) wyniki badań pokazują wyraźną profesjonalną przewagę klinicystów z wieloletnim doświadczeniem nad nowicjuszami. Jak się okazuje, lepiej rozpoznają oni charakterystyczne wzorce funkcjonowania ludzi, skuteczniej odrzucają informacje nieistotne dla rozumienia pacjenta i leczenia, mają szerszą i lepiej zorganizowaną wiedzę psychologiczną, częściej mają wiedzę zorganizowaną według kryteriów funkcjonalnych (w przeciwieństwie do opisowych), mają bardziej płynny i automatyczny dostęp do wiedzy odpowiedniej do aktualnego zadania klinicznego, lepiej dostosowują się do nowych sytuacji, częściej prowadzą automonitorowanie własnego sposobu myślenia i działania, skuteczniej odkrywają własne błędy, więcej się uczą, aktualizują więcej pojęć i lepiej wykorzystują czas przeznaczony na konceptualizację przypadku. Dane te uzasadniają, dlaczego eksperckość – według APA jedno z trzech głównych kryteriów praktyki psychologicznej opartej na faktach – jest definiowana w kategoriach m.in. doświadczenia klinicznego. Pozwalają one bowiem sądzić, że pomimo ograniczeń i zniekształceń poznawczych, wraz z doświadczeniem klinicznym pojawiają się pożądane umiejętności oraz nawyki zawodowe, m.in. takie, które są bezpośrednio przydatne do diagnozowania, a także takie, które podnoszą ogólny profesjonalizm i z tego powodu również pośrednio diagnozowaniu sprzyjają.

Najbardziej przekonująca obrona wartości doświadczenia klinicznego dla diagnozowania zdrowia psychicznego wynika jednak z analizy rezultatów badań poświęconych specyficznemu temu zagadnieniu. Spengler i współpracownicy (2009) poddali krytyce wcześniejsze niekorzystne dla doświadczenia klinicznego podsumowania badań w tym obszarze, zarzucając im wybiórczość oraz przeglądowy (jakościowy) charakter, i sami przeprowadzili systematyczną statystyczną metaanalizę dostępnych wyników badań. Przyjęli kilka założeń, które poza zastosowaniem procedur statystycznych, miały zwiększyć precyzję i wiarygodność wyciąganych wniosków. Uznali, że jednolitym kryterium oceny profesjonalizmu w diagnozowaniu klinicznym będzie ogólna trafność diagnozy oraz trafność oceniana oddzielnie w zakresie każdego z trzech jej kluczowych elementów, tj. rozpoznania, prognozy i rekomendacji. Uwzględnili dwie formy doświadczenia klinicznego: rozumiane tradycyjnie, czyli takie, które wynika z wieloletniego praktykowania, oraz tzw. doświadczenie edukacyjne, czyli wynikające z intensywnego treningu klinicznego, uzyskiwane przede wszystkim w ramach studiów doktoranckich. Ta druga forma doświadczenia została wzięta pod uwagę, ponieważ autorzy uznali, że zaznajomienie z zadaniami diagnostycznymi i oswajanie z rzeczywistością kliniczną u osób kształcących się dodatkowo w ramach doktoranckich programów klinicznych jest niepomiarowo większe niż u osób przystępujących do praktyki diagnostycznej bezpośrednio po studiach wyższych, w ramach których zagadnienia diagnostyczne zajmują relatywnie niewiele miejsca i są podejmowane prawie wyłącznie na poziomie teoretycznym. Z tego względu tradycyjne zaliczanie początkujących praktyków zarówno po studiach doktoranckich, jak i po studiach magisterskich do tej samej kategorii „nowicjuszy” jest zdaniem autorów metaanalizy nieuzasadnione. Jednocześnie jednak doświadczenie edukacyjne i staż pracy zostały uwzględnione jako czynniki oddzielne ze względu na ich odmienny rodzaj kontaktu z praktyką.

Metaanaliza objęła 75 badań z udziałem 4607 klinicystów. Wykazała pozytywną zależność między doświadczeniem klinicznym obu rodzajów a trafnością klinicznej oceny we wszystkich trzech branżach pod uwagę zakresach: rozpoznania, prognozy i rekomendacji. Zależność wprawdzie okazała się niezbyt silna (średnio $d = 0,12$), ale widoczne jest, że doświadczenie poprawia umiejętność diagnozowania, zwłaszcza w zakresie rozpoznawania zaburzeń psychicznych ($d = 0,15$) oraz przewidywania zachowań ($d = 0,24$). Okazało się też – na przekór obawom o niepożądane skutki zawodowej rutyny – że najkorzystniejsze jest znaczne doświadczenie, największe efekty wystąpiły bowiem, gdy porównywane były osoby w ogóle bez doświadczenia oraz bardzo doświadczone. Przewaga ta ujawnia się przede wszystkim wtedy, gdy kryteria oceny stanu psychicznego

osoby są niejednoznaczne, co sugeruje omówiony wcześniej udział myślenia intuicyjnego u doświadczonych diagnostów. Jednocześnie autorzy zwracają uwagę na dwie dodatkowe okoliczności, które ich zdaniem wzmacniają wiarygodność uzyskanych wyników i ich wymowę na korzyść doświadczenia klinicznego. Po pierwsze, próby w dostępnych do metaanalizy badaniach były małe, co negatywnie rzutuje na możliwość uzyskania silnych efektów, a więc niewielkie stwierdzone efekty w świetle tego spostrzeżenia zyskują na znaczeniu. Po drugie, pozytywna zależność pomiędzy doświadczeniem a trafnością diagnozy okazała się odporna na uwzględnione w analizie czynniki kontekstowe, można więc sądzić, że jest charakterystyczna dla diagnozowania w ogóle. Trzeba jednocześnie dodać, że ogólną wiarygodność wyników obniżają jednak słabości materiału empirycznego, na których metaanaliza została przeprowadzona.

Podsumowując więc ostrożnie wskazania wynikające z omówionej metaanalizy, można przyjąć, że diagnosty nie powinni zbyt mocno polegać na swoim doświadczeniu, ale też nie powinni ignorować tego, co ono im podpowiada, zwłaszcza w sytuacjach niejasnych w odniesieniu do rozpoznania zaburzeń oraz przewidywania zachowań. Ważnym wnioskiem jest też to, że intensywny kliniczny trening edukacyjny ma podobną wartość, jak praktyka kliniczna z punktu widzenia pogłębiania umiejętności trafnego diagnozowania, co sugeruje zasadność korzystania ze szkoleń w tym zakresie.

MAKSYMALIZOWANIE KORZYŚCI Z DOŚWIADCZENIA KLINICZNEGO

Dotychczasowe rozważania nad wartością doświadczenia klinicznego zachęcają, aby doceniać wynikające z niego korzyści dla diagnozy, ale jednocześnie sprecyzować warunki, od których zależy, czy rzeczywiście te korzyści wystąpią bez popadania w pułapkę utrwalonych poznawczych błędów i rutynowej bezrefleksyjności. Istotną wskazówką, jak szukać owych warunków, mogą być przytoczone wcześniej ustalenia APA (2006), które wyraźnie pokazują, że wśród kompetencji wzrastających wraz z nabywaniem przez psychologów zawodowego doświadczenia są takie, które zapewniają kontrolę popełnianych błędów oraz monitorowanie własnego rozumowania i wykonywanych czynności. Wydaje się więc, że w odniesieniu do diagnozy zdrowia psychicznego warunkiem kluczowym wnoszenia korzyści z doświadczenia klinicznego może być wprowadzenie procedur umożliwiających wykrywanie i korygowanie zniekształceń poznawczych oraz odróżnianie bezrefleksyjności od myślenia intuicyjnego i eliminowanie tego pierwszego.

Wśród sposobów kontroli procesu diagnozowania w pierwszej kolejności wymieniane są procedury pozyskiwania informacji zwrotnych co do trafności diagnozy, czyli – aktywne umożliwianie sobie uczenia się na własnych diagnostycznych błędach i sukcesach. Jednak nie można polegać tylko na tym, ponieważ oczekiwanie, że informacje zwrotne są przesłanką lepszej diagnozy zdrowia psychicznego, nie ma – jak dotąd – żadnego potwierdzenia empirycznego. W metaanalizie przeprowadzonej przez Splenglera i współpracowników (2009) nie stwierdzono takiej zależności, ale – jak podkreślają autorzy – czynnik ten był uwzględniony tylko w dwóch badaniach, trudno więc uznać sprawę za przesądzoną. Jednocześnie jednak pojawiają się wątpliwości natury teoretycznej, czy uzyskiwanie informacji zwrotnych może sprawić, że doświadczenie stanie się korzystne, ponieważ zniekształcenia poznawcze, jak np. tendencja konfirmacyjna, obejmują także odbiór informacji zwrotnych (Garb, 2010). Jeszcze inna wątpliwość bierze się stąd, że informacje zwrotne dotyczą zwykle produktu finalnego procesu diagnozowania i napływają z odroczeniem, przez co nie pomagają zidentyfikować popełnionych konkretnych błędów „po drodze”, bez czego o ich wyeliminowanie w przyszłości jest trudno, ani też na bieżąco naprawiać popełnionych błędów. Trzeba również wziąć pod uwagę wspomniane już ograniczenia dostępu do informacji zwrotnych o trafności diagnozy, wynikające zarówno z systemowych rozwiązań organizacji opieki nad klientem/pacjentem, jak i z naturalnych przeszkód w śledzeniu odpowiednich jej wskaźników, możliwych do uchwycenia jedynie w dłuższej perspektywie.

Warto wobec tego przyjrzeć się drugiemu sposobowi kontroli procesu diagnozowania, a mianowicie autorefleksji. Jest ona najbardziej dostępną i naturalną formą monitorowania własnego postępowania diagnostycznego, pozwalającą też omijać niektóre słabości polegania na informacji zwrotnej (Garb, 2010). Jak się wydaje, skuteczność autorefleksji wymaga objęcia nią całego postępowania diagnostycznego pod względem jego systematyczności, tj. zgodności realizowanej strategii i poszczególnych decyzji z przyjętym modelem diagnozy. Systematyczność wyraża się w takich wskaźnikach, jak liczba i różnorodność użytych narzędzi pomiaru, liczba postawionych hipotez oraz heterogeniczność i wiarygodność przesłanek, z jakich hipotezy zostały wygenerowane (aby ograniczyć poleganie na teoriach, zwłaszcza tych o wątpliwym statusie naukowym), konsekwencja w weryfikacji hipotez (łącznie ze stawianiem i sprawdzaniem kontrhipotez), tematyczne zróżnicowanie wniosków (Garb, 1998; Bell i Mellor, 2009; Keyes, 2009). Promowanie autorefleksji w diagnozowaniu nie jest sprzeczne z naciskiem na pozyskiwanie informacji zwrotnych, ale – w przeciwieństwie do niego – ma na celu przede wszystkim eliminowanie aktualnie popełnianych błędów.

dów wynikających z bezrefleksyjności i ograniczeń poznawczych oraz podnoszenie trafności diagnozy w trakcie jej wykonywania poprzez aktywne dążenie do utrzymania kompletności i zasadności samego postępowania diagnostycznego, a nie tylko weryfikację jego produktu. Jest zatem środkiem udoskonalania własnych działań diagnostycznych, a nie wyłącznie ich oceny.

Ze względu na ciągły przebieg i różnorodność elementów postępowania, które należy uwzględnić, monitorowanie własnej pracy diagnostycznej jest naprawdę trudne. Wymaga więc odpowiedniego przygotowania i wspomagania. Rekomendowanym wspomaganie dla autorefleksji jest superwizja diagnostyczna (Cooper-Thomas i Traves, 2008), znacznie jednak rzadsza niż superwizja w psychoterapii, a wcale nie mniej potrzebna. Innym, bardziej dostępnym wspomaganie może być szczegółowa rejestracja przebiegu diagnozowania w każdym konkretnym przypadku. Na przykład Wright i Lopez (2009) proponują prowadzenie zapisu danych z przeprowadzonych badań diagnostycznych przy użyciu specjalnego szablonu, powstałego przez nałożenie na siebie dwóch dwuwartościowych kategorii: obiekt diagnozy (pacjent/klient vs jego środowisko) oraz znaczenie stwierdzonych faktów (korzystne vs niekorzystne). Śledząc zawartość czterech pól powstałych ze skrzyżowania tych kategorii, diagnosta może monitorować efekty zbierania danych i na tej podstawie tak dobierać pytania i narzędzia diagnostyczne, aby uzyskać informacje potrzebne do sformułowania diagnozy zrównoważonej pod względem rozpoznania i zrozumienia zarówno trudności, jak i zasobów samego pacjenta/klienta, a także jego środowiska. Zastosowanie szablonu ułatwia więc świadome kontrolowanie systematyczności własnej pracy diagnostycznej zgodnie z zasadą równomiernego rozłożenia uwagi, czasu i miejsca w raporcie końcowym na cztery wyodrębnione obszary danych. Zapobiega to zwłaszcza częstym błędom w postaci nawykowego pomijania w diagnozie lub poświęcania niewspółmiernie mniej miejsca, uwagi i czasu pozytywnym aspektom życia pacjenta/klienta oraz czynnikom środowiskowym.

Omówiony szablon obejmuje tylko wybrane zakresy diagnozy, jednak wykorzystując ten sposób wspomagania autorefleksji, można opracować i stosować obszerniejsze szablony – odnoszące się do wielu elementów postępowania według przyjętego modelu diagnozy, w tym także np. do proporcji stosowanych metod jakościowych i statystycznych, które przez większość diagnostów są „mimowolnie” wykorzystywane łącznie, bez względu na przekonanie o zasadności tych pierwszych (Strieker, 2000), a w konsekwencji – bez świadomej kontroli. Przykładem takiego rozbudowanego szablonu wszechstronnie wspomagającego automonitorowanie diagnozowania może być przedstawiony na Rycinie 1 Formularz Diagnostyczny, który obejmuje wszystkie zasadnicze kroki tego procesu.

Zadanie (opcje do wyboru)	Przygotowanie			Badanie			Opracowanie danych					
	Obszar	Konceptualizacja Problemu		Zia- wisko	Narzę- dzie	Wynik pomiaru	Wnioski			Podsumowanie		
		Założenia	Pytania hipotezy				Pacjent	Środowisko		Opis przypadku	Prezentacja (komuni- kacja) przypadku	
			Zasoby	Deficyty	Zasoby	Deficyty	Zasoby	Deficyty				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Ocena Funkcjonowania												
Wyjaśnienie Funkcjonowania												
Prognoza Funkcjonowania												
Rekomendacja												
Inne												

Rycina 1. Formularz Diagnostyczny

Konstrukcja Formularza Diagnostycznego jest podporządkowana trzem zasadom prowadzenia psychologicznej diagnozy zdrowia psychicznego, które zwykle w literaturze omawiane są oddzielnie, ale dopiero przestrzegane jednocześnie, zapewniają postępowaniu diagnostycznemu rzetelność i nowoczesność. Pierwsza to zasada funkcjonalności, która mówi o prowadzeniu diagnozy ze względu na określony cel (Pasikowski i Sęk, 2010). Zasada druga dotyczy naukowości diagnozy, tj. jej planowania i przeprowadzenia na podstawie rzetelnej, nowoczesnej wiedzy psychologicznej (Brzeziński, 2010). Zasada trzecia odnosi się do kompletności diagnozy, która powinna być wyczerpująca co do zakresu uwzględnianych treści oraz sposobów pozyskiwania danych na miarę możliwości, jakie stwarza nauka oraz zawodowe doświadczenie diagnosty (Shadel, 2010).

Formularz Diagnostyczny został podzielony na trzy segmenty odnoszące się do kolejnych etapów postępowania diagnostycznego – przygotowania (etap pre-diagnostyczny), badania (etap diagnozowania właściwego) oraz opracowania uzyskanych informacji. Pierwszy segment służy monitorowaniu sposobu ukierunkowania diagnozy: w następstwie wyboru zadania diagnostycznego (lub zadań) oraz obszarów funkcjonowania pacjenta/klienta, których to zadanie będzie dotyczyło, postawione zostają konkretne pytania i hipotezy do weryfikacji. Trzeba podkreślić, że w tym miejscu Formularza zostają odnotowane także przesłanki przełożenia zadań diagnostycznych na pytania i hipotezy (kolumna „Założenia”), co wymusza świadomą refleksję nad źródłem wiedzy wykorzystanej do planowania diagnozy i nad sposobem jej zastosowania. Biorąc pod uwagę, że wiedza ta może pochodzić z przyjmowanej koncepcji klinicznej – albo z psychologii podstawowej, albo może być w sposób pragmatyczny dobierana z różnych źródeł, albo też może pochodzić z doświadczenia klinicznego – zapis taki pozwoli ocenić i ewentualnie wprowadzić korektę pod tym względem, zwłaszcza gdyby okazało się, że wiedza wynikająca z doświadczenia zdecydowanie dominuje w procesie stawiania pytań i hipotez nad naukową lub też jest w nim całkowicie nieobecna, pomimo złożoności problemu, jaki jest rozwiązany.

Drugi segment Formularza służy kontrolowaniu dobrego dopasowania postępowania diagnostycznego do wyznaczonego kierunku diagnozy, czyli przełożenia hipotez na wskaźniki (kolumna „Zjawisko”). Ich właściwe dobranie jest kluczowe dla sukcesu badania, dane empiryczne pokazują bowiem, że maksymalizuje to szansę na zadawanie pytań i użycie innych narzędzi o dużej wartości diagnostycznej (Brammer, 2002). Z kolei wyszczególnienie zastosowanych narzędzi pozwala m.in. sprawdzać, czy ich zasób wykracza poza te tradycyjnie przypisane diagnozie zdrowia psychicznego (jak MMPI, testy Rorschacha, TAT czy Rottera). Większości z tych narzędzi nie można powiązać z pojęciami i me-

chanizmami, do jakich obecnie odwołuje się psychologia przy opisywaniu i wyjaśnianiu zdrowia psychicznego, więc powinny być uzupełniane o takie, które specyficznie odnoszą się do mierzonych wskaźników (Shadel, 2010). Z analizy zapisu w tym segmencie wynika też możliwość kontrolowania proporcji zastosowanych technik standardowych i niestandardowych.

Segment ostatni służy kontrolowaniu integracji uzyskanych danych, w tym sposobu komunikowania wyników diagnozy. Trzeba podkreślić trudność tej części diagnostycznego postępowania, zwłaszcza wtedy, gdy jego podstawą naukową jest wiedza pochodząca z odrębnych działów psychologii (takich jak psychologia rozwojowa, psychologia osobowości czy psychologia emocji) lub też z niepowiązanych wzajemnie modeli teoretycznych i wyników badań rozproszonych w obrębie określonych działów (Shadel, 2010). Wobec braku ogólnie akceptowanych reguł, jak wiązać ze sobą dane uzyskane w postępowaniu diagnostycznym rozbudowanym pod względem teoretycznym i pomiarowym (Wright i Lopez, 2009), zogniskowanie syntezy wyników i ich interpretacji wokół określonego na wstępie zadania diagnostycznego może w tym etapie skutecznie nadać kierunek pracy i spójność jej ostatecznego produktu. Jest to tym bardziej korzystne, że tak uporządkowane informacje są bezpośrednio przekładalne na komunikat skierowany do odbiorcy diagnozy, który jest zainteresowany jej wynikiem właśnie ze względu na założony cel.

Należy podkreślić, że przedstawiony Formularz Diagnostyczny to przykład tego, jak można w zwięzły, schematyczny sposób ująć pełny proces diagnostyczny, rozkładając go na działania, których podstawę stanowią różne czynności poznawcze wymagające refleksyjnego planowania i kontrolowania. Ponieważ nie istnieją rozwiązania uniwersalne, każdy diagnosta mógłby sam zaprojektować szablon do własnego użytku, dostosowany pod względem zawartości i formy do przyjętego przez siebie modelu diagnozy oraz miejsca, jakie diagnoza zajmuje w jego pracy z pacjentem/klientem. Psychoterapeuta mógłby np. uznać za potrzebne włączenie do szablonu segmentu, który dotyczy pomiaru skutków realizowanych interwencji (zob. model GAP – Guidelines for Assessment Process – Fernandez-Ballesteros i in., 2001).

Używanie szablonu może przynieść kilka korzyści. Po pierwsze, już samo jego skonstruowanie wymaga refleksji wstępnej nad preferowanym modelem diagnozowania z konkretnymi etapami i działaniami (zob. np. *guidelines for assessment process* – Fernandez-Ballesteros i in., 2001, model Paluchowskiego, 2007). Po drugie, praca z szablonem nadaje porządek myśleniu teoretycznemu i działaniom praktycznym, ponieważ „prowadzi” on diagnostę przez kolejne decyzje, co zapobiega pominięciom i „skrótom”. Po trzecie, wymuszony przez

użycie szablonu zapis kolejnych wyborów, ich przesłanek i wyników pozwala ograniczyć zniekształcenia pamięciowe, które przeszkadzają m.in. w autokorekcie postępowania. Po czwarte, zawartość dobrze skonstruowanego szablonu daje pełny obraz dotychczasowego postępowania diagnostycznego, co pozwala na namysł i kontrolę nie tylko nad poszczególnymi decyzjami, lecz także nad całością jego przebiegu, m.in. nad proporcjami i wzajemnym powiązaniem elementów „klinicznych” i statystycznych w badaniu i rozumowaniu, a jak pokazują badania – przynajmniej w odniesieniu do diagnozy nozologicznej – najbardziej efektywną strategią diagnostyczną wydaje się łączenie analizy opartej na doświadczeniu (rozpoznawanie dolegliwości klienta na podstawie podobieństwa ich obrazu do przypadków znanych już z wcześniejszej praktyki) z analizą opartą na wiedzy. Po piąte, rejestr taki zapewnia precyzyjną komunikację na temat założeń i wykonania poszczególnych działań diagnostycznych w przypadku korzystania z superwizji diagnostycznej. Po szóste – diagnozy realizowane w drodze tak konsekwentnego i świadomie monitorowanego procesu stanowiąc mogą podstawę dla kapitalizowania się doświadczeń wynikających z dobrej praktyki. Są one relatywnie mniej narażone na błędy poznawcze i zjawisko bezrefleksyjności, a także porównywalne między sobą, co ułatwia ich wzajemne odnoszenie do siebie.

ZNACZENIE DOŚWIADCZENIA KLINICZNEGO – PODSUMOWANIE

Z prezentowanych w artykule rozważań wyłania się obraz doświadczenia klinicznego jako czynnika, którego działanie w istotny sposób moderowane jest przez uwarunkowania motywacyjne i poznawcze. Odpowiedź na pytanie o rolę doświadczenia sprowadzić więc można do opisu warunków, jakie powinny zachodzić, aby służyło ono jak najlepiej trafnemu diagnozowaniu zdrowia psychicznego. Korzystne wprowadzenie pochodzącej z doświadczenia wiedzy w rozwiązywanie określonego problemu diagnostycznego będzie zachodzić wtedy, gdy diagnosta będzie zmotywowany do wnikliwego rejestrowania i analizowania własnych czynności i zbieranych w procesie diagnozy informacji oraz będzie posługiwał się do tego celu starannie przygotowanym narzędziem wspierającym jego pamięć, uwagę i rozumowanie. Pozwoli to na buforowanie negatywnego wpływu ograniczeń w przetwarzaniu poznawczym oraz tendencji do bezrefleksyjności, z czym każdy diagnosta może mieć problem w jakimś momencie swojej drogi zawodowej.

Podsumowując rozważania nad statusem doświadczenia klinicznego, nie sposób przecenić potrzeby prowadzenia dalszych badań w tym obszarze. Chodzi przy tym nie o więcej badań, ale o ich lepszą jakość. Do poprawy są definicje doświadczenia klinicznego oraz skuteczności diagnozowania. Dotychczas stosowane wskaźniki doświadczenia w postaci bliżej nieokreślonej długości stażu zawodowego lub kształcenia powinny zostać sprecyzowane w sposób wzorowany choćby na badaniach nad rolą doświadczenia w psychoterapii, gdzie za minimalny staż uprawniający do uznania osoby za mającą doświadczenie przyjmuje się 10-15 lat praktyki. Warto także rozważyć uzupełnienie wskaźników ilościowych doświadczenia o kryteria jego jakości (Spengler i in., 2009). Ocena trafności diagnozy powinna być zobiektywizowana i odniesiona do bardziej szczegółowych i konkretnych czynności diagnostycznych. Kolejny problem to brak badań o wystarczającej trafności ekologicznej prowadzonych w warunkach klinicznych, w ramach których kontrolowane byłyby sytuacyjne oraz osobiste czynniki wpływające na poziom wykonania zadań diagnostycznych (Roe, 2002). Potrzebne są badania podłużne, obecnie prawie zupełnie nieobecne w tym obszarze, a także badania nastawione na wykrycie specyficznych mechanizmów wpływu klinicznego doświadczenia na jakość diagnozowania, m.in. rozróżnienia udziału myślenia intuicyjnego i bezrefleksyjności. Konieczne jest także podjęcie tematu skuteczności diagnozowania z punktu widzenia różnych kryteriów dobra pacjenta/klienta, które w szczególnych okolicznościach może wymagać diagnozy, np. przede wszystkim bardzo szybkiej. W takiej sytuacji ryzyko ewentualnego błędu diagnostycznego może być mniej istotne niż ryzyko diagnozy spóźnionej. Wreszcie, kierując się prostą obserwacją, że niektórym klinicytom diagnozowanie wychodzi lepiej, a innym gorzej (Holt, 1986), warto uwzględnić w badaniach różnice indywidualne jako predyktory i mediatory konstruktywnego korzystania z doświadczenia (Skovholt, Rønnestad i Jennings, 1997). Systematyzując wiedzę o naturze doświadczenia i jego wpływie na wykonywaną przez diagnostów pracę, moglibyśmy przyczynić się nie tylko do lepszego diagnozowania, lecz także bardziej efektywnego kształcenia psychologów w tym zakresie.

LITERATURA CYTOWANA

- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropou, G. K., Walker, B. S., Cohen, G. R. i Rush, J. D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341-382.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C. i Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 4, 323-370.
- Bell, I. i Mellor, D. (2009). Clinical judgements: Research and practice. *Australian Psychologist*, 44(2), 112-121.
- Brammer, R. (2002). Effects of experience and training on diagnostic accuracy. *Psychological Assessment*, 14(1), 110-113.
- Brzeziński, J. (2010). Psychologiczna diagnoza zdrowia i zaburzeń z perspektywy metodologii badań psychologicznych. W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna* (t. 1). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cacioppo, J. T. i Petty, R. E. (1982). The need for cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 116-131.
- Cautin, R. L. (2011). Invoking history to teach about the scientist-practitioner gap. *History of Psychology*, 14(2), 197-203.
- Cooper-Thomas, H. D. i Traves, J. (2008). Preoccupied with predictive validity: An alternative perspective. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 60(3), 286-292.
- Dane, E. i Pratt, M.G. (2007). Exploring intuition and its role in managerial decision making. *Academy of Management Review*, 2(1), 33-54.
- Dijksterhuis, A., Bos, M. W., Nordgren, L. F. i van Baaren, R. B. (2006). On making the right choice: The deliberation-without-attention effect. *Science*, 311, 1005-1007.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, C. i Lucas, C. P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 579-589.
- Fernandez-Bellesteros, R., De Bruyn, E. E. J., Godoy, A., Hornke, L. F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H. i Zaccagnini, J. L. (2001). Guidelines for the assessment process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 187-200.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Garb, H. N. (2010). The social psychology of clinical judgment. W: J. E. Maddux i J. P. Tangney (red.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (s. 297-311). New York: The Guilford Press.
- Holt, R. R. (1986). Clinical and statistical prediction: A retrospective and would be integrative perspective. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 376-389.
- Keyes, C. L. M. (2009). Toward a science of mental health. W: C. R. Snyder i S. J. Lopez (red.), *Oxford handbook of positive psychology* (s. 89-96). Oxford: Oxford University Press.
- Kulatunga-Moruzi, C., Brooks, L. R. i Norman G. R. (2011). Teaching posttraining: Influencing diagnostic strategy with instructions at test. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 17(3), 195-209.

- Langer, E. (2009). Mindfulness versus positive evaluation. W: C. R. Snyder i S. J. Lopez (red.), *Oxford handbook of positive psychology* (s. 279-294). Oxford: Oxford University Press.
- Paluchowski, W. J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Paluchowski, W. J. (2010). Spór metodologiczny czy spór koncepcji – badania ilościowe vs jakościowe. *Roczniki Psychologiczne*, 13(1), 7-27.
- Pasikowski, T. i Sęk, H. (2010). Psychologiczna diagnoza kliniczna – etapy postępowania diagnostycznego a wynik diagnozy. W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna* (t. 1). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Roe, R. A. (2002). What makes a competent psychologist? *European Psychologist*, 7(3), 192-202.
- Shadel, W. G. (2010). Clinical assessment of personality: Perspectives from contemporary personality science. W: J. E. Maddux i J. P. Tangney (red.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (s. 329-348). New York: The Guilford Press.
- Skovholt, T. M., Rønnestad, M. H. i Jennings, L. (1997). Searching for expertise in counseling, psychotherapy, and professional psychology. *Educational Psychology Review*, 9(4), 361-369.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., Edwards, L. M., Pedrotti, J. T., Prosser, E. C., LaRue-Walton, S., Spalitto, S. V. i Ulven, J. C. (2003). Measuring and labelling the positive and the negative. W: S. J. Lopez i C. R. Snyder (red.), *Positive psychological assessment* (s. 21-40). Washington, DC: American Psychological Association.
- Spengler P. M., White, M. J., Ægisdóttir, S., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. S., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G. R. i Rush, J. D. (2009). The meta-analysis of clinical judgment project: Effects of experience on judgment accuracy. *The Counseling Psychologist*, 37(4), 400-409.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strieker, G. (2000). The scientist-practitioner model Gandhi was right again. *American Psychologist*, 55(2), 253-254.
- Wright, B. A. i Lopez, S. J. (2009). Widening the diagnostic focus: A case for including human strengths and environmental resources. W: C. R. Snyder i S. J. Lopez (red.), *Oxford handbook of positive psychology* (s. 71-88). Oxford: Oxford University Press.