Tezy esencjonalnie

1. Pojęcie „diagnoza psychologiczna” To proces **aktywnego poszukiwania i przetwarzania informacji**, który wykracza poza sam opis w stronę wyjaśniania (*explanatio*) i przewidywania. Etymologicznie (gr. *diagnosis*) oznacza „rozpoznanie”. Celem współczesnej diagnozy jest przejście od teorii do praktyki, czyli przygotowanie gruntu pod skuteczną interwencję (zmianę).

2. Elementy diagnozowania wg Paluchowskiego Proces ten jest **iteracyjny** (cykliczny) i składa się z 4 etapów:

1. **Prediagnostyczny:** analiza kontekstu i protodiagnozy (wstępnej koncepcji klienta).
2. **Badanie:** weryfikacja hipotez w kontakcie z badanym.
3. **Opis i interpretacja:** porządkowanie danych i konceptualizacja (model mechanizmów).
4. **Interwencja:** zalecenia i komunikacja wyników.

3. Diagnozowanie a potoczne poznanie Diagnoza profesjonalna opiera się na **weryfikacji hipotez (falsyfikacji)**, jest celowa, świadoma i spójna teoretycznie. Poznanie potoczne („wiedza Goździkowej”) jest intuicyjne, uznawane za „pewne” bez sprawdzania, często wewnętrznie sprzeczne i oparte na powierzchownych obserwacjach.

4. Diagnozowanie a prognozowanie Diagnoza opisuje i wyjaśnia stan obecny oraz przeszły (retrogeneza), koncentrując się na mechanizmach „tu i teraz” u konkretnej osoby (np. „dlaczego on jest paranoikiem?”). **Prognoza** (predykcja) wybiega w przyszłość, przewidując zachowania na podstawie przynależności objawów do pewnych wzorców grupowych (np. „jak przebiega paranoja?”).

5. Diagnozowanie a terapia Oba procesy są interwencjami i się przenikają, ale mają inne cele wiodące. Celem **diagnozy** jest **rozumienie** (zbudowanie modelu funkcjonowania), a celem **terapii** jest **oddziaływanie** (wywołanie zmiany). Sama diagnoza jednak już wpływa na pacjenta (jest interwencją).

6. Diagnoza jakościowa a ilościowa Ilościowa (nomotetyczna) opiera się na pomiarze liczbowym, obiektywizacji i porównaniu wyniku jednostki z normami populacyjnymi. **Jakościowa** (idiograficzna) dąży do zrozumienia subiektywnego świata badanego, jego narracji i znaczeń, bez redukcji do liczb.

7. Podejście nomotetyczne Szuka ogólnych praw zachowania („jeden wymiar różnicujący wielu ludzi”). Wymaga stosowania procedur wystandaryzowanych, obiektywnych i znormalizowanych, aby móc porównać jednostkę na tle grupy (np. za pomocą stenów).

8. Podejście idiograficzne Skupia się na niepowtarzalności jednostki. Pyta, jak różne cechy i okoliczności splatają się w unikalną całość u jednej osoby. Główną metodą jest studium przypadku (*case study*).

9. Modele współpracy teoretyków z praktykami Ewoluowały od „Izolacji” i „Monady”, przez model „Mediatora” oraz „Mistrza i asystenta”, aż do modelu **„Wszechstronnego**

mistrza” (badacz-praktyk). Współczesnym standardem jest **EBA** (*Evidence-Based Assessment*) – praktyka oparta na dowodach naukowych.

10. Cechy psychologicznego poznania Różni się od poznania fizycznego: dotyczy **subiektywnych stanów** (wymaga empatii), badany ma **autonomię** (wolną wolę), jest niepowtarzalny, a proces jest **interakcyjny** (badacz wpływa na badanego i odwrotnie – brak neutralności).

11. Model McAdamsa Poznawanie osobowości na 5 poziomach:

1. **Natura człowieka** (ewolucja).
2. **Cechy** (stałe dyspozycje, np. Wielka Piątka).
3. **Charakterystyczne adaptacje** (zmienne cele, plany, dążenia).
4. **Tożsamość narracyjna** (własna opowieść o życiu).
5. **Kultura** (kontekst).

12. Trzy modele diagnozy Wyróżnia się modele: **Nozologiczny** (różnicowy), **Funkcjonalny** oraz **Interakcyjny** (psychospołeczny).

13. Diagnoza nozologiczna Model medyczny; cel to przypisanie objawów do jednostki chorobowej (klasyfikacje ICD/DSM) dla rokowania i leczenia. Ryzyko: reifikacja (uprzedmiotowienie), etykietowanie i myślenie dychotomiczne (zdrowy-chory).

14. Diagnoza funkcjonalna Skupia się na funkcjonowaniu i pytaniu „dlaczego pacjent sobie nie radzi?”. Identyfikuje mechanizmy trudności w relacji z otoczeniem oraz zasoby potrzebne do zmiany.

15. Diagnoza interakcyjna Proces negocjowania znaczeń między psychologiem a klientem. Punktem wyjścia jest **protodiagnoza** (wizja klienta). Psycholog jest mediatorem między jednostką a społeczeństwem; relacja partnerska.

16. Efekt Rosenthala Efekt oczekiwań eksperymentatora (samospełniająca się przepowiednia). Diagnosta nieświadomie wysyła sygnały (głównie niewerbalne), które sugerują badanemu, jak ma się zachować, by potwierdzić hipotezę badacza. Warianty: **Efekt Galatei** (oczekiwania pozytywne) i **Efekt Golema** (negatywne).

17. Radzenie sobie ze zniekształceniami Diagnosta powinien stosować **uważność** (nieoceniająca obserwacja „tu i teraz”), przyjmować pozycję **Meta-Ja** (obserwator samego siebie), korzystać z superwizji i Grup Balinta oraz unikać błędów takich jak „Błąd sędziego” (automatyczne ocenianie) czy „Błąd maski”.

18. Zasady komunikacji Watzlawicka

1. Nie można nie komunikować.
2. Każdy komunikat ma aspekt treści i relacji.
3. Komunikacja jest cyrkularna (sprzężenie zwrotne).
4. Relacja może być symetryczna lub komplementarna.
5. Komunikacja zachodzi kanałem werbalnym i pozawerbalnym.

19. Dobry kontakt interpersonalny To mierzalne zjawisko (*rapport*) obejmujące trzy składniki: **wzajemną uwagę**, **pozytywne nastawienie** (kluczowe na początku) i **koordynację zachowań** (synchronizację). Daje klientowi poczucie bezpieczeństwa.

20. Wskaźniki dobrego kontaktu Głównie niewerbalne: odzwierciedlanie posturalne (zgodność pozycji ciała), kontakt wzrokowy (dynamika odwróconego U), uśmiech, potakiwanie, płynność rozmowy.

21. Kontakt pozorny Sytuacja, w której diagnosta stosuje techniki manipulacyjne (sztuczne spoufalanie się, zdrobnienia) dla szybkiego efektu, tworząc fałszywe poczucie bliskości bez autentyczności i realnego zaufania.

22. Poufność i prywatność Obowiązek tajemnicy zawodowej (z wyjątkami: zagrożenie życia, przestępstwa wobec dzieci). Prywatność oznacza zbieranie tylko niezbędnych danych. Klient musi być świadomy ograniczeń poufności (kontrakt).

23. Unikanie konfliktu ról Zakaz wchodzenia w **relacje podwójne** (leczenie rodziny, znajomych, podwładnych), co zagraża obiektywizmowi. Ryzyko ocenia się modelem Gottlieba (władza, czas trwania, jednoznaczność zakończenia).

24. Unikanie konfliktu interesów Sytuacja, gdy osobiste korzyści (finansowe, ideologiczne) lub zobowiązania psychologa wobec instytucji stoją w sprzeczności z dobrem klienta lub rzetelnością diagnozy.

25. Utrzymywanie granic Dbanie o ramy profesjonalne: granice czasu i miejsca (gabinet), finansowe (jasne zasady) oraz interpersonalne (unikanie niestosownego dotyku, odpowiedni dystans, nieujawnianie własnych problemów).

26. Model formalny vs nieformalny Nieformalny (kliniczny): integracja danych „w głowie” na podstawie intuicji (podatny na błędy). **Formalny (statystyczny):** wnioskowanie oparte na ścisłym algorytmie/wzorze, co zapewnia 100% powtarzalność i obiektywność.

27. Wkład Paula Meehla Wykazał (1954), że proste algorytmy statystyczne przewidują trafniej niż klinicyści („książka kucharska” zamiast artystycznej intuicji). Opisał „przypadek złamanej nogi” jako rzadki wyjątek, gdzie klinicysta ma przewagę nad algorytmem.

28. Elementy modelu formalnego Narzędzia algorytmiczne: równania regresji (ważona suma wskaźników), tabele aktuarialne (szacowanie ryzyka w %) oraz systemy komputerowe.

29. Użyteczność modelu nieformalnego Niezbędny do generowania hipotez, analizy danych jakościowych (znaczeń osobistych), budowania relacji oraz wyłapywania zdarzeń nietypowych, których nie obejmuje algorytm.

30. Diagnoza EBA Evidence-Based Assessment: proces integrujący (1) najlepsze dowody naukowe, (2) biegłość praktyczną diagnosty i (3) indywidualny kontekst/preferencje klienta.

31. Kryteria psychometryczne „Wielka Piątka” dobroci testu: **Trafność**, **Rzetelność**, **Standaryzacja**, **Obiektywność**, **Normalizacja**.

32. Trafność Czy test mierzy to, co ma mierzyć? Rodzaje: treściowa, kryterialna (diagnostyczna/prognostyczna), teoretyczna (zbieżna i różnicowa).

33. Rzetelność Dokładność i powtarzalność pomiaru (wielkość błędu: $X = T + E$). Mierzona np. Alfa Cronbacha (pożądane >0.9 dla diagnozy indywidualnej, >0.7 dla badań).

34. Przedział ufności Zakres wyników, w którym z określonym prawdopodobieństwem (np. 85% lub 95%) mieści się wynik prawdziwy osoby badanej. Wynika z rzetelności testu.

35. Standaryzacja Jednolitość procedury badania (instrukcja, pomoce, warunki) dla wszystkich, aby różnice w wynikach zależały tylko od osoby badanej, a nie od sytuacji.

36. Obiektywność (Obiektywizacja) Niezależność wyniku od osoby diagnosty. Zapewniana przez jasny klucz odpowiedzi i zasady interpretacji – różni diagności powinni uzyskać ten sam wynik dla tych samych danych.

37. Normalizacja Odniesienie wyniku surowego do rozkładu w populacji (norm). Pozwala na interpretację wyniku na skalach standardowych (np. steny, IQ, skala T).

38. Zasady stosowania testów Używać tylko testów z podręcznikiem (teoria, normy, psychometria), legalnych i zabezpieczonych. Unikać metod pseudonaukowych. Dostosowywać do EBA.

39. Cechy metod kwestionariuszowych Metody samoopisowe (badany ocenia siebie), ustrukturalizowane (zamknięty format odpowiedzi), badają zachowania typowe.

40. Założenia kwestionariuszy Zakładają, że badany ma samoświadomość (wgląd), rozumie pytania zgodnie z intencją autora i chce odpowiadać szczerze (nie są wolne od aprobaty społecznej).

41. Strategie tworzenia kwestionariuszy

1. **Teoretyczna:** dedukcja z teorii.
2. **Kryterialna (empiryczna):** dobór pytań różnicujących grupy (np. zdrowi vs chory).
3. **Czynnikowa:** statystyczna redukcja danych (analiza czynnikowa).

42. Zalety i wady kwestionariuszy Zalety: ekonomiczne, obiektywne, łatwe w analizie. **Wady:** podatność na kłamstwo/autoprezentację, brak wglądu badanego, schematyzm.

43. Próby zadaniowe Testy wykonania („obiektywne”), w których badany musi rozwiązać problem/zadanie. Mierzą sprawność i możliwości (np. inteligencję), a nie deklaracje.

44. Zastosowanie prób zadaniowych Diagnoza inteligencji (Wechsler, Raven), funkcji poznawczych (neuropsychologia), zdolności specjalnych, selekcja (próbki pracy).

45. Zachowania maksymalne a typowe Maksymalne: co osoba *potrafi* zrobić najlepiej (mierzone testami zdolności/inteligencji). **Typowe:** co osoba *zazwyczaj* robi (mierzone kwestionariuszami osobowości).

46. Wywiad ustrukturalizowany Ścisły scenariusz pytań i kolejności (jak ustna ankieta). Wysoka rzetelność i porównywalność, ale płytki kontakt i brak elastyczności.

47. Wywiad częściowo ustrukturalizowany Zestaw pytań obowiązkowych z możliwością dopytywania (*follow-up*). Łączy rygor z naturalnością (np. wywiad McAdamsa).

48. Wywiad swobodny Brak sztywnego planu, podążanie za klientem. Głęboki wgląd jakościowy, ale niska rzetelność i trudna analiza.

49. Porównanie form wywiadu Stopień strukturyzacji to kompromis: im wyższa struktura, tym większa obiektywność i mniejszy błąd diagnosty, ale mniejsza głębia i gorszy kontakt.

50. Przygotowanie wywiadu (Szustrowa) Procedura 5 kroków: 1. Cel, 2. Teoria, 3. Pytania/Hipotezy, 4. Wskaźniki, 5. Operacjonalizacja (konkretne pytania).

51. Współczesne rozumienie projekcji Nie tylko mechanizm obronny, ale proces **apercepcji** – nadawania indywidualnego znaczenia bodźcom wieloznacznym poprzez rzutowanie na nie własnych stanów, potrzeb i schematów. Typy: atrybutywna, panglosowsko-kasandryjska, komplementarna.

52. Test projekcyjny Metoda wykorzystująca materiał nieustrukturalizowany (wieloznaczny), któremu badany nadaje formę. Służy badaniu zmiennych ukrytych/nieświadomych.

53. Porównanie technik (proj. vs kwestionariusz) Projekcyjne badają sferę nieświadomą i są trudne do zafałszowania przez badanego. Kwestionariusze badają sferę jawną (samoopis) i są podatne na manipulację.

54. Kategorie metod projekcyjnych Wg rodzaju zadania: skojarzenia (Rorschach), konstruowanie (TAT), uzupełnianie (zdania), wybór/porządkowanie, ekspresja (rysunek).

55. Kategorie zachowań w testach projekcyjnych Badanie motywów (Wielka Trójka McClellanda): **Osiągnięcia**, **Władza**, **Afiliacja** (Intymność). W narracji: Sprawstwo i Wspólnota.

56. Interpretacja danych projekcyjnych Podejścia: analiza percepcji (jak widzi - Rorschach), analiza treści (co widzi/opowiada - TAT), podejście psychometryczne (zliczanie wskaźników/oznak).

57. Zasady stosowania projekcji Traktować wyniki jako hipotezy, weryfikować innymi metodami, wymagać specjalistycznego treningu, **nie używać do ustalania faktów** (np. molestowania).

58. Metoda Q-sort Sortowanie kart z twierdzeniami do kategorii (np. „pasuje” – „nie pasuje”) z wymuszonym rozkładem normalnym. Bada strukturę Ja (np. różnicę Ja realne – Ja idealne) w sposób ilościowy.

59. Model GAP Standard procesu diagnozy: 1. Analiza przypadku (hipotezy, zbieranie danych), 2. Organizowanie wyników (integracja), 3. Planowanie interwencji, 4. Ocena efektów.

60. Struktura raportu Zawiera: Cel, Metody, Obserwację, Wyniki, **Konceptualizację** (wnioski/interpretacje) oraz Rekomendacje. Wyróżnia się orzeczenia obligatoryjne/nieobligatoryjne oraz samodzielne/niesamodzielne.

Tezy dokładnie

1. Wyjaśnij pojęcie terminu „diagnoza psychologiczna”

Termin „diagnoza” wywodzi się z języka greckiego, gdzie słowo *diágnōsis* oznacza „rozpoznanie” (od *gnosis* – poznanie i *dia* – przez, między). W psychologii pojęcie to jest wieloznaczne i funkcjonuje w trzech podstawowych znaczeniach:

1. **Jako proces diagnozowania:** Jest to aktywne poszukiwanie i przetwarzanie informacji, obejmujące ich gromadzenie, ocenę i integrację. To procedura, która przekształca „dane” (surowe wyniki testów) w „fakty empiryczne”.
2. **Jako efekt tego procesu:** Czyli ostateczne rozpoznanie, opis stanu rzeczy, często przyjmujące formę orzeczenia lub raportu.
3. **Jako dziedzina wiedzy:** Całość wiedzy teoretycznej i praktycznej oraz dorobek naukowy dotyczący metod poznawania ludzi. W ujęciu procesualnym diagnoza psychologiczna to „zdobywanie wiedzy o funkcjonowaniu psychicznym człowieka”, które nie ogranicza się tylko do opisu (co się dzieje?), ale dąży do wyjaśnienia (dlaczego tak się dzieje? jakie są mechanizmy?) oraz przewidywania (co się

stanie?). Współcześnie podkreśla się, że diagnoza jest działaniem zmierzającym do zmiany, stanowiąc pomost między teorią a praktyką (interwencją).

2. Wymień główne elementy „diagnozowania psychologicznego” zawarte w definicji Paluchowskiego

Władysław J. Paluchowski definiuje diagnozowanie jako wieloetapowy proces rozwiązywania problemów, który składa się z następujących faz:

1. **Etap prediagnostyczny:** Obejmuje analizę kontekstu społecznego, kulturowego i instytucjonalnego badania. Kluczowym elementem jest tu **protodiagnoza**, czyli wstępna koncepcja problemu wniesiona przez klienta lub osoby go kierujące (np. rodziców, szkołę).
2. **Badanie diagnostyczne:** Polega na przeformułowaniu problemu zgłoszonego przez klienta na język psychologiczny (terminy techniczne). Na tym etapie następuje formułowanie i weryfikacja hipotez roboczych oraz zbieranie danych w bezpośrednim kontakcie z osobą badaną.
3. **Opis i interpretacja:** Diagnosta porządkuje zebrane dane, nadaje im znaczenie w świetle wybranej teorii psychologicznej i dokonuje konceptualizacji przypadku (zbudowania modelu roboczego mechanizmów funkcjonowania osoby).
4. **Interwencja:** Jest to etap sformułowania zaleceń, zakomunikowania wyników (informacja zwrotna) oraz podjęcia działań pomocowych (terapia, selekcja, modyfikacja zachowań). Proces ten jest **iteracyjny**, co oznacza, że wnioski z późniejszych etapów mogą wymusić powrót do wcześniejszych faz w celu uzupełnienia danych.

3. Wyjaśnij różnice między diagnozowaniem psychologicznym a potocznym poznaniem drugiego człowieka

Profesjonalny diagnosta różni się od laika („Goździkowej”) przede wszystkim metodologią i podstawami wiedzy:

- **Weryfikacja hipotez:** Poznanie potoczne jest „pewne” i intuicyjne, rzadko poddawane weryfikacji. Diagnosta stawia hipotezy, które systematycznie weryfikuje (szuka dowodów za i przeciw), dążąc do efektu spójnego i zintegrowanego, podczas gdy laik często opiera się na informacjach wewnętrznie sprzecznych.
- **Świadomość i planowanie:** Diagnoza jest badaniem zaplanowanym, świadomym i zamierzonym, z kontrolą czynników zakłócających. Poznanie potoczne jest często bezrefleksyjne i przypadkowe.
- **Wiedza i narzędzia:** Psycholog dysponuje wiedzą naukową o mechanizmach psychicznych oraz specjalistycznymi narzędziami (testy), podczas gdy laik opiera się na własnym, ograniczonym doświadczeniu.
- **Relacja:** Relacja diagnostyczna jest asymetryczna (ekspert – klient) i sformalizowana zasadami etycznymi, w przeciwieństwie do relacji towarzyskich.

4. Omów różnice pomiędzy diagnozowaniem a prognozowaniem

- **Diagnozowanie** koncentruje się na rozpoznaniu stanu aktualnego („tu i teraz”). Jego celem jest opis zjawiska (np. rozpoznanie paranoi) oraz wyjaśnienie jego mechanizmów i uwarunkowań u konkretnej osoby. Skupia się na indywidualnych charakterystykach człowieka („koncentracja na paranoiku”).
- **Prognozowanie** (predykcja, rokowanie) wybiega w przyszłość. Polega na przewidywaniu możliwych wariantów rozwoju sytuacji lub zachowania na podstawie wiedzy o typowym przebiegu danego zjawiska („koncentracja na paranoi” jako jednostce chorobowej). Prognoza odpowiada na pytanie „co będzie?” na podstawie zidentyfikowanych predyktorów.

5. Wyjaśnij różnice pomiędzy diagnozowaniem a terapią

Choć oba procesy są formami interwencji psychologicznej i wzajemnie się przenikają, mają odmienne cele wiodące:

- **Diagnoza** ma na celu **rozumienie** pacjenta – opisanie jego funkcjonowania, wyjaśnienie mechanizmów problemu i przygotowanie gruntu pod działania pomocowe. Jest punktem wyjścia.
- **Terapia** ma na celu **oddziaływanie** – wywołanie konkretnej zmiany w funkcjonowaniu, emocjach lub zachowaniu klienta. Należy jednak pamiętać, że sama diagnoza jest już interwencją, ponieważ wpływa na sposób, w jaki badany postrzega siebie i swój problem (efekt restrukturyzacji poznawczej w trakcie wywiadu).

6. Wyjaśnij różnice pomiędzy diagnozą jakościową a ilościową

- **Diagnoza ilościowa:** Skupia się na pomiarze liczbowym cech i nasilenia zjawisk. Ważna jest tu precyzja, dokładność pomiaru oraz odniesienie wyniku jednostki do norm grupowych (podejście psychometryczne). Dąży do obiektywizacji.
- **Diagnoza jakościowa:** Koncentruje się na zrozumieniu subiektywnego doświadczenia badanej osoby, jej narracji i znaczeń, jakie nadaje wydarzeniom. Opisuje zjawiska w kategoriach jakościowych, unikając redukcji do liczb. Często wykorzystuje wywiad swobodny i analizę wytworów. Współcześnie rekomenduje się podejście mieszane, łączące obie perspektywy.

7. Wyjaśnij, na czym polega podejście nomotetyczne w diagnozowaniu

Podejście nomotetyczne (od gr. *nomos* – prawo) koncentruje się na odkrywaniu ogólnych praw rządzących zachowaniem ludzi. W diagnozie celem jest porównanie jednostki z populacją, aby określić, na ile jej cechy są typowe lub nietypowe. Wymaga to stosowania procedur:

1. **Wystandaryzowanych** (jednolitych dla wszystkich).
2. **Obiektywnych** (niezależnych od badacza).
3. **Znormalizowanych** (posiadających normy, np. steny). Pozwala to na umiejscowienie osoby na tle grupy odniesienia (np. „wynik wysoki na tle rówieśników”).

8. Wyjaśnij, na czym polega podejście idiograficzne w diagnozowaniu

Podejście idiograficzne (od gr. *idios* – własny, specyficzny) skupia się na rozumieniu i opisie jednostki jako niepowtarzalnej całości. Celem nie jest porównanie z innymi, lecz wyjaśnienie unikalnego splotu okoliczności, historii życia i właściwości, które ukształtowały daną osobę. Podstawową metodą jest tu **studium przypadku** (*case study*), a narzędziami – wywiad pogłębiony, obserwacja i analiza dokumentów osobistych.

9. Omów modele współpracy pomiędzy „teoretykami" a „praktykami" w zakresie diagnozowania

Relacja ta ewoluowała przez różne modele (wg Brzezińskiej):

1. **Model izolacji:** Brak komunikacji i wzajemne oskarżenia o niezrozumienie problemów.
2. **Model monady:** Niezależne wykonywanie zadań bez współpracy.
3. **Model mediatora:** Komunikacja odbywa się przez pośrednika, który tłumaczy teorię na praktykę.
4. **Model mistrza i asystenta:** Teoretyk (mistrz) dyktuje rozwiązania praktykowi (asystentowi).
5. **Model wszechstronnego mistrza (Współpraca partnerska):** Teoretyk jest jednocześnie praktykiem (i odwrotnie). Praktyka dostarcza inspiracji badawczych, a teoria dostarcza rozwiązań aplikacyjnych. Współczesnym wyrazem tej współpracy jest model **EBA** (*Evidence-Based Assessment*), łączący dowody naukowe z biegłością praktyczną.

10. Omów istotne cechy psychologicznego poznania drugiego człowieka

Psychologiczne poznanie drugiego człowieka charakteryzuje się tym, że:

- Jest procesem **nie-neutralnym**: stanowi ingerencję w sposób istnienia drugiego człowieka i wpływa na niego.
- Wymaga **intersubiektywnej komunikowalności**: badacz musi być w stanie przekazać i uzasadnić swoje wnioski innym.
- Angażuje **emocjonalnie**: wymaga uwzględnienia subiektywności stanów psychicznych (zarówno badanego, jak i badacza).
- Szanuje **autonomię i podmiotowość**: uznaje, że człowiek ma wolną wolę i nie jest w pełni przewidywalny.

11. Omów model poznawania osobowości zaproponowany przez Dana McAdamsa

Model ten integruje podejścia nomotetyczne i idiograficzne, wyróżniając trzy poziomy poznania osoby:

1. **Cechy (Poziom II):** Dyspozycje ogólne, niezależne od czasu i miejsca (np. Wielka Piątka), silnie uwarunkowane genetycznie. Odpowiadają za "styl" zachowania.
2. **Charakterystyczne adaptacje (Poziom III):** To, co zmienne i nabyte przez doświadczenie (strategie radzenia sobie, dążenia, plany, motywy, schematy poznawcze). Pozwalają poznać historię uczenia się osoby.

3. **Tożsamość narracyjna (Tożsamość Ja):** Najgłębszy poziom – to, jak osoba sama siebie rozumie i jaką historię życia (mit osobisty) tworzy, by nadać sens swojemu istnieniu. Jest to poziom ściśle idiograficzny. Wszystkie te poziomy są osadzone w **Kulturze** i oparte na **Naturze człowieka** (ewolucyjne podstawy).

12. Wymień trzy modele prowadzenia diagnozy psychologicznej

Stanisław Kowalik i Jerzy Brzeziński wyróżniają trzy główne modele diagnozy:

1. **Diagnoza nozologiczna** (różnicowa).
2. **Diagnoza funkcjonalna**.
3. **Diagnoza interakcyjna** (psychospołeczna).

13. Wyjaśnij istotę diagnozy nozologicznej

Diagnoza nozologiczna wywodzi się z medycyny i jest służebna wobec diagnozy lekarskiej. Jej celem jest przyporządkowanie objawów (symptomów) do konkretnej **jednostki chorobowej** (nozologicznej) w systemach klasyfikacyjnych (np. ICD-11, DSM-5). Pozwala to na rokowanie (przewidywanie przebiegu) i dobór standardowego leczenia. **Ryzyka:** Reifikacja pacjenta (traktowanie jak „przypadku"), etykietowanie, szukanie przyczyn wyłącznie w pacjencie („problem jest w nim"), myślenie dychotomiczne (zdrowy vs chory).

14. Wyjaśnij istotę diagnozy funkcjonalnej

Diagnoza funkcjonalna koncentruje się na **funkcjonowaniu pacjenta** i jego problemach w regulowaniu stosunków z otoczeniem. Nie pyta „co to za choroba?", lecz „dlaczego pacjent sobie nie radzi?". **Cel:** Określenie mechanizmów psychologicznych leżących u podłoża trudności (niedatności) oraz zasobów, które można wykorzystać do zmiany. **Ryzyka:** Wielość orientacji teoretycznych prowadząca do różnych wyjaśnień tego samego problemu; dominacja psychologa w relacji.

15. Wyjaśnij istotę diagnozy interakcyjnej

Diagnoza interakcyjna (psychospołeczna) traktuje badanie jako **wspólne przedsięwzięcie** i negocjację znaczeń między psychologiem a klientem. Kluczowym pojęciem jest **protodiagnoza** (wstępna koncepcja problemu wniesiona przez klienta). **Rola psychologa:** Mediator między jednostką a społeczeństwem (które często wystawiło protodiagnozę). **Cel:** Uzgodnienie wspólnej definicji problemu. Relacja jest partnerska, a diagnoza ma często charakter terapeutyczny.

16. Wyjaśnij, na czym polega efekt Rosenthala w procesie diagnozowania

Efekt Rosenthala, znany też jako efekt oczekiwań eksperymentatora, to zjawisko **samospełniającej się przepowiedni**. Polega na tym, że oczekiwania diagnosty (często nieuświadomione) wpływają na jego zachowanie wobec osoby badanej (np. ton głosu, gesty), co z kolei prowokuje osobę badaną do zachowania zgodnego z tymi oczekiwaniami. Wyróżnia się tu:

- **Efekt Galatei:** Pozytywne oczekiwania prowadzą do lepszych wyników.
- **Efekt Golema:** Negatywne oczekiwania prowadzą do pogorszenia funkcjonowania badanego.

17. Omów sposoby radzenia sobie diagnosty z własnymi zniekształceniami...

Diagnosta może minimalizować wpływ błędów poznawczych i tendencyjności poprzez:

1. **Uważność:** Nieoceniające śledzenie własnych doświadczeń i reakcji „tu i teraz".
2. **Pozycja Meta-Ja:** Przyjmowanie perspektywy obserwatora samego siebie.
3. **Superwizja i Grupy Balinta:** Omawianie swojej pracy i emocji z innymi specjalistami.
4. **Procedury formalne:** Stosowanie ustrukturalizowanych metod (wywiady, testy) i notowanie na bieżąco, a nie poleganie na pamięci.
5. **Falsyfikacja:** Aktywne poszukiwanie dowodów zaprzeczających własnym hipotezom (przeciwdziałanie konfirmacji).

18. Omów 5 zasad organizujących komunikację interpersonalną...

Zasady sformułowane przez Paula Watzlawicka (Szkoła z Palo Alto):

1. **Nie można nie komunikować:** Każde zachowanie (nawet milczenie) jest komunikatem.
2. **Dwa aspekty komunikatu:** Treść (informacja) i Relacja (jak traktujemy rozmówcę).
3. **Interpunkcja sekwencji zdarzeń:** Uczestnicy różnie interpretują przyczyny i skutki w ciągu interakcji (kto zaczął?).
4. **Komunikacja cyfrowa i analogowa:** Słowa (cyfrowa) i mowa ciała/ton głosu (analogowa).
5. **Symetria i komplementarność:** Relacja oparta na równości (symetria) lub różnicy/uzupełnianiu się (komplementarność, np. lekarz-pacjent).

19. Wyjaśnij pojęcie dobrego kontaktu interpersonalnego

Dobry kontakt (raport) to zjawisko, które sprawia, że interakcja przebiega płynnie i efektywnie. Składa się z trzech składowych (Tickle-Degnen i Rosenthal):

1. **Wzajemna uwaga:** Skupienie na partnerze.
2. **Pozytywne nastawienie:** Życzliwość i ciepło (najważniejsze na początku).
3. **Koordynacja:** Synchronizacja zachowań (ważna w późniejszej fazie). Dla klienta oznacza to poczucie bycia zrozumianym, akceptowanym i bezpiecznym.

20. Wymień wskaźniki dobrego kontaktu pomiędzy diagnostą a osobą badaną

Do behawioralnych wskaźników należą:

- **Odzwierciedlanie posturalne:** Synchronizacja pozycji ciała (tzw. "taniec" rozmówców).
- **Kontakt wzrokowy:** Utrzymywany naturalnie (zazwyczaj intensywniejszy w środku rozmowy).
- **Mimika:** Wyraz zainteresowania, uśmiech (adekwatny).
- **Zachowania werbalne:** Parafrazy, klaryfikacje, dźwięki potwierdzające („mhm”), brak przerywania.

21. Wyjaśnij, na czym polega tzw. kontakt pozorny

Kontakt pozorny to sytuacja, w której diagnosta stosuje techniki manipulacyjne (np. socjotechniczne „chwyty”) w celu szybkiego zbudowania fałszywej bliskości. Przykłady to: sztuczne zdrabnianie imion („panie Sławku”), nadmierne komplementowanie, udawanie przyjaźni. Jest to działanie nieautentyczne i nieprofesjonalne, które w dłuższej perspektywie niszczy zaufanie.

22. Omów zasadę poufności i prywatności badania diagnostycznego

Psycholog jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej. Obejmuje ona nieujawnianie faktu badania ani jego wyników osobom trzecim bez zgody klienta.

- **Wyjątki:** Zagrożenie życia lub zdrowia (klienta lub innych), poważne przestępstwa (np. pedofilia, handel narkotykami).
- **Prywatność:** Zbieranie tylko tych danych, które są niezbędne do celu diagnozy.
- **Dokumentacja:** Musi być zabezpieczona (np. kodowana) przed dostępem osób niepowołanych.

23. Wyjaśnij, na czym polega zasada unikania konfliktu ról w relacji diagnostycznej

Zasada ta zabrania wchodzenia w **podwójne relacje**, czyli sytuacje, gdzie psycholog pełni wobec tej samej osoby rolę zawodową (diagnosta) i inną (np. przyjaciel, członek rodziny, podwładny, partner biznesowy). Taki konflikt zagraża obiektywności diagnozy i może prowadzić do wykorzystania klienta. Do oceny ryzyka służy model Gottlieba (analiza władzy, czasu trwania i jasności zakończenia relacji).

24. Wyjaśnij, na czym polega zasada unikania konfliktu interesów w relacji diagnostycznej

Konflikt interesów zachodzi, gdy osobiste korzyści psychologa (finansowe, towarzyskie, polityczne) lub jego przekonania (religijne, ideologiczne) mogłyby wpłynąć na jego bezstronność. Psycholog nie powinien podejmować się diagnozy, jeśli jego osobisty interes stoi w sprzeczności z dobrem klienta lub rzetelnością badania.

25. Wyjaśnij, na czym polega utrzymywanie właściwych granic w relacji diagnostycznej

Utrzymywanie granic to dbanie o profesjonalny ramy relacji. Obejmuje:

- **Granice miejsca i czasu:** Badanie odbywa się w gabinecie, w umówionych godzinach.
- **Granice fizyczne:** Unikanie niestosownego dotyku (poza uściskiem dłoni).
- **Granice finansowe:** Jasne zasady płatności, brak wymiany barterowej.
- **Granice kompetencji:** Nieprzekraczanie uprawnień (np. nieprzepisywanie leków).

26. Omów różnicę pomiędzy formalnym i nieformalnym modelem diagnozowania

- **Model nieformalny (kliniczny):** Diagnosta integruje dane „w głowie", opierając się na swojej wiedzy, intuicji i doświadczeniu. Jest elastyczny, ale podatny na błędy poznawcze i subiektywizm.
- **Model formalny (statystyczny/mechaniczny):** Wnioski wyprowadzane są z danych za pomocą ściśle określonego algorytmu (np. równania regresji, tabele aktuarialne). Zapewnia 100% powtarzalność wyniku dla tych samych danych i jest zazwyczaj bardziej trafny.

27. Wyjaśnij znaczenie wkładu Paula Meehla w rozwój procedur diagnostycznych

Paul Meehl w 1954 r. opublikował przełomową pracę, w której wykazał, że proste algorytmy statystyczne (modele formalne) przewidują trafniej niż doświadczeni klinicyści (modele nieformalne). Użył metafory **„książki kucharskiej"** dla zbioru reguł interpretacji testów (np. MMPI). Jego prace zapoczątkowały odchodzenie od „artystycznego" traktowania diagnozy na rzecz podejścia naukowego.

28. Wyjaśnij istotne elementy formalnego/ustrukturyzowanego modelu diagnozy

Istotą modelu formalnego jest istnienie jawnej, precyzyjnej procedury przetwarzania danych. Elementy to:

- **Algorytm:** Przepis (formuła matematyczna, drzewo decyzyjne).
- **Dane wejściowe:** Skwantyfikowane wyniki (np. kod 2-7-8 w MMPI).
- **Wynik:** Jednoznaczna diagnoza lub prognoza wygenerowana mechanicznie, niezależna od osoby diagnosty.

29. Wyjaśnij, na czym polega użyteczność nieformalnego modelu diagnozowania

Mimo niższej ogólnej trafności, model nieformalny (kliniczny) jest niezbędny w sytuacjach:

1. **Generowania hipotez:** Gdy brak gotowych algorytmów.
2. **Zdarzeń rzadkich („Złamana noga"):** Klinicysta może zauważyć nietypowy fakt (np. złamaną nogę), który unieważnia statystyczną prognozę (np. że badany pójdzie do kina), czego algorytm nie przewidział.

3. **Analizy danych jakościowych:** Np. z wywiadu swobodnego.

30. Wyjaśnij pojęcie diagnozy opartej na dowodach empirycznych

EBA (**Evidence-Based Assessment**) to standard postępowania polegający na integrowaniu:

1. Najlepszych dostępnych dowodów naukowych (wyniki badań, metaanalizy).
2. Biegłości praktycznej diagnosty.
3. Indywidualnych preferencji, wartości i kontekstu kulturowego klienta. EBA wymaga od diagnosty ciągłego aktualizowania wiedzy i krytycznego dobierania metod o udowodnionej trafności.

31. Wymień kryteria psychometrycznej oceny metod diagnostycznych stosowanych w psychologii

Do „Wielkiej Piątki" kryteriów psychometrycznych należą:

1. **Trafność** (Validity).
2. **Rzetelność** (Reliability).
3. **Standaryzacja**.
4. **Obiektywność**.
5. **Normalizacja**.

32. Wyjaśnij pojęcie trafności metody diagnostycznej

Trafność to stopień, w jakim test mierzy dokładnie to, do czego został skonstruowany. Odpowiada na pytanie: „Czy mierzymy to, co chcemy mierzyć?". Rodzaje:

- **Treściowa:** Czy pytania reprezentują badany konstrukt.
- **Kryterialna:** Czy wynik testu przewiduje zachowanie (kryterium) w życiu realnym.
- **Teoretyczna:** Czy wyniki są zgodne z teorią psychologiczną.

33. Wyjaśnij pojęcie rzetelności metody diagnostycznej

Rzetelność to dokładność i powtarzalność pomiaru. Mówi o tym, jak mały jest błąd pomiaru. Test rzetelny to taki, który przy powtórnym badaniu tej samej osoby (w niezmienionych warunkach) dałby ten sam wynik. Mierzona np. współczynnikiem Alfa Cronbacha (pożądane > 0,80 dla diagnozy indywidualnej).

34. Wyjaśnij pojęcie przedziału ufności

Przedział ufności to zakres wyników, w którym z określonym prawdopodobieństwem (zazwyczaj 95% lub 85%) znajduje się **wynik prawdziwy** osoby badanej. Oblicza się go, dodając i odejmując od wyniku otrzymanego wartość błędu standardowego pomiaru. Uświadamia to, że żaden wynik testowy nie jest idealnie precyzyjny.

35. Wyjaśnij pojęcie standaryzacji metody diagnostycznej

Standaryzacja to ujednolicenie procedury badania. Oznacza, że każdy badany jest traktowany identycznie w zakresie:

- Instrukcji (co i jak mówimy).
- Materiałów testowych.
- Warunków badania (czas, otoczenie).
- Zasad oceniania odpowiedzi. Gwarantuje to, że różnice w wynikach wynikają z różnic między ludźmi, a nie z różnic w procedurze.

36. Wyjaśnij pojęcie obiektywizacji metody diagnostycznej

Obiektywność metody oznacza, że wynik badania jest niezależny od osoby, która je przeprowadza i ocenia. Dwóch różnych diagnostów oceniających ten sam arkusz testowy powinno uzyskać identyczny wynik punktowy. Zapewniają to jasne klucze odpowiedzi.

37. Wyjaśnij pojęcie normalizacji metody diagnostycznej

Normalizacja to proces opracowania norm na podstawie badań reprezentatywnej próby populacji. Pozwala przekształcić wynik surowy (np. liczbę punktów) na wynik standaryzowany (np. steny, IQ), co umożliwia porównanie jednostki z grupą odniesienia (np. rówieśnikami).

38. Omów zasady stosowania testów psychologicznych

Diagnosta powinien:

1. Używać tylko testów posiadających autora, podręcznik i udokumentowane właściwości psychometryczne (trafność, rzetelność).
2. Stosować aktualne normy i polskie adaptacje.
3. Chronić materiały testowe przed upublicznieniem.
4. Nie stosować metod zdyskredytowanych (np. test kolorów Luschera, grafologia).

39. Wymień istotne cechy metod kwestionariuszowych

- Forma: „Papier i ołówek” lub komputerowa.
- Struktura: Zbiór standardowych pytań/stwierdzeń.
- Reakcja: Wybór jednej z gotowych opcji (np. Tak/Nie, skala Likerta 1-5).
- Natura: Metody samoopisowe (badany opisuje siebie).

40. Omów założenia stojące u podstaw stosowania metod kwestionariuszowych

Zakłada się, że osoba badana:

1. Posiada **samoświadomość** (wie, co myśli i czuje).
2. **Rozumie** pytania zgodnie z intencją autora.
3. **Chce** udzielić szczerej odpowiedzi (współpracuje).
4. Jej odpowiedzi są reprezentatywną próbką zachowania.

41. Omów trzy główne strategie tworzenia metod kwestionariuszowych

1. **Strategia teoretyczna (dedukcyjna):** Pytania układa się na podstawie konkretnej teorii (np. NEO-PI-R na bazie modelu Wielkiej Piątki).
2. **Strategia kryterialna (zewnętrzna):** Dobiera się pytania, które w badaniach najlepiej różnicują grupy (np. chorych od zdrowych), treść pytania ma mniejsze znaczenie (np. MMPI).
3. **Strategia czynnikowa (indukcyjna):** Stosuje się analizę statystyczną (czynnikową) do wyłonienia grup pytań, które korelują ze sobą, tworząc wymiary (skale).

42. Wymień zalety i wady stosowania metod kwestionariuszowych

- **Zalety:** Ekonomiczność (szybkie badanie wielu cech), obiektywność oceny, istnienie norm, łatwość porównań.
- **Wady:** Podatność na aprobatę społeczną (kłamanie, by wypaść dobrze), brak wglądu badanego, ryzyko niezrozumienia pytań, schematyzm odpowiedzi.

43. Wyjaśnij istotę metod opartych na próbach zadaniowych

Metody te (testy zdolności, inteligencji) polegają na postawieniu przed badanym problemu do rozwiązania lub zadania do wykonania (np. ułożenie klocków, zapamiętanie słów). Mierzą one **maksymalne możliwości** jednostki (co potrafi zrobić, gdy się postara), a wynik zależy od poprawności i czasu wykonania.

44. Wymień najczęstsze zastosowanie metod opartych na próbach zadaniowych

1. Diagnoza poziomu inteligencji (np. Skale Wechslera WAIS/WISC, Matryce Ravena).
2. Diagnoza neuropsychologiczna (ocena funkcji poznawczych po uszkodzeniach mózgu).
3. Diagnoza zdolności specjalnych (np. w doradztwie zawodowym).
4. Selekcja pracowników (metoda *Assessment Center* – próbki pracy).

45. Wyjaśnij różnicę pomiędzy zachowaniami maksymalnymi a zachowaniami typowymi

- **Zachowania maksymalne:** Mierzone w testach zdolności i inteligencji. Pokazują „sufit” możliwości człowieka – jak najlepiej potrafi wykonać zadanie przy pełnej mobilizacji.
- **Zachowania typowe:** Mierzone w kwestionariuszach osobowości. Pokazują, jak człowiek zachowuje się zazwyczaj, na co dzień (jego styl, preferencje, nawyki), a nie co potrafi zrobić najlepiej.

46. Omów istotę wywiadu w pełni strukturalizowanego

To wywiad przypominający ustny kwestionariusz. Pytania są ściśle ustalone (treść i kolejność), diagnosta nie może ich zmieniać ani dodawać własnych. Często narzucone są

też kategorie odpowiedzi. Zapewnia to maksymalną rzetelność i porównywalność, ale uniemożliwia pogłębienie wątków i budowanie naturalnej relacji.

47. Omów istotę wywiadu częściowo strukturalizowanego

Diagnosta posiada zestaw pytań obowiązkowych (głównych), ale ma swobodę w ich zadawaniu oraz możliwość dopytywania (*follow-up*) i proszenia o wyjaśnienia. Łączy zalety standaryzacji (porównywalność danych) z elastycznością i lepszym kontaktem interpersonalnym.

48. Omów istotę wywiadu swobodnego

Brak z góry ustalonej listy pytań. Diagnosta podąża za klientem, eksplorując tematy w sposób naturalny. Struktura tworzy się w trakcie rozmowy. Pozwala na głębokie poznanie i odkrycie nieoczekiwanych treści, ale jest trudny w interpretacji, mało rzetelny i wymaga dużych kompetencji.

49. Porównaj pod kątem zalet i wad formy wywiadu...

- **Strukturalizowany:** (+) Wysoka obiektywność i rzetelność; (-) Sztuczność, ryzyko pominięcia ważnych, specyficznych problemów.
- **Swobodny:** (+) Głęboki kontakt, bogactwo informacji jakościowych; (-) Subiektywizm, trudność w porównywaniu wyników, czasochłonność analizy.
- **Częściowo strukturalizowany:** Kompromis – łączy zalety obu.

50. Wymień główne elementy przygotowania wywiadu swobodnego

Według procedury pięciu kroków (T. Szustrowa), mimo swobody rozmowy, diagnosta musi przygotować:

1. **Cel badania** (po co pytam?).
2. **Orientację teoretyczną** (w jakim języku będę rozumieć problem?).
3. **Pytania/Hipotezy diagnostyczne** (co chcę sprawdzić?).
4. **Wskaźniki** (po czym poznam odpowiedź?).
5. **Operacjonalizację** (jakie konkretne tematy poruszyć, by uzyskać wskaźniki?).

51. Wyjaśnij współczesne rozumienie pojęcia projekcji

Współcześnie projekcja w diagnozie nie jest rozumiana tylko freudowsko (jako mechanizm obronny wyrzucający niechciane treści na zewnątrz). Rozumie się ją szerzej jako **proces apercepcji** – nadawania indywidualnego znaczenia bodźcom wieloznacznym. Sposób, w jaki badany interpretuje np. plamę atramentową, odzwierciedla jego potrzeby, emocje, schematy poznawcze i strukturę osobowości.

52. Wyjaśnić znaczenie terminu „test projekcyjny”

Test projekcyjny to metoda badania osobowości, w której osobie badanej przedstawia się **materiał niejednoznaczny** (np. plamy, obrazki, niedokończone zdania). Zadaniem osoby

jest nadanie mu struktury (opowiedzenie historii, narysowanie czegoś). Zakłada się, że w tej swobodnej twórczości osoba ujawni (zprojektuje) swoje nieświadome lub ukryte cechy.

53. Porównaj techniki projekcyjne z kwestionariuszami oraz próbami zadaniowymi...

- **Obszar badania:** Projekcyjne badają zmienne ukryte, nieświadome, „głębokie". Kwestionariusze badają to, co uświadomione (samoopis). Próby zadaniowe badają sprawność intelektualną.
- **Wpływ osoby badanej:** W technikach projekcyjnych badany ma mniejszą kontrolę nad wynikiem (trudniej „oszukać", bo nie wiadomo, co jest oceniane), podczas gdy w kwestionariuszach łatwo o manipulację (np. wybielanie się).

54. Podaj sposób, za pomocą którego można skategoryzować metody projekcyjne

Frank (1939) i Lindzey (1959) wyróżnili kategorie ze względu na rodzaj zadania:

1. **Skojarzenia** (np. Test Rorschacha, skojarzenia słowne).
2. **Konstruowanie/Opowiadanie** (np. TAT – Test Apercepcji Tematycznej).
3. **Uzupełnianie** (np. Test Niedokończonych Zdań Rottera - RISB).
4. **Wybór/Porządkowanie** (np. Test Szondiego).
5. **Ekspresja** (np. Rysunek Postaci, psychodrama).

55. Wymień główne kategorie zachowań uaktywnianych podczas badania testem projekcyjnym

W systemach interpretacji (np. TAT wg McClellanda) analizuje się narracje pod kątem obecności trzech głównych motywów (Wielka Trójka):

1. **Potrzeba Osiągnięć** (dążenie do sukcesu).
2. **Potrzeba Afiliacji/Intymności** (dążenie do relacji).
3. **Potrzeba Władzy** (dążenie do wpływu i kontroli).

56. Opisz główne podejścia stosowane w interpretacji danych uzyskanych za pomocą metod projekcyjnych

1. **Podejście impresyjne (intuicyjne):** Diagnosta opiera się na ogólnym wrażeniu i własnym doświadczeniu. Mało rzetelne.
2. **Podejście oparte na znakach:** Szukanie pojedynczych, izolowanych wskaźników (np. „duże oczy w rysunku = paranoja"). Często prowadzi do błędów i nadinterpretacji.
3. **Podejście całościowe (globalne/konfiguracyjne):** Analiza wzorców i konstelacji wielu wskaźników łącznie, często z użyciem systemów kodowania (np. System Exnera dla Rorschacha). Najbardziej naukowe.

57. Wymień podstawowe zasady stosowania technik projekcyjnych

1. Stosowanie tylko procedur o potwierdzonej badaniami trafności i rzetelności.
2. Wymagane specjalistyczne szkolenie i trening.
3. Nie wolno używać ich do orzekania o faktach (np. czy dziecko było molestowane) – służą do badania przeżyć, a nie rzeczywistości.
4. Wyniki należy traktować jako hipotezy do weryfikacji innymi metodami.

58. Opisz istotę metod opartych na Q-sorcie

Technika Q-sort polega na sortowaniu przez osobę badaną zbioru kart (z opisami cech lub zachowań) do określonej liczby kategorii (np. od „najmniej do mnie pasuje" do „najbardziej pasuje"). Wymusza to rozkład normalny (najmniej kart na krańcach, najwięcej w środku). Pozwala na ilościowe badanie subiektywnych struktur, np. porównanie obrazu „Ja realnego" z „Ja idealnym" (wskaźnik spójności Ja).

59. Wymień i opisz podstawowe etapy procesu diagnozowania ujęte w modelu GAP

Model GAP (Guidelines for Assessment Process) to europejski standard obejmujący 4 etapy:

1. **Analiza przypadku:** Analiza oczekiwań klienta, sformułowanie hipotez, zbieranie i przetwarzanie danych.
2. **Organizowanie i raportowanie wyników:** Integracja danych, przygotowanie raportu, dyskusja z klientem.
3. **Planowanie interwencji:** Wybór celów i metod pomocy.
4. **Ocena interwencji i follow-up:** Monitorowanie efektów i badanie kontrolne po czasie.

60. Opisz klasyczną strukturę raportu z badania diagnostycznego

Raport powinien zawierać:

1. **Dane nagłówkowe:** Imię, wiek, data badania, cel (problem diagnostyczny).
2. **Metody:** Lista użytych narzędzi.
3. **Obserwacja i wywiad:** Zachowanie podczas badania, istotne fakty z historii życia.
4. **Wyniki:** Opis funkcjonowania w sferach (poznawczej, emocjonalnej, społecznej), a nie tylko surowe wyniki testów.
5. **Wnioski i interpretacja:** Odpowiedź na pytanie diagnostyczne, konceptualizacja przypadku.
6. **Zalecenia (Rekomendacje):** Konkretne wskazówki do dalszego postępowania (terapia, konsultacje).

Tezy bardzo dokładnie

1. Wyjaśnij pojęcie terminu „diagnoza psychologiczna”

Termin „diagnoza” posiada starogrecką etymologię. Pochodzi od słowa *diágnōsis*, które oznacza „rozpoznanie”. Słowo to składa się z dwóch cząstek: *gnosis* oznaczającego „poznanie” (wiedzę) oraz przedrostka *dia-*, który można tłumaczyć jako „przez” lub „między” (oznaczającego wnikliwe rozróżnianie).

Współczesna psychologia definiuje to pojęcie wielowymiarowo:

1. **Jako proces (diagnozowanie):** Jest to aktywne poszukiwanie i przetwarzanie informacji o funkcjonowaniu psychicznym człowieka,. Nie jest to bierny odbiór danych, lecz złożona czynność poznawcza obejmująca planowanie, zbieranie danych, ich ocenę i integrację w celu podjęcia decyzji.
2. **Jako efekt (rozpoznanie):** To końcowy rezultat procesu, czyli opis stanu rzeczy, często przyjmujący formę orzeczenia, raportu lub konceptualizacji przypadku.
3. **Jako dziedzina wiedzy:** Obejmuje dorobek naukowy dotyczący metod, strategii i teorii poznawania ludzi.

Kluczowe aspekty definicyjne:

- **Cel praktyczny:** Diagnoza nie jest sztuką dla sztuki („nauką samą w sobie”). Jest działaniem zmierzającym do zmiany, stanowiącym pomost między teorią a praktyką (interwencją),. Jej celem jest przejście od opisu i wyjaśnienia do skutecznego działania pomocowego.
- **Charakter interwencyjny:** Każde badanie diagnostyczne jest już formą interwencji, ponieważ jest procesem nie-neutralnym – wpływa na sposób istnienia drugiego człowieka i jego samopostrzeganie,.

- **Wymiar czasowy:** Diagnoza obejmuje nie tylko opis stanu aktualnego (*post-dictio* i *diagnosis* w ścisłym sensie), ale także wyjaśnianie mechanizmów (*explanatio*) oraz przewidywanie przyszłych zachowań (*praedictio*/prognozowanie),.

---

2. Wymień główne elementy „diagnozowania psychologicznego" zawarte w definicji Paluchowskiego

Według definicji Władysława Jacka Paluchowskiego (2001), diagnozowanie to „proces aktywnego poszukiwania i przetwarzania danych potrzebnych do podjęcia decyzji o działaniach, zmierzających do zmiany aktualnego stanu (położenia) psychospołecznego ludzi".

Model ten jest **iteracyjny** (cykliczny), co oznacza, że wnioski z późniejszych etapów mogą wymuszać powrót do wcześniejszych faz w celu uzupełnienia danych. Proces ten składa się z czterech zasadniczych etapów:

1. **Etap prediagnostyczny:**
    - Obejmuje kontekst społeczny, kulturowy i instytucjonalny, w którym dochodzi do spotkania.
    - Kluczowym elementem jest analiza **protodiagnozy**,. Protodiagnoza to wstępna, „społeczna" definicja problemu, z którą klient (lub instytucja zlecająca) zgłasza się do psychologa. Jest to sposób, w jaki problem jest rozumiany przez laika przed profesjonalnym badaniem.
2. **Badanie diagnostyczne:**
    - Polega na przeformułowaniu problemu zgłoszonego przez klienta (protodiagnozy) na język psychologiczny (terminy techniczne).
    - Obejmuje formułowanie hipotez roboczych oraz ich weryfikację.
    - Na tym etapie następuje zbieranie informacji w bezpośrednim kontakcie z uczestnikiem badania (wywiady, testy, obserwacja) oraz analiza dokumentacji.
3. **Opis i interpretacja:**
    - Diagnosta „wykracza poza dostarczone informacje" (nawiązanie do Brunera).
    - Surowe dane są porządkowane i strukturalizowane w pojęciach wybranej teorii psychologicznej.
    - Celem jest **konceptualizacja przypadku** – stworzenie spójnego, roboczego modelu wyjaśniającego mechanizmy funkcjonowania osoby badanej,.
4. **Interwencja:**
    - Jest to etap sformułowania zaleceń, podjęcia decyzji (np. o selekcji) oraz zakomunikowania wyników (udzielenie informacji zwrotnej),.
    - Sukces tego etapu (skuteczna interwencja) jest kryterium oceny kompletności całego procesu diagnozowania.

---

3. Wyjaśnij różnice między diagnozowaniem psychologicznym a potocznym poznaniem drugiego człowieka

Choć oba procesy mają cechy wspólne (podatność na błędy poznawcze i mechanizmy zniekształcające percepcję), profesjonalna diagnoza różni się od poznania potocznego („Goździkowej") rygorem metodologicznym i strukturą wnioskowania:

1. **Świadomość i planowanie:**
    - **Diagnoza:** Jest procesem świadomym, celowym i zaplanowanym. Diagnosta kontroluje warunki badania i czynniki zakłócające,,.
    - **Poznanie potoczne:** Dokonuje się często w sposób bezrefleksyjny, przypadkowy i przy okazji innych czynności,.
2. **Weryfikacja hipotez:**
    - **Diagnoza:** Opiera się na systematycznym stawianiu i weryfikowaniu hipotez (falsyfikacja). Diagnosta szuka dowodów zarówno potwierdzających, jak i zaprzeczających, dążąc do obiektywizacji,.
    - **Poznanie potoczne:** Jest intuicyjnie „pewne". Laik rzadko weryfikuje swoje sądy, ulegając efektowi pierwszego wrażenia czy tendencji do konfirmacji (potwierdzania własnych przekonań).
3. **Spójność obrazu:**
    - **Diagnoza:** Dąży do uzyskania spójnego, zintegrowanego obrazu osoby, opartego na modelu teoretycznym (wyjaśnianie),.
    - **Poznanie potoczne:** Często operuje obrazem niespójnym, fragmentarycznym i wewnętrznie sprzecznym, opartym na powierzchownym opisie,.
4. **Podstawy wiedzy:**
    - **Diagnoza:** Korzysta z wiedzy naukowej (empirycznej), zweryfikowanych teorii i narzędzi o sprawdzonych parametrach psychometrycznych (rzetelność, trafność),.
    - **Poznanie potoczne:** Opiera się na osobistym doświadczeniu, stereotypach i wiedzy potocznej,.
5. **Relacja:**
    - Relacja diagnostyczna jest sformalizowana, asymetryczna (ekspert–klient) i ograniczona zasadami etycznymi, w przeciwieństwie do relacji towarzyskich.

---

4. Omów różnice pomiędzy diagnozowaniem a prognozowaniem

Różnica między tymi dwoma pojęciami dotyczy perspektywy czasowej, celu poznania oraz poziomu ogólności:

1. **Cel i perspektywa czasowa:**
    - **Diagnozowanie:** Koncentruje się na stanie aktualnym („tu i teraz") oraz przeszłości (retrogeneza). Jego celem jest opis zjawiska (rozpoznanie) oraz wyjaśnienie jego mechanizmów i przyczyn. Odpowiada na pytanie: *Co się dzieje i dlaczego?*
    - **Prognozowanie (predykcja/rokowanie):** Wybiega w przyszłość. Polega na przewidywaniu możliwych wariantów rozwoju sytuacji, zachowania lub przebiegu zaburzenia na podstawie zidentyfikowanych predyktorów,,. Odpowiada na pytanie: *Co się stanie?*
2. **Przedmiot koncentracji (przykład paranoi):**
    - **Diagnoza:** Skupia się na **indywidualnych charakterystykach człowieka** (podejście idiograficzne). W przypadku paranoi diagnoza koncentruje się na „paranoiku" – konkretnej osobie i jej specyficznym funkcjonowaniu,.
    - **Prognoza:** Często opiera się na wiedzy ogólnej o typowym przebiegu zjawiska (podejście nomotetyczne). Koncentruje się na „paranoi" jako jednostce chorobowej i jej statystycznie prawdopodobnym rozwoju, przypisując jednostkę do pewnego typu ludzi,.
3. **Relacja wynikania:**
    - Diagnoza stanowi zazwyczaj punkt wyjścia dla prognozy. Trafne rozpoznanie stanu obecnego i mechanizmów (diagnoza) jest warunkiem koniecznym do sformułowania wiarygodnej predykcji (prognozy).

---

5. Wyjaśnij różnice pomiędzy diagnozowaniem a terapią

Diagnoza i terapia to dwa rodzaje interwencji psychologicznej, które choć ściśle powiązane i wzajemnie się przenikające, mają odmienne cele wiodące:

1. **Główny cel:**
    - **Diagnoza:** Jej nadrzędnym celem jest **rozumienie**,. Chodzi o zdobycie wiedzy o funkcjonowaniu psychicznym, wyjaśnienie źródeł problemów i przygotowanie gruntu pod działania pomocowe.
    - **Terapia:** Jej nadrzędnym celem jest **oddziaływanie** (zmiana),. Skupia się na modyfikacji zachowań, emocji, struktur poznawczych lub rozwiązaniu problemów życiowych klienta.
2. **Relacja czasowa i funkcjonalna:**
    - Diagnoza zazwyczaj poprzedza terapię (służy jej zaplanowaniu – np. wybór nurtu psychoterapii, celów pracy).
    - Jednakże procesy te w praktyce się przenikają (współzależność). Diagnoza nie kończy się na pierwszym spotkaniu – trwa przez cały proces terapeutyczny (monitorowanie postępów), a interwencje terapeutyczne dostarczają nowych danych diagnostycznych.

3. **Charakter interwencji:**

    - Mimo że celem diagnozy jest poznanie, sama sytuacja badania ma charakter interwencyjny. Kontakt z diagnostą, pytania skłaniające do refleksji i nazwanie problemu wpływają na „sposób istnienia" człowieka i jego samowiedzę (efekt restrukturyzacji poznawczej),,. Terapia jest interwencją zamierzoną i długofalową, podczas gdy efekt interwencyjny diagnozy może być (choć nie musi) skutkiem ubocznym procesu poznawczego.

---

6. Wyjaśnij różnice pomiędzy diagnozą jakościową a ilościową

Różnica między tymi dwoma podejściami dotyczy fundamentalnych założeń co do natury pomiaru psychologicznego, celu badania oraz sposobu traktowania danych. W materiałach źródłowych różnice te zestawiono w następujący sposób:

1. **Sposób opisu i pomiaru:**

    - **Diagnoza ilościowa:** Skupia się na **pomiarze liczbowym**. Jej celem jest przypisanie wartości liczbowych badanym cechom, co pozwala na precyzyjne określenie ich nasilenia. Kluczowa jest tu precyzja i dokładność pomiaru, co wymaga stosowania narzędzi o wysokich parametrach psychometrycznych (rzetelność, trafność).
    - **Diagnoza jakościowa:** Operuje **opisem w kategoriach jakościowych**. Zamiast liczb, używa słów i znaczeń, aby uchwycić istotę zjawiska.
2. **Przedmiot zainteresowania:**

    - **Diagnoza ilościowa:** Dąży do obiektywizacji i standaryzacji. Opiera się na zewnętrznych kryteriach i normach grupowych.
    - **Diagnoza jakościowa:** Kładzie nacisk na **doświadczenie indywidualnej osoby badanej**. Ważna jest perspektywa podmiotu, jego subiektywne przeżycia oraz **znaczenie narracji** osoby badanej. Wynik (np. wywiadu) nie jest traktowany jako obiektywna „prawda" o faktach, lecz jako sprawozdanie z doświadczenia skonstruowane w interakcji.
3. **Metodologia:**

    - **Podejście ilościowe:** Wykorzystuje testy psychometryczne, kwestionariusze, skale, które pozwalają na analizę statystyczną.
    - **Podejście jakościowe:** Wykorzystuje metody takie jak wywiad swobodny, obserwacja uczestnicząca, analiza wytworów, studium przypadku. Współczesne podejście do metod projekcyjnych (np. w ujęciu idiograficznym) również wpisuje się w ten nurt, skupiając się na analizie treści wypowiedzi i indywidualnych znaczeń, a nie na normach,.

Współcześnie w diagnozie psychologicznej, w ramach paradygmatu *Evidence-Based Assessment*, dąży się do integracji obu tych podejść (metody mieszane), uznając, że dostarczają one komplementarnej wiedzy o człowieku,.

---

7. Wyjaśnij, na czym polega podejście nomotetyczne w diagnozowaniu

Podejście nomotetyczne (od gr. *nomos* – prawo) wywodzi się z paradygmatu przyrodoznawczego i koncentruje się na poszukiwaniu uniwersalnych prawidłowści.

Główne charakterystyki podejścia nomotetycznego:

1. **Cel poznawczy:**
    - Akcent pada na **odkrycie i wyjaśnienie ogólnych praw zachowania**.
    - Dąży do **uniwersalizmu** – ustalenia reguł, które dotyczą wszystkich ludzi lub dużych grup.
2. **Sposób ujmowania jednostki:**
    - Jednostka jest poznawana poprzez **porównywanie do grupy**.
    - Diagnoza polega na określeniu, w jakim stopniu dana osoba posiada cechę wspólną dla populacji (np. poziom ekstrawersji).
    - Modelowo: badamy **jedno zjawisko różnicujące wielu ludzi**.
3. **Wymogi metodologiczne:**
    - Kluczowe znaczenie mają: **standaryzacja** (ujednolicenie procedury), **obiektywizacja** (niezależność wyników od osoby badacza) oraz **normalizacja** (odniesienie wyniku surowego do rozkładu wyników w populacji).
    - W kontekście metod projekcyjnych podejście nomotetyczne wymaga traktowania ich jak testów psychometrycznych, co wiąże się z koniecznością analizy ilościowej i tworzenia norm.
    - Przykładem zastosowania jest diagnoza nozologiczna, gdzie pacjent jest przypisywany do kategorii (typu) na podstawie powtarzalnych symptomów,.

---

8. Wyjaśnij, na czym polega podejście idiograficzne w diagnozowaniu

Podejście idiograficzne (od gr. *idios* – własny, specyficzny) stanowi opozycję i uzupełnienie dla podejścia nomotetycznego, koncentrując się na niepowtarzalności jednostki.

Główne charakterystyki podejścia idiograficznego:

1. **Cel poznawczy:**
    - Akcent pada na **zrozumienie i opisanie indywidualnego człowieka** jako niepowtarzalnej całości.
    - Badacz zadaje pytanie: **jak różne okoliczności i czynniki splatają się w tej jednej, niepowtarzalnej osobie?**.
2. **Przedmiot zainteresowania:**
    - Skupia się na **procesach i zjawiskach specyficznych dla danej osoby**.
    - Interesuje się **jedną osobą o wielu różnych cechach** (konfiguracją cech $c1, c2, c3, c4, c5...$ u konkretnej jednostki).
    - Ważny jest kontekst biograficzny, historia życia i subiektywne znaczenia nadawane doświadczeniom.

3. **Metody i procedura:**
    - Wymaga **indywidualnego podejścia do osoby badanej**.
    - Podstawową metodą jest **studium przypadku** (*case study*).
    - W metodach projekcyjnych podejście to polega na analizie treści wypowiedzi, podejściu impresyjnym lub skupionym na unikalnych oznakach, bez konieczności odwoływania się do norm grupowych.
    - W modelu EBP uwzględnia specyficzne właściwości klienta, jego kulturę i preferencje.

---

9. Omów modele współpracy pomiędzy „teoretykami" a „praktykami" w zakresie diagnozowania

Relacja między teorią naukową a praktyką diagnostyczną ewoluowała na przestrzeni lat. W literaturze (za Brzezińską, 1991, przytaczane przez Paluchowskiego) wyróżnia się następujące modele współpracy:

1. **Model izolacji:**
    - Charakteryzuje się brakiem komunikacji między światem nauki a praktyki.
    - Występują wzajemne oskarżenia: praktycy zarzucają teoretykom tworzenie wiedzy nieużytecznej („sztuka dla sztuki"), a teoretycy zarzucają praktykom brak rygoru i naukowej podstawy działań.
2. **Model monady:**
    - Polega na niezależnym wykonywaniu zadań przez obie grupy. Każda strona „robi swoje", nie wchodząc w interakcje, co prowadzi do braku przepływu informacji.
3. **Model mediatora:**
    - Komunikacja odbywa się za pośrednictwem „trzeciej strony" – mediatora.
    - Zadaniem mediatora jest popularyzacja wiedzy naukowej i tłumaczenie jej na język zrozumiały i użyteczny dla praktyków.
4. **Model mistrza i asystenta:**
    - Występuje wyraźna hierarchia, ale i współpraca oparta na **wzajemnym poszanowaniu kompetencji**.
    - **Mistrz-teoretyk** wyznacza kierunki i dostarcza narzędzi, a **asystent-praktyk** aplikuje je w rzeczywistości klinicznej.
5. **Model wszechstronnego mistrza:**
    - Jest to model idealny, w którym **teoretyk jest jednocześnie praktykiem** (i odwrotnie).
    - Zachodzi tu pełna synergia: **Praktyka** dostarcza inspiracji do badań i definiuje realne problemy, natomiast **Teoria** dostarcza rozwiązań, narzędzi i modeli wyjaśniających.
    - Model ten jest zbieżny ze współczesnym standardem **EBA/EBP** (*Evidence-Based Practice*), gdzie diagnosta łączy dowody empiryczne z biegłością praktyczną.

---

10. Omów istotne cechy psychologicznego poznania drugiego człowieka

Poznanie psychologiczne różni się fundamentalnie od poznania w naukach przyrodniczych (fizycznego). Wykłady wskazują na następujące specyficzne cechy i problemy tego procesu:

1. **Subiektywność stanów psychicznych:**
    - W przeciwieństwie do przedmiotów fizycznych, człowiek posiada życie wewnętrzne, które jest dostępne tylko jemu. Diagnosta musi opierać się na wnioskowaniu o stanach subiektywnych, co wymaga zaangażowania emocjonalnego i empatii,.
2. **Indywidualność i wyjątkowość:**
    - Każdy człowiek jest niepowtarzalny („indywidualność"), co sprawia, że ogólne teorie nigdy w pełni nie opisują konkretnego przypadku. Zgodnie z cytatem Kluckhohna i Murraya: „Każda osoba jest po części taka jak wszystkie inne osoby, po części taka jak niektóre inne osoby, a po części taka jak żadna inna osoba".
3. **Autonomiczność:**
    - Osoba badana posiada wolną wolę (autodeterminacja). Nie jest w pełni determinowana przez bodźce zewnętrzne, co czyni jej zachowanie trudnym do przewidzenia w 100%,. Diagnosta musi szanować tę autonomię.
4. **Nieskończoność i nieoznaczoność poznania:**
    - Proces poznawania drugiego człowieka nigdy nie jest skończony. Zawsze pozostaje obszar niepewności („nieoznaczoność"). Nigdy nie da się poznać drugiego człowieka w pełni i ostatecznie,.
5. **Interakcyjność i brak neutralności:**
    - Badanie psychologiczne nie jest neutralnym pomiarem („szkiełko i oko"). Jest to **interakcja społeczna**, w której obecność i zachowanie diagnosty wpływają na osobę badaną. Każdy pomiar jest jednocześnie ingerencją w sposób istnienia drugiego człowieka,. W przeciwieństwie do poznania fizycznego, gdzie badacz jest zewnętrznym obserwatorem, w psychologii badacz i badany wpływają na siebie nawzajem (cyrkularność).
6. **Problemy teoretyczne:**
    - Poznanie psychologiczne utrudnia **mnogość teorii psychologicznych**, brak spójności pomiędzy nimi oraz rozmaite cele, jakie może realizować diagnoza (np. personalizm vs biologizm),.

---

11. Omów model poznawania osobowości zaproponowany przez Dana McAdamsa

Dan McAdams zaproponował wielopoziomowy model poznawania osobowości, który integruje różne podejścia teoretyczne i metodologiczne (nomotetyczne i idiograficzne). Model ten zakłada, że pełne poznanie człowieka wymaga spojrzenia na niego z kilku perspektyw, ułożonych hierarchicznie. Aby w pełni zdiagnozować osobę, należy uwzględnić wszystkie pięć poziomów, pamiętając o słowach Kluckhohna i Murraya (1953): „Każda osoba jest po części taka jak wszystkie inne osoby, po części taka jak niektóre inne osoby, a po części taka jak żadna inna osoba".

Poziom I: Natura człowieka (Human Nature) Jest to poziom podstawowy, ewolucyjny, dotyczący tego, co wspólne wszystkim ludziom. Na tym etapie diagnoza może oscylować między dwoma podejściami:

- **Biologizm:** Skupia się na strukturze i funkcjonowaniu mózgu, odruchach, popędach i sposobach adaptacji biologicznej. Człowiek jest tu widziany jako istota biologiczna (np. w ujęciu Freuda kierowana nieświadomymi popędami). Pytania badawcze dotyczą neurologicznych korelatów procesów psychicznych.
- **Personalizm:** Skupia się na wartościach, sensie życia i przejawach autonomii. Człowiek jest widziany jako istota z natury dobra, dążąca do samorealizacji (Maslow) lub kształtowana przez środowisko (Skinner). Pytania dotyczą tego, co ludzie cenią i jak nadają znaczenie swojemu życiu.

Poziom II: Cechy (Traits) Poziom ten (odpowiadający podejściu nomotetycznemu) dotyczy dyspozycji ogólnych, które:

- Obejmują szeroki zakres zachowań (są ogólnym stylem przystosowania i zaangażowania społecznego).
- Mają silne podłoże genetyczne i są słabo uwarunkowane środowiskowo.
- Są niezależne od miejsca i czasu (stałość).
- Pozwalają przewidywać tzw. **zachowania typowe** (najczęściej spodziewane). Wiedza o cechach (np. z modelu Wielkiej Piątki) znajduje zastosowanie w doradztwie zawodowym (typ preferowanej pracy), określaniu jakości życia czy wyborze formy psychoterapii.

Poziom III: Charakterystyczne adaptacje (Characteristic Adaptations) Jest to poziom pośredni, obejmujący to, co zmienne i nabyte poprzez indywidualne doświadczenie w konkretnym kontekście (miejscu i czasie). Do charakterystycznych adaptacji zalicza się:

- Sposoby rozumienia siebie, innych i świata (schematy poznawcze).
- Osobiste strategie, plany działania, dążenia i motywy.
- Sposoby radzenia sobie z trudnościami oraz specyfikę faz rozwoju. Analiza tego poziomu pozwala diagnoście poznać „historię uczenia się” badanej osoby, określić jej konkretne umiejętności oraz zdefiniować obszary podatne na zmianę (w przeciwieństwie do względnie stałych cech).

Poziom IV: Tożsamość narracyjna (Narrative Identity) To poziom głęboko idiograficzny, kluczowy dla zrozumienia unikalności jednostki. Dotyczy on tego, jak człowiek sam siebie spostrzega i interpretuje.

- Tożsamość narracyjna to uwewnętrzniona i ewoluująca opowieść o życiu (autonarracja), którą jednostka tworzy, aby zintegrować swoją przeszłość, teraźniejszość i przewidywaną przyszłość.
- Narracja ujawnia, w jaki sposób osoba interpretuje własne intencje oraz wydarzenia, w których brała udział.
- Pozwala dostrzec różnicę między tym, „jak my widzimy człowieka” (perspektywa zewnętrzna), a tym, „jak on sam się spostrzega” (perspektywa wewnętrzna).

Poziom V: Kultura (Culture) Jest to poziom kontekstualny, w którym osadzone są wszystkie pozostałe. Kultura dostarcza „menu” z gotowymi wzorcami narracji, wpływa na sposób wyrażania cech oraz rodzaj nabywanych schematów adaptacyjnych. Bez uwzględnienia tła kulturowego diagnoza jest niekompletna.

---

12. Wymień trzy modele prowadzenia diagnozy psychologicznej

W literaturze przedmiotu, za Stanisławem Kowalikiem i Jerzym Brzezińskim (2000), wyróżnia się trzy zasadnicze modele prowadzenia diagnozy psychologicznej, różniące się celem, przedmiotem zainteresowania oraz rolą diagnosty:

1. **Diagnoza nozologiczna** (zwana też różnicową).
2. **Diagnoza funkcjonalna**.
3. **Diagnoza interakcyjna** (zwana też psychospołeczną).

---

13. Wyjaśnij istotę diagnozy nozologicznej

Diagnoza nozologiczna (różnicowa) wywodzi się z tradycji medycznej i często funkcjonuje „na usługach” diagnozy lekarskiej. Jej istotę można ująć w następujących punktach:

- **Kluczowe pojęcie:** Centralnym elementem jest „jednostka chorobowa” (nozologiczna) lub zaburzenie.
- **Cel:** Celem jest przyporządkowanie obserwowanych objawów do konkretnej kategorii w systemie klasyfikacyjnym (np. ICD-10, DSM-5). Identyfikacja jednostki chorobowej ma umożliwić **rokowanie** (przewidywanie przebiegu zaburzenia) oraz dobór standardowych metod leczenia.
- **Wymóg jednoznaczności:** Diagnoza dąży do precyzyjnego i jednoznacznego etykietowania (np. „pacjent ma schizofrenię”).
- **Schemat postępowania:**
    - Występują symptomy ujawniane naturalnie przez pacjenta.
    - Objawy te są grupowane w syndromy.
    - Na podstawie badania psychologicznego (ujawniającego symptomy testowe) i lekarskiego następuje przypisanie do jednostki nozologicznej.
    - Wdrożenie postępowania leczniczego.
- **Ryzyka i zagrożenia:**
    - **Reifikacja (uprzedmiotowienie):** Bezosobowy stosunek do pacjenta, traktowanie go jako „przypadku” chorobowego.
    - **Lokalizacja przyczyn:** Tendencja do szukania przyczyn zaburzeń wyłącznie w pacjencie („problem jest w nim”), co może prowadzić do obwiniania go za symptomy.
    - **Myślenie ekstremalne:** Dychotomiczne postrzeganie w kategoriach zdrowy–chory, normalny–nienormalny, pomijające ciągłość funkcjonowania psychicznego.

---

14. Wyjaśnij istotę diagnozy funkcjonalnej

Diagnoza funkcjonalna stanowi alternatywę dla modelu medycznego, koncentrując się na mechanizmach zachowania, a nie na etykietach. Jej charakterystyka obejmuje:

- **Przedmiot zainteresowania:** Funkcjonowanie pacjenta w jego środowisku.
- **Kryterium zaburzenia:** Podstawowym kryterium jest **trudność (niezdatność) versus brak trudności (zdatność)** w regulowaniu stosunków z otoczeniem. Pytanie brzmi nie „co to za choroba?", ale „dlaczego pacjent sobie nie radzi?".
- **Cel:** Zrozumienie psychologicznych uwarunkowań, osobowości i właściwości pacjenta, aby zaplanować zindywidualizowaną pomoc (korygowanie stanu niezdatności).
- **Schemat postępowania:**
    - Stwierdzenie niezdatności psychicznej w regulacji stosunków z otoczeniem.
    - Opis przejawów tej niezdatności.
    - Określenie przyczyn i mechanizmów leżących u podłoża problemu.
    - Określenie właściwości i procesów psychologicznych (zasobów), które mogą pomóc w likwidacji problemu.
    - Korygowanie stanu niezdatności (interwencja).
- **Problemy tego modelu:**
    - Wielość orientacji teoretycznych w psychologii prowadzi do tego, że ten sam problem (brak adaptacji) może być wyjaśniany na wiele różnych, czasem sprzecznych sposobów.
    - Wymaga od psychologa szerokiej wiedzy o metodach badawczych.
    - Relacja z pacjentem bywa zdominowana przez psychologa (to on jest ekspertem wyjaśniającym mechanizmy).
    - Bywa niepraktyczna w sytuacjach wymagających szybkich decyzji administracyjnych (np. orzecznictwo o zdolności do prowadzenia pojazdów).

---

15. Wyjaśnij istotę diagnozy interakcyjnej

Diagnoza interakcyjna (psychospołeczna) jest rozwinięciem dwóch poprzednich modeli, kładącym nacisk na społeczny kontekst badania i podmiotowość klienta.

- **Kontekst społeczny:** Diagnoza zawsze odbywa się w określonym kontekście społecznym. Kluczowe jest pojęcie **protodiagnozy** – jest to wstępna, „społeczna" diagnoza lub definicja problemu, z którą pacjent zgłasza się do psychologa (często wystawiona przez rodzinę, szkołę lub samego pacjenta).
- **Rola psychologa:** Psycholog nie jest tu tylko „szkiełkiem i okiem", lecz pełni rolę **mediatora** pomiędzy jednostką a społeczeństwem (które wystawiło protodiagnozę).
- **Relacja:** Stosunek diagnosty do pacjenta jest partnerski. Proces diagnozy ma charakter **negocjowania** znaczeń.
- **Schemat procesu (cyrkularność):**
    1. Pacjent prezentuje swoją definicję problemu (protodiagnozę).
    2. Psycholog bada problem i proponuje swoją definicję (w terminach psychologicznych).

3. Następuje konfrontacja i negocjacja: pacjent ustosunkowuje się do propozycji psychologa.
4. Prezentowane są kolejne wersje definicji problemu, aż do ustalenia **wspólnej definicji**, akceptowalnej dla obu stron.

- **Aktywność diagnosty:** W tym modelu diagnosta jest najbardziej **zaangażowany** (w porównaniu do biernej roli w diagnozie nozologicznej i aktywnej w funkcjonalnej).
- **Cel:** Uzgodnienie wspólnej wizji problemu, co samo w sobie ma często walor terapeutyczny i jest wstępem do skutecznej pomocy („diagnoza dla pacjenta"). Model ten jest trudny do zastosowania w sytuacjach przymusowych (np. orzecznictwo sądowe).

---

16. Wyjaśnij, na czym polega efekt Rosenthala w procesie diagnozowania

Efekt Rosenthala, znany w literaturze metodologicznej jako **efekt oczekiwań eksperymentatora** (lub badacza), to specyficzny rodzaj błędu poznawczego i interpersonalnego, polegający na samospełniającej się przepowiedni (*self-fulfilling prophecy*),.

Mechanizm zjawiska: Zjawisko to polega na tym, że badacz (diagnosta) formułuje wstępną, często nieuświadomioną hipotezę lub oczekiwanie dotyczące osoby badanej. Następnie, w sposób niezamierzony i mimowolny, przekazuje osobie badanej subtelne sygnały (głównie kanałem niewerbalnym, np. poprzez ton głosu, mikromimikę, postawę ciała), które sugerują jej, jak powinna się zachowywać. Osoba badana nieświadomie odczytuje te wskazówki i dostosowuje swoje zachowanie tak, aby spełnić oczekiwania diagnosty. W rezultacie diagnosta „odkrywa" w zachowaniu badanego potwierdzenie swojej pierwotnej, często błędnej hipotezy,. Proces ten zamyka błędne koło behawioralnego potwierdzania.

Geneza i kluczowe badania:

1. **Przypadek „Mądrego Hansa" (Clever Hans):** Inspiracją dla badań nad tym efektem była historia konia Hansa z początku XX wieku, który rzekomo potrafił liczyć i odpowiadać na pytania, wystukując kopytem wynik. Oskar Pfungst wykazał, że koń nie liczył, lecz genialnie odczytywał mikrosygnały napięcia i ulgi u swojego właściciela (Von Ostena) lub pytających, reagując na moment, w którym przestawali oni oczekiwać dalszego stukania.
2. **Eksperyment w „Oak School" (Rosenthal i Jacobson, 1968):** Badacze poinformowali nauczycieli, że wybrani losowo uczniowie (określeni mianem „bloomers" – rozkwitających) wykażą w najbliższym roku gwałtowny przyrost inteligencji. Mimo że uczniowie ci nie różnili się początkowo od reszty, po roku rzeczywiście osiągnęli wyższe wyniki w testach IQ. Wynikało to ze zmiany zachowania nauczycieli wobec nich (więcej uwagi, cieplejszy klimat emocjonalny, wyższe wymagania), co stymulowało rozwój uczniów zgodnie z fałszywym początkowym założeniem.

Warianty efektu: Wykłady precyzują, że efekt oczekiwań może przybrać dwie formy:

- **Efekt Galatei:** Pozytywne oczekiwania diagnosty prowadzą do poprawy funkcjonowania lub wyższych wyników osoby badanej (np. stwarzanie cieplejszej atmosfery, dawanie więcej czasu na odpowiedź).
- **Efekt Golema:** Negatywne oczekiwania diagnosty (np. postrzeganie pacjenta jako „trudnego" lub „nieuleczalnego") prowadzą do pogorszenia funkcjonowania badanego, wycofania się lub zachowań agresywnych, co potwierdza negatywną diagnozę.

W kontekście diagnozy psychologicznej efekt ten jest szczególnie niebezpieczny, ponieważ diagnosta może nieświadomie „indukować" objawy lub zachowania, które następnie opisuje jako cechy pacjenta, podczas gdy są one artefaktem interakcji.

---

17. Omów sposoby radzenia sobie diagnosty z własnymi zniekształceniami i tendencyjnościami obecnymi podczas poznawania drugiego człowieka

Aby zminimalizować ryzyko błędów poznawczych (takich jak efekt Rosenthala, podstawowy błąd atrybucji, efekt halo czy tendencja konfirmacyjna), profesjonalny diagnosta musi stosować zestaw świadomych strategii i narzędzi samokontroli. Materiały wskazują na następujące metody,,:

1. **Praktykowanie uważności (Mindfulness):** Jest to zdolność do stałej obecności i spokojnego, nieoceniającego śledzenia strumienia własnych doświadczeń „tu i teraz". Uważność pozwala diagnoście zauważyć moment, w którym pojawia się w nim emocja (np. złość, lęk) lub ocena, zanim wpłynie ona na zachowanie wobec pacjenta. Pozwala to na oddzielenie faktów od własnych projekcji,.

2. **Budowanie pozycji Meta-Ja i perspektywy obserwatora:** Koncepcje te (odwołujące się do H. Brycz i A. Kępińskiego) sugerują wykształcenie w sobie „wewnętrznego obserwatora", który monitoruje procesy myślowe i emocjonalne samego diagnosty w trakcie badania. To „Meta-Ja" patrzy na interakcję z dystansu, zadając pytania: „Dlaczego to poczułem?", „Czy moja ocena wynika z faktów, czy z moich uprzedzeń?",.

3. **Superwizja:** Regularne omawianie swojej pracy z doświadczonym superwizorem pozwala na zidentyfikowanie „ślepych plamek" (blind spots) i mechanizmów przeniesieniowych/przeciwprzeniesieniowych, których diagnosta sam nie jest w stanie dostrzec,.

4. **Uczestnictwo w Grupach Balinta:** Specyficzna forma pracy grupowej skoncentrowana na relacji pacjent-lekarz (terapeuta). Pozwala na analizę emocji i trudności w relacji z klientem, redukując ryzyko wypalenia i rutyny, a także pomagając zrozumieć, co pacjent „robi" z diagnostą w kontakcie,.

5. **Stosowanie procedur formalnych i weryfikacja hipotez:** Zamiast polegać wyłącznie na intuicji („diagnoza nieformalna"), diagnosta powinien opierać się na

ustrukturalizowanych metodach zbierania danych (np. wywiady standaryzowane) i aktywnie stosować zasadę **falsyfikacji** – czyli celowo szukać dowodów zaprzeczających własnym hipotezom, zamiast tylko tych, które je potwierdzają (przeciwdziałanie efektowi konfirmacji).

6. **Świadomość własnych kompetencji i granic:** Etyczna postawa wymagająca od psychologa reflektowania nad tym, czy jego osobiste wartości, stan zdrowia lub uprzedzenia nie wpływają negatywnie na bezstronność procesu diagnostycznego.

---

18. Omów 5 zasad organizujących komunikację interpersonalną, wymienianych przez Watzlawicka, ważnych z punktu widzenia procesu diagnozowania

Paul Watzlawick (przedstawiciel szkoły z Palo Alto) sformułował aksjomaty komunikacji, które są fundamentem rozumienia relacji diagnostycznej jako interakcji. Obejmują one,:

1. **Zasada I: Nie można nie komunikować (wszechobecność komunikacji).** W sytuacji obecności dwóch osób każde zachowanie ma wartość komunikatu. Nie istnieje „nie-zachowanie". Nawet milczenie, wycofanie się, unikanie wzroku czy bezruch są komunikatami (często oznaczającymi opór, lęk lub niechęć). Dla diagnosty oznacza to, że musi analizować całość zachowania klienta, a nie tylko wypowiadane słowa. Również brak działania ze strony diagnosty jest komunikatem dla pacjenta.

2. **Zasada II: Każdy komunikat ma poziom treści i poziom relacji.** Każda wypowiedź zawiera aspekt informacyjny (**treść** – co mówimy) oraz aspekt definiujący stosunek do rozmówcy (**relacja** – jak to mówimy i jak traktujemy drugą osobę). Poziom relacji jest często przekazywany niewerbalnie i stanowi „komunikat o komunikacie" (metakomunikację). W diagnozie ważne jest, by diagnosta był świadomy, że zadając pytanie (treść), jednocześnie definiuje swoją pozycję (np. eksperta, osoby wspierającej lub kontrolującej).

3. **Zasada III: Interpunkcja (punktacja) sekwencji zdarzeń.** Relacja ma charakter **cyrkularny** (sprzężenie zwrotne), a nie linearny. Partnerzy interakcji mają jednak tendencję do subiektywnego wyznaczania początku i końca sekwencji zachowań (interpunkcja), co prowadzi do błędów atrybucji. Np. pacjent milczy, bo diagnosta jest dyrektywny, a diagnosta jest dyrektywny, bo pacjent milczy. Diagnosta musi widzieć naturę cyrkularną i unikać obwiniania pacjenta za dynamikę, którą współtworzy,.

4. **Zasada IV: Komunikacja cyfrowa i analogowa.** Ludzie komunikują się za pomocą dwóch kodów:

    - **Cyfrowy (werbalny):** Słowa, język. Jest precyzyjny w przekazie treści logicznych, ale ubogi w przekazie relacji.

    - **Analogowy (niewerbalny):** Mowa ciała, ton głosu, gesty. Jest wieloznaczny, ale potężny w przekazie emocji i definiowaniu relacji. W diagnozie kluczowa jest analiza spójności (kongruencji) między tymi kanałami. Rozbieżność (np. słowa „jestem spokojny” wypowiedziane przez zaciśnięte zęby) jest ważnym wskaźnikiem diagnostycznym,.
5. **Zasada V: Symetria i komplementarność relacji.** Wymiana komunikacyjna może być oparta na równości lub różnicy:

    - **Relacja symetryczna:** Partnerzy zachowują się jak równi sobie (lustrzane odbicie zachowań).
    - **Relacja komplementarna:** Oparta na różnicy i dopełnianiu się ról (np. lekarz–pacjent, ekspert–laik, dominujący–uległy). Relacja diagnostyczna jest z definicji **komplementarna** (asymetria ról), ale diagnosta powinien dbać o to, by nie stała się ona sztywna lub autorytarna, dążąc do partnerstwa w ramach tej asymetrii,.

---

19. Wyjaśnij pojęcie dobrego kontaktu interpersonalnego

Pojęcie „dobrego kontaktu” (ang. *rapport*) w psychologii przestało być traktowane jako magiczna, nieuchwytna właściwość, a stało się mierzalnym zjawiskiem. Zgodnie z modelem Tickle-Degnen i Rosenthala, dobry kontakt to dynamiczna struktura składająca się z trzech powiązanych ze sobą komponentów, których znaczenie zmienia się w czasie trwania relacji,:

1. **Wzajemna uwaga (Mutual Attention):** Oznacza głębokie zaangażowanie i skupienie na partnerze interakcji. Jest to wspólne ukierunkowanie uwagi, które sprawia, że uczestnicy czują się „połączeni”. Jest kluczowa przez cały czas trwania kontaktu.

2. **Pozytywne nastawienie (Positivity):** Obejmuje okazywanie życzliwości, ciepła, akceptacji i troski. Jest to komponent emocjonalny, który buduje poczucie bezpieczeństwa. Według badań, pozytywność jest najważniejsza w **początkowej fazie** budowania relacji, aby przełamać lody i obniżyć lęk.

3. **Koordynacja (Coordination):** Odnosi się do synchronizacji zachowań, płynności interakcji i wzajemnego dopasowania (np. rytmu mowy, postawy ciała). Jest to „taniec” rozmówców. Znaczenie koordynacji rośnie w miarę trwania relacji – w późniejszej fazie jest ona ważniejszym wskaźnikiem dobrego kontaktu niż sama pozytywność (można mieć dobry kontakt omawiając trudne, smutne tematy, jeśli istnieje wysoka koordynacja).

Dla osoby badanej dobry kontakt oznacza subiektywne poczucie bycia słuchanym, rozumianym, akceptowanym i bezpiecznym, co jest warunkiem uzyskania rzetelnych danych diagnostycznych.

---

20. Wymień wskaźniki dobrego kontaktu pomiędzy diagnostą a osobą badaną

Wskaźniki dobrego kontaktu to konkretne, obserwowalne zachowania (behawioralne korelaty), które świadczą o występowaniu *rapportu*. Można je podzielić na niewerbalne i werbalne,:

Wskaźniki niewerbalne (analogowe):

1. **Odzwierciedlanie posturalne (Postural Mirroring):** Tendencja do przyjmowania podobnej postawy ciała przez rozmówców (np. oboje pochyleni do przodu lub oparci wygodnie). Szczególnie istotne jest zorientowanie korpusu ciała w stronę rozmówcy. Świadczy to o synchronizacji i koordynacji.
2. **Kontakt wzrokowy:** Jego dynamika przybiera kształt odwróconej litery U. Jest rzadszy na samym początku i końcu, a najintensywniejszy w środkowej fazie rozmowy. Utrzymywanie naturalnego kontaktu wzrokowego jest wyrazem uwagi i zainteresowania.
3. **Ekspresja mimiczna:** Występowanie uśmiechu (w adekwatnych momentach), kiwanie głową na znak potwierdzenia i zrozumienia. Mimika powinna być spójna z treścią emocjonalną rozmowy.
4. **Synchronizacja parajęzykowa:** Dostosowanie tempa mowy, tonu głosu i głośności do partnera interakcji.

Wskaźniki werbalne i interakcyjne:

1. **Płynność rozmowy:** Brak niezręcznej ciszy, naturalne przechodzenie między tematami, wzajemne uzupełnianie się (brak przerywania w sposób agresywny).
2. **Stosowanie technik aktywnego słuchania:** Diagnosta używa **parafraz** (powtórzenie treści własnymi słowami) i **odzwierciedleń** (nazwanie emocji klienta), co daje badanemu dowód bycia rozumianym.
3. **Minimalne reakcje werbalne:** Używanie zwrotów takich jak „mhm”, „rozumiem”, „tak”, które podtrzymują kontakt bez przerywania potoku słów badanego.
4. **Aktywność diagnosty:** W dobrym kontakcie diagnosta jest aktywny nie poprzez dominację, ale poprzez strukturalizowanie rozmowy i pomaganie klientowi w wyrażeniu siebie (np. klaryfikacje).

Wykłady podkreślają, że wskaźniki te (np. koordynacja ruchów) pojawiają się często automatycznie i nieświadomie, gdy relacja jest autentyczna.

---

21. Wyjaśnij, na czym polega tzw. kontakt pozorny

Kontakt pozorny to zjawisko zachodzące w relacji diagnostycznej, które stanowi zaprzeczenie autentycznego, profesjonalnego kontaktu (raportu). Polega ono na stosowaniu przez diagnostę technik manipulacyjnych (często socjotechnicznych) w celu szybkiego zbudowania fałszywego poczucia bliskości i intymności, bez realnego fundamentu w postaci zaufania i bezpieczeństwa,.

Charakterystyka kontaktu pozornego:

- **Sztuczność i manipulacja:** Diagnosta, zamiast budować relację w sposób naturalny i stopniowy, stosuje „chwyty" mające na celu wymuszenie otwartości u klienta. Jest to działanie techniczne, pozbawione autentyczności.
- **Nieuzasadnione skracanie dystansu:** Przykładem takiego zachowania jest nadmierne spoufalanie się, np. zwracanie się do pacjenta po imieniu lub w formie zdrobniałej (np. „panie Sławku") bez wyraźnego uzasadnienia w stopniu zażyłości czy kontrakcie, co narusza granice interpersonalne.
- **Brak autentyczności:** Kontakt pozorny opiera się na „odgrywaniu roli" przyjaciela lub powiernika, a nie na rzeczywistej postawie akceptacji i empatii. Rogersowska autentyczność (zgodność, kongruencja) jest tu zastąpiona „maską" życzliwości.
- **Konsekwencje:** Choć krótkoterminowo może prowadzić do uzyskania pewnych informacji, w dłuższej perspektywie niszczy zaufanie. Klient wyczuwa fałsz i brak rzeczywistego zainteresowania, co może prowadzić do oporu, wycofania się lub udzielania odpowiedzi zgodnych z oczekiwaniami (aprobata społeczna), a nie z prawdą.

---

22. Omów zasadę poufności i prywatności badania diagnostycznego

Zasady te stanowią fundament etyczny pracy psychologa, gwarantując klientowi bezpieczeństwo i kontrolę nad informacjami o sobie.

1. Zasada Poufności (Tajemnica zawodowa): Diagnosta jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy faktu badania oraz wszystkich uzyskanych w jego toku informacji,. Informacje te nie mogą być przekazywane osobom trzecim (rodzinie, pracodawcy, instytucjom) bez wyraźnej zgody klienta.

- **Wyjątki od poufności:** Tajemnica zawodowa nie obowiązuje w ściśle określonych sytuacjach, gdy zagrożone jest nadrzędne dobro,:
    - **Przemoc w rodzinie.**
    - **Nadużycia seksualne**, zwłaszcza pedofilia.
    - **Handel narkotykami.**
    - **Zagrożenie życia lub zdrowia** (np. ryzyko samobójcze klienta).
    - **Zagrożenie dla innych osób** (np. planowanie przestępstwa przeciwko życiu/zdrowiu).
- **Obowiązek informacyjny:** Psycholog ma obowiązek poinformować klienta o granicach poufności już na etapie zawierania kontraktu (świadoma zgoda), zanim klient ujawni obciążające informacje,.

2. Zasada Prywatności: Odnosi się do zakresu zbieranych danych. Psycholog ma prawo zbierać i przetwarzać jedynie te informacje, które są **niezbędne** do celu diagnozy i odpowiedzi na pytania diagnostyczne,.

- Nie należy zadawać pytań wkraczających w sferę intymną, jeśli nie jest to konieczne dla procesu wnioskowania.

- Ochrona dokumentacji: Wyniki badań, arkusze testowe i notatki muszą być zabezpieczone przed dostępem osób niepowołanych (np. poprzez kodowanie danych zamiast używania nazwisk, przechowywanie w zamkniętych szafach/systemach hasłowanych),.

---

23. Wyjaśnij, na czym polega zasada unikania konfliktu ról w relacji diagnostycznej

Konflikt ról (znany też jako relacje podwójne lub wielokrotne) zachodzi, gdy psycholog wchodzi w relację zawodową z osobą, z którą pozostaje jednocześnie w innej relacji (społecznej, rodzinnej, biznesowej, uczuciowej),,.

Rodzaje relacji podwójnych:

- **Relacje osobiste:** Badanie członków rodziny, przyjaciół, partnerów. Jest to kategorycznie odradzane, ponieważ emocjonalne zaangażowanie uniemożliwia obiektywizm (trudność w postrzeganiu bliskiej osoby jako „pacjenta", a nie np. „brata").
- **Relacje zależności:** Badanie podwładnych, studentów, osób, od których psycholog jest zależny finansowo lub służbowo.
- **Relacje wykorzystujące:** Sytuacja, w której relacja zawodowa zostaje wykorzystana do nawiązania relacji prywatnej w celu uzyskania przywilejów lub korzyści (np. seksualnych, finansowych).

Model decyzyjny Gottlieba: W sytuacjach niejednoznacznych, do oceny ryzyka etycznego związanego z nawiązaniem relacji podwójnej stosuje się model Michaela Gottlieba, który analizuje trzy wymiary,,:

1. **Rozkład władzy w relacji (Power):** Jak duża jest przewaga psychologa nad klientem? (Im większa, tym wyższe ryzyko).
2. **Czas trwania relacji (Duration):** Czy jest to kontakt jednorazowy, czy długotrwała terapia? (Długi czas zwiększa ryzyko).
3. **Jednoznaczność zakończenia relacji (Termination):** Czy relacja zawodowa definitywnie się zakończyła? (Brak jasnego zakończenia zwiększa ryzyko).

Zasada ogólna: Należy unikać wchodzenia w podwójne role, gdyż zagrażają one bezstronności diagnozy i mogą prowadzić do krzywdy klienta (eksploatacji). Jeśli konflikt jest nieunikniony, należy zminimalizować szkody i jasno określić granice.

---

24. Wyjaśnij, na czym polega zasada unikania konfliktu interesów w relacji diagnostycznej

Konflikt interesów występuje, gdy osobiste dążenia, zobowiązania lub wartości psychologa kolidują z jego obowiązkiem działania na rzecz dobra klienta i zachowania profesjonalnego obiektywizmu,.

Kluczowe aspekty:

- **Interesy osobiste:** Psycholog nie może podejmować się działań diagnostycznych, jeśli ich wynik mógłby przynieść mu korzyść inną niż standardowe wynagrodzenie (np. korzyść polityczną, towarzyską, awans).
- **Wartości i światopogląd:** Jeśli osobiste przekonania psychologa (religijne, ideologiczne) są tak silne, że uniemożliwiają mu zachowanie neutralności wobec klienta o odmiennych poglądach, zachodzi konflikt interesów. Psycholog nie może narzucać klientowi swojego systemu wartości ani oceniać go przez jego pryzmat (np. w kwestiach aborcji, orientacji seksualnej, rozwodu),.
- **Lojalność instytucjonalna vs. dobro klienta:** Konflikt może pojawić się, gdy psycholog pracuje dla instytucji (np. firmy, sądu), której interesy są sprzeczne z interesem osoby badanej. W takiej sytuacji diagnosta musi jasno określić, kto jest jego klientem i wobec kogo ma zobowiązania (dylemat: komu służę?).

Rozwiązanie: W przypadku zaistnienia konfliktu interesów, psycholog powinien wycofać się z prowadzenia diagnozy i przekierować klienta do innego specjalisty.

---

25. Wyjaśnij, na czym polega utrzymywanie właściwych granic w relacji diagnostycznej

Utrzymywanie granic to dbałość o zachowanie profesjonalnych ram relacji, które oddzielają kontakt zawodowy od prywatnego i zapewniają bezpieczeństwo obu stronom,,.
Przekraczanie granic może prowadzić do nieprofesjonalizmu, a w skrajnych przypadkach do nadużyć.

Wyróżnia się następujące obszary granic:

1. **Granice czasoprzestrzenne (Setting):**
    - Badanie powinno odbywać się w wyznaczonym miejscu (gabinet), a nie w miejscach prywatnych (dom, kawiarnia), chyba że specyfika metody (np. obserwacja środowiskowa) tego wymaga.
    - Należy przestrzegać ustalonych ram czasowych spotkań,.
2. **Granice finansowe:**
    - Jasne określenie stawek i zasad płatności przed badaniem.
    - Unikanie wymiany barterowej (usługa za usługę) oraz pożyczania pieniędzy od/do klienta.
3. **Granice interpersonalne i fizyczne:**
    - Unikanie kontaktu fizycznego, który mógłby być źle zinterpretowany (poza uściskiem dłoni).
    - Zachowanie odpowiedniej formy zwracania się do siebie (zazwyczaj „Pan/Pani”), unikanie nieuzasadnionego przechodzenia na „Ty”.

    - Powściągliwość w ujawnianiu informacji o sobie (self-disclosure) – diagnosta nie dzieli się swoimi problemami z klientem,.
4. **Granice merytoryczne (Kompetencyjne):**
    - Stosowanie tylko tych metod, do których posiada się uprawnienia i przeszkolenie.
    - Nieprzekraczanie granic wnioskowania wyznaczonych przez trafność i rzetelność zastosowanych narzędzi (nie orzekanie o rzeczach, których test nie mierzy).

Naruszenie granic może być **przekroczeniem** (boundary crossing – np. przedłużenie sesji w kryzysie, co może być pomocne) lub **naruszeniem** (boundary violation – np. relacja seksualna, co jest zawsze nieetyczne i szkodliwe).

---

26. Omów różnicę pomiędzy formalnym i nieformalnym modelem diagnozowania

Różnica między tymi dwoma podejściami dotyczy stopnia ustrukturalizowania procedury przetwarzania danych oraz sposobu wyprowadzania wniosków diagnostycznych.

1. Model nieformalny (diagnoza kliniczna):

- **Charakterystyka:** Jest to procedura rutynowo stosowana w praktyce, która nie posiada jednak ściśle określonych reguł wnioskowania. Polega na swobodnym zestawianiu różnych danych w umyśle diagnosty.
- **Proces:** Diagnosta przetwarza dane „w głowie”, opierając się na własnej wiedzy, intuicji, doświadczeniu oraz subiektywnej ocenie wagi poszczególnych informacji.
- **Konsekwencje:** Ze względu na nieokreśloność procedury, wyniki diagnozy są silnie zależne od osoby diagnosty (subiektywizm). Model ten jest podatny na liczne błędy poznawcze, takie jak efekt pierwszeństwa, efekt świeżości, efekt zakotwiczenia, nastawienie konfirmacyjne czy podstawowy błąd atrybucji,,.
- **Skuteczność:** Metaanaliza Grove'a i in. (2000), obejmująca 136 badań, wykazała, że diagnoza nieformalna była lepsza od formalnej tylko w 8 przypadkach, w 64 przypadkach była gorsza, a w 64 porównywalna. Wskazuje to na niższą ogólną trafność tego modelu w porównaniu do metod mechanicznych.

2. Model formalny (diagnoza statystyczna/aktuarialna/mechaniczna/algorytmiczna):

- **Charakterystyka:** Opiera się na jawnych, precyzyjnie zdefiniowanych regułach badania i przetwarzania danych. Wnioski wyprowadzane są za pomocą ścisłego algorytmu, ustalonego na drodze wcześniejszych badań empirycznych,,.
- **Proces:** Dane wejściowe (np. wyniki testów, zakodowane dane demograficzne) są podstawiane do określonego wzoru (np. równania regresji) lub tabeli, co generuje wynik końcowy bez udziału osądu klinicysty w momencie obliczania.
- **Konsekwencje:** Gwarantuje to **100% powtarzalność** (dla tych samych danych zawsze uzyskamy ten sam wynik) oraz pełną obiektywność procesu diagnozy. Eliminuje to błędy wynikające z ludzkich ograniczeń poznawczych,.

---

27. Wyjaśnij znaczenie wkładu Paula Meehla w rozwój procedur diagnostycznych

Paul E. Meehl jest kluczową postacią w psychometrii i diagnostyce, znaną przede wszystkim jako krytyk nieformalnego wnioskowania klinicznego i propagator podejścia naukowego.

Główne obszary wkładu:

1. **Publikacja przełomowej pracy (1954):** W książce *"Clinical versus Statistical Prediction: A Theoretical Analysis and a Review of the Evidence"* Meehl wykazał, że proste algorytmy statystyczne (modele formalne) przewidują zachowania i diagnozy trafniej (lub przynajmniej nie gorzej) niż doświadczeni klinicyści stosujący model nieformalny,.
2. **Metafora „Książki kucharskiej" (*Cookbook*):** Meehl wprowadził to pojęcie, aby zobrazować idealny model diagnozy. Diagnosta, podobnie jak kucharz korzystający z przepisu, powinien dobierać odpowiednie składniki (informacje) w ściśle określonych proporcjach, aby uzyskać powtarzalny i udany efekt („danie", czyli diagnozę). Oznacza to rezygnację z „artystycznej" improwizacji na rzecz sprawdzonych procedur,.
3. **Krytyka „szumu" informacyjnego:** Meehl argumentował, że klinicyści często ulegają złudzeniu, iż posiadanie większej ilości danych (np. z wywiadu swobodnego) poprawia trafność, podczas gdy często prowadzi to jedynie do wzrostu pewności siebie przy spadku faktycznej trafności (zjawisko to wiąże się z trudnością w integracji nadmiaru danych).
4. **Przypadek „Złamanej nogi" (*Broken Leg*):** Meehl sformułował słynny wyjątek od reguły stosowania algorytmów. Jeśli algorytm przewiduje (z wysokim prawdopodobieństwem), że badany pójdzie do kina, ale diagnosta widzi, że badany ma złamaną nogę (zdarzenie rzadkie, nieujęte w algorytmie), to klinicysta powinien odrzucić wynik algorytmu. Jest to argument na rzecz komplementarności obu podejść – algorytm działa w warunkach typowych, klinicysta weryfikuje go w warunkach wyjątkowych,.

---

28. Wyjaśnij istotne elementy formalnego/ustrukturyzowanego modelu diagnozy

Model formalny (ustrukturyzowany) charakteryzuje się tym, że procedura wnioskowania jest zewnętrzna wobec diagnosty i opiera się na obiektywnych narzędziach matematyczno-logicznych.

Kluczowe elementy i rodzaje:

1. **Równania regresji:**

    - Są to wzory matematyczne, które pozwalają przewidywać wartość jednej zmiennej (kryterium) na podstawie ważonej sumy innych zmiennych (predyktorów).
    - **Ogólna postać:** $R = s_1T_1 + s_2T_2 + ... + s_nT_n$, gdzie R to wynik (diagnoza/prognoza), T to wyniki w poszczególnych testach/wskaźnikach, a s to wagi ustalone empirycznie.
    - **Przykład:** Równania specyfikacyjne Cattella służące do przewidywania np. powodzenia w nauce lub zdolności przywódczych na podstawie wyników kwestionariusza osobowości CPQ,.
    - Model McClellanda (motywacja osiągnięć) również wykorzystuje równanie regresji wielokrotnej, wyjaśniając do 84% zmienności zachowania.
2. **Tabele aktuarialne (procentowe):**
    - Zestawienia statystyczne pokazujące prawdopodobieństwo wystąpienia danego zjawiska (np. recydywy) w zależności od kombinacji określonych czynników ryzyka (np. wiek, historia przemocy, nadużywanie substancji).
    - Przykładem są narzędzia do szacowania ryzyka przemocy, takie jak **VRAG** (*Violence Risk Appraisal Guide*), **SORAG** (dla przestępców seksualnych) czy **ODARA** (przemoc domowa). Narzędzia te opierają się na sumowaniu punktów za czynniki ryzyka i odczytywaniu prawdopodobieństwa z tabel,.
3. **Algorytmy komputerowe i systemy eksperckie:**
    - Programy, które na podstawie wprowadzonych danych generują interpretację (np. systemy interpretujące profil MMPI). Eliminują one czynnik ludzki z etapu przetwarzania danych,.
4. **Krzywe ROC (*Receiver Operating Characteristic*):**
    - Są elementem walidacji modeli formalnych. Służą do oceny efektywności narzędzi diagnostycznych poprzez wizualizację relacji między czułością (trafne wskazania) a specyficznością (błędne wskazania/fałszywe alarmy). Im większa powierzchnia pod krzywą, tym lepsze narzędzie.

---

29. Wyjaśnij, na czym polega użyteczność nieformalnego modelu diagnozowania

Mimo dowiedzionej niższej trafności ogólnej, model nieformalny (kliniczny) pozostaje niezbędny i użyteczny w psychologii z kilku powodów:

1. **Brak gotowych algorytmów:**
    - Dla wielu złożonych, specyficznych problemów życiowych pacjentów nie opracowano jeszcze (i być może nigdy nie uda się opracować) formalnych równań regresji czy tabel aktuarialnych. W takich sytuacjach wnioskowanie kliniczne jest jedyną dostępną metodą,.
2. **Identyfikacja zdarzeń rzadkich („Złamana noga”):**

    - Człowiek (diagnosta) jest w stanie zauważyć nietypowe, unikalne fakty, które unieważniają standardową prognozę statystyczną. Algorytmy działają na bazie ogólnych prawidłowości populacyjnych i nie uwzględniają specyficznych wyjątków, które klinicysta może wychwycić podczas obserwacji lub wywiadu.
3. **Analiza danych jakościowych:**
    - Model nieformalny jest niezbędny do interpretacji danych „miękkich", pochodzących np. z wywiadu swobodnego, obserwacji zachowania czy analizy wytworów, których nie da się łatwo skwantyfikować i podstawić do wzoru,.
4. **Generowanie hipotez:**
    - Myślenie kliniczne jest kluczowe w fazie eksploracji problemu (etap prediagnostyczny i początek badania), kiedy diagnosta stawia pierwsze hipotezy, które dopiero później mogą być weryfikowane (ewentualnie metodami formalnymi). Pozwala to na elastyczne podejście do nieprzewidzianych wątków.

---

30. Wyjaśnij pojęcie diagnozy opartej na dowodach empirycznych

Pojęcie to (ang. **EBA** – *Evidence-Based Assessment*) wywodzi się z medycyny opartej na faktach (EBM) i oznacza standard postępowania diagnostycznego, który dąży do maksymalizacji trafności i użyteczności diagnozy poprzez integrację trzech kluczowych obszarów:

1. **Najlepsze dostępne dowody naukowe (Research):**
    - Diagnosta musi opierać się na aktualnej wiedzy teoretycznej oraz wynikach badań empirycznych (w tym metaanaliz).
    - Obejmuje to stosowanie narzędzi o udowodnionej trafności i rzetelności, posiadających aktualne normy.
    - Wymaga korzystania z dowodów pochodzących zarówno z badań laboratoryjnych, jak i terenowych, ilościowych i jakościowych,.
2. **Biegłość praktyczna diagnosty (Clinical Expertise):**
    - Oznacza umiejętność nawiązywania kontaktu i budowania przymierza z klientem.
    - Obejmuje zdolność do poprawnego przeprowadzania badań, formułowania sądów diagnostycznych oraz konceptualizacji przypadku (łączenia danych w spójną całość).
    - Diagnosta pełni rolę kompetentnego weryfikatora danych, łącząc procedury badawcze z umiejętnościami interpersonalnymi,.
3. **Kontekst indywidualny klienta (Patient Characteristics/Context):**
    - EBA wymaga uwzględnienia indywidualnych właściwości osoby badanej, jej preferencji, systemu wartości oraz kręgu kulturowego.

    - Podejście to szanuje podmiotowość klienta, włączając go w proces podejmowania decyzji (współpraca).
    - Oznacza to także świadomość, że wnioski z badań mają charakter probabilistyczny (są prawdopodobne, a nie pewne) i muszą być aplikowane do konkretnej osoby z ostrożnością,.

Celem EBA jest promowanie skutecznych praktyk i eliminowanie metod niesprawdzonych lub przestarzałych, przy jednoczesnym zachowaniu zindywidualizowanego podejścia do pacjenta.

---

31. Wymień kryteria psychometrycznej oceny metod diagnostycznych stosowanych w psychologii

W psychometrii wyróżnia się fundamentalny zestaw kryteriów, które musi spełniać narzędzie diagnostyczne, aby mogło być uznane za „dobre", czyli profesjonalne i wiarygodne. W literaturze i materiałach wykładowych wymienia się pięć podstawowych kryteriów (często określanych mianem „Wielkiej Piątki" psychometrii):

1. **Trafność (Validity):** Określa, czy test rzeczywiście mierzy tę cechę lub zjawisko, do pomiaru którego został skonstruowany,,.
2. **Rzetelność (Reliability):** Określa dokładność pomiaru, czyli stopień, w jakim wynik testu jest wolny od błędu pomiaru i powtarzalny w tych samych warunkach,,.
3. **Standaryzacja:** Procedura zapewniająca jednolitość warunków badania (instrukcji, materiałów, przebiegu) dla wszystkich osób badanych, co pozwala przypisać różnice w wynikach jedynie różnicom indywidualnym, a nie czynnikom zewnętrznym,.
4. **Obiektywność (Obiektywizacja):** Niezależność wyników od osoby badającej. Oznacza, że różni diagności oceniający to samo wykonanie testu uzyskają ten sam wynik punktowy,.
5. **Normalizacja:** Proces opracowania norm na reprezentatywnej próbie, umożliwiający nadanie znaczenia wynikowi surowemu poprzez odniesienie go do wyników populacji,.

Dodatkowo, współczesne standardy (np. EBA – *Evidence-Based Assessment*) wymagają, aby metoda posiadała **adaptację kulturową** (jeśli nie jest oryginalna), jasny podręcznik oraz zabezpieczenia przed nieuprawnionym dostępem,.

---

32. Wyjaśnij pojęcie trafności metody diagnostycznej

Trafność jest uznawana za najważniejsze kryterium dobroci testu. Definiuje się ją jako **empirycznie potwierdzony obszar zastosowania testu**,. Odpowiada ona na kluczowe pytanie: „Czy test mierzy to, co ma mierzyć?".

Aspekty i rodzaje trafności: Aby ocenić trafność, diagnosta musi szukać odpowiedzi na szczegółowe pytania badawcze, weryfikowane w toku walidacji narzędzia:

1. **Trafność kryterialna (zewnętrzna):** Sprawdza, czy metoda różnicuje grupy wyodrębnione ze względu na określone kryterium (np. czy test depresji odróżnia osoby klinicznie zdiagnozowane z depresją od osób zdrowych),. Obejmuje też trafność prognostyczną (czy wynik pozwala przewidywać przyszłe zachowania).
2. **Trafność teoretyczna:** Weryfikuje, czy wyniki testu potwierdzają hipotezy wyprowadzone z teorii leżącej u podstaw narzędzia. Obejmuje dwa podtypy,:
    - **Trafność zbieżna (konwergencyjna):** Czy metoda wykazuje silne związki (korelacje) z innymi narzędziami mierzącymi to samo lub pokrewne zjawisko (np. nowy test lęku powinien korelować ze znanym testem lęku).
    - **Trafność różnicowa (dywergencyjna):** Czy metoda *nie* wykazuje związków zjawiskami, z którymi teoretycznie nie powinna się wiązać (np. test inteligencji nie powinien silnie korelować z testem nastroju).
3. **Trafność treściowa (wewnętrzna):** Dotyczy tego, czy pozycje testowe (pytania) są reprezentatywną próbką uniwersum zachowań składających się na mierzony konstrukt.

Wnioskowanie: Trafność decyduje o tym, jakie wnioski można wyciągnąć na podstawie wyniku testowego – zarówno na temat mierzonej cechy, jak i zachowań pozatestowych osoby badanej,. Bez potwierdzonej trafności, nawet najbardziej precyzyjny (rzetelny) pomiar jest bezużyteczny diagnostycznie (można precyzyjnie mierzyć obwód głowy, ale nie będzie to trafny pomiar inteligencji).

---

33. Wyjaśnij pojęcie rzetelności metody diagnostycznej

Rzetelność określa **powtarzalność pomiaru** oraz wielkość błędu, jaki może popełnić psycholog, szacując wynik danej osoby,. Mówi ona o tym, w jakim stopniu wynik testu odzwierciedla rzeczywistą cechę osoby badanego, a w jakim jest efektem przypadkowych zakłóceń.

Model klasycznej teorii testów: Podstawą rozumienia rzetelności jest równanie: $$X = T + E$$ Gdzie:

- X – wynik obserwowany (uzyskany w teście),
- T (*True score*) – wynik prawdziwy (hipotetyczna wartość wolna od błędu),
- E (*Error*) – błąd pomiaru,.

Rodzaje błędów: Rzetelność zajmuje się minimalizacją **błędów losowych** (przypadkowych), które mogą wynikać z:

- Konstrukcji testu (np. niejasne pytania).
- Sytuacji badania (np. hałas, zmęczenie badanego).
- Oceny wyników (błędy diagnosty),. Należy odróżnić je od *błędów systematycznych*, które stale zniekształcają wynik w jedną stronę i obniżają trafność, a nie rzetelność.

Wskaźniki rzetelności: Współczynnik rzetelności przyjmuje wartości od 0 do 1. Im bliżej 1, tym mniejszy błąd pomiaru.

1. **Stabilność bezwzględna:** Mierzona metodą „test-retest” (powtarzalność w czasie).
2. **Zgodność wewnętrzna:** Najczęściej mierzona współczynnikiem **Alfa Cronbacha**. Interpretacja wartości Alfa:
    - $> 0,90$: Dobre narzędzie do diagnozy indywidualnej.
    - $0,80 - 0,90$: Wystarczające do diagnozy indywidualnej.
    - $0,60 - 0,80$: Wystarczające tylko do badań naukowych (grupowych).
    - $< 0,60$: Metoda nie ma sensu pomiarowego,,.

---

34. Wyjaśnij pojęcie przedziału ufności

Przedział ufności to statystycznie wyznaczony zakres wyników, w którym z określonym prawdopodobieństwem mieści się nieznany nam **wynik prawdziwy** (T) osoby badanej,. Pojęcie to wynika bezpośrednio z faktu, że żaden pomiar psychologiczny nie jest idealnie precyzyjny (rzetelność < 1) i każdy wynik surowy obarczony jest błędem (E).

Sposób wyznaczania: Diagnosta nie interpretuje pojedynczego punktu (wyniku otrzymanego), lecz przedział obliczany według wzoru: $$\text{Wynik prawdziwy} \approx \text{Wynik otrzymany} \pm \text{Błąd standardowy pomiaru}$$

Interpretacja:

- Szerokość przedziału zależy od przyjętego poziomu ufności (prawdopodobieństwa). Najczęściej stosuje się poziom **85%** lub **95%** (rzadziej 90% lub 99%).
- Im wyższe prawdopodobieństwo (pewność), tym szerszy przedział musimy wyznaczyć.
- Przykład z wykładu: Dla wyniku otrzymanego 25, przedział z 85% pewnością może wynosić 23–27, a dla 95% pewności (większy rygor) rozszerzy się do 21–29,.

Wyznaczanie przedziału ufności jest kluczowe w diagnozie indywidualnej, ponieważ chroni przed nadinterpretacją małych różnic w wynikach i uświadamia granicę błędu pomiaru.

---

35. Wyjaśnij pojęcie standaryzacji metody diagnostycznej

Standaryzacja to ogół procedur mających na celu **ujednolicenie warunków badania** dla wszystkich osób badanych,,. Jej celem jest zminimalizowanie wpływu czynników zewnętrznych (sytuacyjnych) na wynik testu, tak aby uzyskane różnice w wynikach odzwierciedlały jedynie rzeczywiste różnice w badanych właściwościach (np. poziomie inteligencji), a nie różnice w sposobie przeprowadzania badania.

Elementy podlegające standaryzacji:

1. **Instrukcja:** Musi być przekazywana w identyczny sposób (często czytana słowo w słowo), aby każdy badany rozumiał zadanie tak samo.
2. **Materiały i pomoce:** Każdy badany musi pracować na identycznym zestawie (np. klocki, arkusze, jakość wydruku tablic).

3. **Procedura badania:** Ściśle określona kolejność zadań, limity czasowe, sposób reagowania diagnosty na pytania badanego, dopuszczalne formy pomocy.
4. **Zewnętrzne warunki badania:** Oświetlenie, temperatura, brak osób trzecich, izolacja od hałasu. Rozróżnia się tu też standaryzację dla badań indywidualnych i grupowych,.

Znaczenie: Naruszenie zasad standaryzacji (np. „pomaganie" badanemu, wydłużenie czasu) sprawia, że wyniki tracą porównywalność. Nie można ich wówczas odnosić do norm, ponieważ normy zostały stworzone w warunkach standardowych. Jak pokazano na przykładzie z wykładu (test klocków): w warunkach A (standardowych) wynik wynosi 34, a w warunkach B (zmienionych/trudniejszych) – 18. Bez standaryzacji nie wiemy, czy niski wynik to efekt braku zdolności, czy trudniejszych warunków,.

---

36. Wyjaśnij pojęcie obiektywizacji metody diagnostycznej

Obiektywność (obiektywizacja) jest jednym z kluczowych kryteriów psychometrycznych oceny dobroci testu. Pojęcie to odnosi się do niezależności wyników badania od osoby, która je przeprowadza i ocenia.

Kluczowe aspekty definicji:

1. **Niezależność od badacza:** Metoda jest obiektywna, jeśli procedura obliczania i interpretacji wyników jest na tyle jednoznaczna, że każdy diagnosta, dysponując tymi samymi danymi surowymi (odpowiedziami osoby badanej), dojdzie do identycznych rezultatów liczbowych i tych samych wniosków diagnostycznych,.
2. **Proceduralna stałość:** Procedura obliczania wyników oraz zasady ich interpretacji są stałe i takie same dla wszystkich badających. Eliminuje to subiektywizm oceniającego.

Sposoby uzyskiwania obiektywności: Aby metoda była obiektywna, musi być wyposażona w precyzyjne narzędzia i instrukcje, do których należą:

- **Jasny klucz odpowiedzi:** Szablon lub zestaw reguł, który jednoznacznie określa, która odpowiedź jest punktowana, a która nie (np. w testach wyboru A, B, C, D),.
- **Jednoznaczne zasady interpretacji:** Wyraźne wytyczne dotyczące tego, jak rozumieć wyniki wysokie, średnie i niskie. Diagnosta nie „zgaduje" znaczenia wyniku, lecz odczytuje je z podręcznika testowego.

Przykład negatywny: Jeśli Diagnosta A ocenia wynik osoby badanej na 34 punkty, a Diagnosta B, analizując ten sam arkusz odpowiedzi, ocenia go na 28 punktów, oznacza to, że metoda nie jest obiektywna (lub diagności popełnili błąd). Brak obiektywności sprawia, że wynik zależy od osoby badającej, a nie od rzeczywistych właściwości osoby badanej.

---

37. Wyjaśnij pojęcie normalizacji metody diagnostycznej

Normalizacja to procedura nadawania znaczenia wynikom surowym poprzez odniesienie ich do wyników reprezentatywnej grupy (populacji). Jest to proces niezbędny w podejściu nomotetycznym, umożliwiający intersubiektywną ocenę nasilenia danej cechy.

Istota problemu (dlaczego normalizujemy?): Wynik surowy (np. suma punktów w teście) sam w sobie nie niesie informacji diagnostycznej. Przykładowo, wynik 37 punktów w jednym teście może oznaczać poziom przeciętny, podczas gdy w innym teście, o innej skali trudności, byłby to wynik bardzo wysoki. Bez odniesienia do normy nie wiemy, czy wynik osoby badanej jest typowy, czy odbiega od średniej.

Mechanizm normalizacji:

1. **Grupa odniesienia:** Znane są średnie wyniki oraz rozkład wyników, jakie uzyskuje populacja, z której pochodzi osoba badana (np. kobiety w wieku 20–30 lat),.
2. **Transformacja wyniku:** Wynik surowy (X) jest przeliczany na wynik standaryzowany (z) przy użyciu średniej (M) i odchylenia standardowego (SD) danej grupy. Podstawowy wzór to: $$z = \frac{X - M}{SD}$$ Pozwala to określić, o ile odchyleń standardowych wynik jednostki różni się od średniej grupowej.

Skale znormalizowane: Wyniki przeliczone ujmuje się na specjalnych skalach, które pozwalają na łatwą interpretację. Wykłady wymieniają następujące skale oparte na rozkładzie normalnym (Krzywej Gaussa):

- **Skala z:** Średnia = 0, SD = 1.
- **Skala IQ:** Średnia = 100, SD = 15.
- **Skala T:** Średnia = 50, SD = 10.
- **Steny (Skala Tenowa):** Średnia = 5.5, SD = 2 (zakres 1–10).
- **Staniny:** Średnia = 5, SD = 2 (zakres 1–9).
- **Tetrony:** Średnia = 10, SD = 4.

Dzięki normalizacji diagnosta może stwierdzić, czy dana cecha (np. samoocena) jest u osoby badanej niska, przeciętna czy wysoka na tle rówieśników,.

---

38. Omów zasady stosowania testów psychologicznych

Profesjonalne stosowanie testów psychologicznych wymaga przestrzegania rygorystycznych standardów metodologicznych i etycznych. Test „dobry” to taki, który spełnia określone kryteria formalne i psychometryczne.

Kryteria formalne dobrego testu:

1. **Autorstwo:** Test musi mieć autora (zarówno w wersji oryginalnej, jak i w polskiej adaptacji). Nie stosuje się narzędzi anonimowych,.
2. **Podręcznik testowy:** Jest to niezbędny element każdego narzędzia. Podręcznik musi zawierać:
    - Podstawy teoretyczne metody.

    - Opis grupy normalizacyjnej (na kim test był standaryzowany).
    - Opis procedury badania (instrukcja).
    - Zasady interpretowania wyników.
    - Opis właściwości psychometrycznych (dowody na trafność i rzetelność).
    - Aktualne normy,.
3. **Pomoce:** Dostępność arkuszy, kluczy obliczeniowych i materiałów stymulujących,.
4. **Zabezpieczenie testu:** Narzędzie musi być chronione przed dostępem osób niepowołanych, aby nie straciło swojej wartości diagnostycznej (np. aby badani nie uczyli się odpowiedzi na pamięć),.

Zasady praktyczne (EBA - Evidence-Based Assessment):

- Stosowanie wyłącznie metod o udowodnionej naukowo wartości (trafność, rzetelność).
- Unikanie metod zdyskredytowanych lub pseudonaukowych (np. test kolorów Luschera, grafologia, testy z czasopism kobiecych).
- Krytycyzm wobec narzędzi – sprawdzanie daty norm (czy są aktualne?) oraz jakości adaptacji kulturowej,.
- Stosowanie testu zgodnie z jego przeznaczeniem i ograniczeniami opisanymi w podręczniku.

---

39. Wymień istotne cechy metod kwestionariuszowych

Metody kwestionariuszowe stanowią jedną z najpopularniejszych grup narzędzi w diagnozie psychologicznej (szczególnie osobowości).

Kluczowe cechy (Definicja):

1. **Samoopis (Self-report):** Metoda opiera się na informacjach dostarczanych bezpośrednio przez osobę badaną na swój własny temat.
2. **Standaryzacja:** Wykorzystuje zbiór standardowych pytań, stwierdzeń lub jednowyrazowych określeń (pozycji testowych), które są takie same dla każdego badanego.
3. **Format odpowiedzi:** Osoba badana nie odpowiada swobodnie, lecz wybiera jedną z gotowych opcji (np. tak/nie, skala Likerta).
4. **Analiza:** Umożliwiają zarówno analizę ilościową (wyniki liczbowe, profile), jak i jakościową (analiza treści odpowiedzi).

Budowa i treść: Pojedyncza pozycja testowa jest traktowana jako bodziec, na który osoba reaguje. Zbiór wielu pozycji redukuje błąd pomiaru pojedynczego pytania. Treść pozycji może dotyczyć:

- Opisu reakcji wewnętrznych (uczucia, myśli) i zewnętrznych (zachowania).
- Atrybutów osobowych, pragnień, postaw, przekonań.
- Zainteresowań i faktów biograficznych.
- Opisu reakcji innych osób na zachowanie badanego.
- Symptomów patologicznych.

Przedmiot pomiaru: Kwestionariusze służą do mierzenia m.in. cech osobowości, temperamentu, kompetencji społecznych, tożsamości, a także zmiennych klinicznych (lęk, depresja).

---

40. Omów założenia stojące u podstaw stosowania metod kwestionariuszowych

Stosowanie kwestionariuszy opiera się na szeregu optymistycznych założeń dotyczących kompetencji poznawczych i intencji osoby badanej. Współczesna psychologia (np. prace Nisbetta i Wilsona) poddaje te założenia krytyce.

Główne założenia:

1. **Samoświadomość:** Zakłada się, że człowiek jest świadomy swoich myśli, uczuć, motywów i działań. Posiada wgląd w siebie pozwalający na trafną ocenę.
2. **Zdolność do komunikacji:** Zakłada się, że badany potrafi zwerbalizować i ujawnić swoje właściwości, o które jest pytany.
3. **Chęć współpracy (Uczciwość):** Zakłada się, że badany *chce* ujawnić prawdę o sobie i nie będzie celowo zniekształcał wyników (np. kłamał).
4. **Reprezentatywność:** Zakłada się, że odpowiedzi udzielone w teście są reprezentatywną próbką zachowania, która pozwala wnioskować o stałych cechach.
5. **Uniwersalne rozumienie:** Zakłada się, że ludzie w podobny sposób rozumieją kierowane do nich pytania i potrafią dokonać samooceny pod ich kątem (np. wszyscy tak samo rozumieją słowo „często").

Problemy z tymi założeniami (Krytyka):

- **Brak wglądu:** Badania (Nisbett i Wilson, 1977) pokazują, że ludzie często nie mają dostępu do rzeczywistych przyczyn swoich zachowań. Zamiast faktów, podają swoje potoczne teorie na własny temat („Telling more than we can know").
- **Problemy pamięciowe:** Pamięć autobiograficzna jest zawodna i maleje wraz z upływem czasu. Badani zamiast odtwarzać fakty, rekonstruują je („jak to ze mną zazwyczaj jest").
- **Niejednoznaczność językowa:** Pytania typu „Jak często czytasz gazety?" mogą być interpretowane na wiele sposobów (przeglądanie w kiosku vs prenumerata).
- **Aprobata społeczna:** Badani mają tendencję do „redagowania" odpowiedzi tak, aby wypaść lepiej w oczach diagnosty (autoprezentacja).

---

41. Omów trzy główne strategie tworzenia metod kwestionariuszowych

W psychometrii wyróżnia się trzy zasadnicze podejścia do konstruowania narzędzi samoopisowych. Różnią się one punktem wyjścia (teoria vs dane) oraz procedurą doboru pozycji testowych.

1. Strategia teoretyczna (dedukcyjna / racjonalna)

- **Proces konstrukcji:** Jest to podejście „od ogółu do szczegółu”. Punktem wyjścia jest **istniejąca teoria psychologiczna** opisująca daną cechę lub zjawisko.
- **Etapy:**
    1. Wybór teorii (np. teoria Wielkiej Piątki).
    2. Generowanie wskaźników (pytań/stwierdzeń) na podstawie definicji teoretycznych.
    3. Analiza trafności treściowej (czy pytania dobrze reprezentują konstrukt).
    4. Analizy psychometryczne (weryfikacja empiryczna).
- **Cel:** Pomiar konstruktów teoretycznych.
- **Zalety:** Duża trafność teoretyczna, ekonomiczność procesu tworzenia.
- **Wady:** Ryzyko dużego skorelowania z innymi skalami (jeśli teorie są zbliżone).

2. Strategia kryterialna (empiryczna / zewnętrzna)

- **Proces konstrukcji:** Podejście to ignoruje początkowo treść pytań („ateoretyczność”), a skupia się na ich zdolności do różnicowania grup.
- **Etapy:**
    1. Zdefiniowanie kryterium zewnętrznego (np. diagnoza kliniczna: schizofrenia vs norma).
    2. Stworzenie dużej puli wskaźników (pytań o różnej treści).
    3. Przebadanie grup kontrastowych (np. chorych i zdrowych).
    4. Wyłonienie wskaźników różnicujących grupy (do testu trafiają tylko te pytania, na które grupy odpowiadają odmiennie, niezależnie od treści pytania).
- **Przykład:** MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).
- **Cel:** Diagnoza i prognoza zachowania (klasyfikacja).
- **Zalety:** Duża trafność kryterialna (skuteczność w praktyce).
- **Wady:** Słaba spójność wewnętrzna (mała rzetelność), mała ekonomiczność (wymaga badania wielu grup), specyficzność (działa tylko na to kryterium).

3. Strategia czynnikowa (indukcyjna / wewnętrzna)

- **Proces konstrukcji:** Podejście oparte na statystycznej redukcji danych. Punktem wyjścia są dane empiryczne, z których wyłania się strukturę.
- **Etapy:**
    1. Zgromadzenie szerokiej puli wskaźników (np. przymiotników opisujących zachowanie).
    2. Przebadanie dużej grupy osób.
    3. Analizy statystyczne (**analiza czynnikowa**) – poszukiwanie korelacji między pytaniami.
    4. Wyodrębnienie ostatecznej liczby czynników (wymiarów) na podstawie skupień pytań.
    5. Dopiero na końcu następuje nazwanie czynników i ewentualne stworzenie teorii.
- **Przykład:** Model Cattella czy pierwotnie Wielka Piątka (podejście leksykalne).
- **Cel:** Wykrycie podstawowych wymiarów zachowania.
- **Zalety:** Ekonomiczność opisu (redukcja wielu zmiennych do kilku czynników), wysoka trafność zbieżna i różnicowa.
- **Wady:** Słaba trafność kryterialna w porównaniu do metody zewnętrznej.

---

42. Wymień zalety i wady stosowania metod kwestionariuszowych

Metody kwestionariuszowe, opierające się na samoopisie, są najpopularniejszymi narzędziami w diagnozie osobowości, jednak posiadają istotne ograniczenia metodologiczne.

Zalety:

1. **Ekonomiczność:** Są tanie i szybkie w zastosowaniu; umożliwiają badanie grupowe oraz łatwe obliczanie wyników.
2. **Obiektywność:** Posiadają jasne klucze odpowiedzi, co uniezależnia wynik od osoby diagnosty.
3. **Informatywność:** Dostarczają bogatych danych o subiektywnym świecie badanego.
4. **Możliwość analizy ilościowej:** Pozwalają na stosowanie zaawansowanych metod statystycznych, tworzenie norm i porównywanie wyników.
5. **Redukcja błędu pomiaru:** Zastosowanie wielu pozycji (skali) zamiast jednego pytania zwiększa rzetelność pomiaru.

Wady:

1. **Oparcie na wątpliwych założeniach:** Zakładają, że badany posiada wgląd w swoje stany (samoświadomość), potrafi je zwerbalizować i chce to zrobić szczerze. Tymczasem, zgodnie z badaniami Nisbetta i Wilsona (1977), ludzie często nie mają dostępu do rzeczywistych przyczyn swojego zachowania i opierają się na potocznych teoriach na swój temat („Telling more than we can know”).
2. **Podatność na zafałszowania:**
    - **Aprobata społeczna:** Tendencja do przedstawiania się w lepszym świetle.
    - **Autoprezentacja i dysymulacja:** Celowe ukrywanie wad lub objawów.
    - **Symulacja:** Celowe udawanie objawów.
3. **Problemy z rozumieniem pytań:** Niejednoznaczność terminów (np. co to znaczy „często”? – dla jednej osoby to raz w tygodniu, dla innej raz dziennie).
4. **Problemy z pamięcią:** Pamięć autobiograficzna zanika z czasem i staje się mniej szczegółowa, co zmusza badanego do szacowania („jak to ze mną zazwyczaj jest”), a nie przypominania sobie faktów.

---

43. Wyjaśnij istotę metod opartych na próbach zadaniowych

Metody te, zwane również testami zdolności lub testami obiektywnymi, różnią się fundamentalnie od kwestionariuszy tym, że nie opierają się na deklaracjach badanego, lecz na jego **działaniu**.

Istota metod zadaniowych:

- Polegają na postawieniu przed osobą badaną konkretnego **zadania** do wykonania lub problemu do rozwiązania.

- Mierzą **poziom wykonania** (efektywność), a nie opinię o sobie.
- Dają możliwość obserwacji procesu radzenia sobie z zadaniem oraz motywacji badanego.

Rodzaje testów w ramach prób zadaniowych:

1. **Ze względu na format odpowiedzi:**
    - *Testy zamknięte:* Badany wybiera odpowiedź z podanych opcji (łatwe kodowanie, ale ryzyko zgadywania).
    - *Testy otwarte:* Badany sam formułuje odpowiedź (trudniejsze jednoznaczne kryteria oceny).
2. **Ze względu na formę aktywności:**
    - *Testy werbalne:* Odpowiedzi ustne lub pisemne.
    - *Testy wykonaniowe (bezsłowne):* Manipulowanie przedmiotami, układanie klocków, układanek.

---

44. Wymień najczęstsze zastosowanie metod opartych na próbach zadaniowych

Próby zadaniowe znajdują zastosowanie wszędzie tam, gdzie kluczowy jest pomiar sprawności procesów poznawczych oraz kompetencji, a nie osobowości czy preferencji. Do głównych obszarów należą:

1. **Diagnostyka inteligencji:** Najbardziej klasyczne zastosowanie, np. Skale Inteligencji Wechslera (WAIS, WISC) czy Test Matryc Ravena. Mierzą one ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego.
2. **Diagnoza neuropsychologiczna:** Ocena funkcji poznawczych (pamięci, uwagi, funkcji wykonawczych, języka) w celu wykrycia deficytów wynikających z uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (np. po udarach, urazach).
3. **Diagnoza zdolności specjalnych i parcjalnych deficytów rozwojowych:** Ocena specyficznych umiejętności (np. manualnych, muzycznych) lub trudności (np. dysleksja).
4. **Selekcja zawodowa i Assessment Center:** Wykorzystanie „próbek pracy” (work samples) – zadań symulujących realne czynności zawodowe, aby sprawdzić, jak kandydat poradzi sobie w rzeczywistych warunkach.
5. **Planowanie terapii i rehabilitacji:** Określenie mocnych i słabych stron funkcjonowania poznawczego jako punkt wyjścia do treningu poznawczego.

---

45. Wyjaśnij różnicę pomiędzy zachowaniami maksymalnymi a zachowaniami typowymi

Rozróżnienie to, wprowadzone przez Cronbacha, jest kluczowe dla zrozumienia, co tak naprawdę mierzą różne rodzaje testów. Wyjaśnia ono również niską korelację (r = 0,12) między wynikami testów inteligencji a samoopisem w kwestionariuszach.

1. Zachowania maksymalne (Maximum Performance)

- **Co mierzą:** Górną granicę możliwości człowieka („sufit" możliwości). Odpowiadają na pytanie: *„Jak dobrze potrafisz to zrobić, gdy się bardzo postarasz?"*.
- **Metody:** Testy inteligencji, testy zdolności, próby zadaniowe.
- **Charakterystyka sytuacji:**
    - Osoba badana jest w pełni świadoma, że jest oceniana.
    - Występuje (jawna lub ukryta) instrukcja mobilizująca do **maksymalnego wysiłku** („postaraj się zrobić to jak najlepiej/jak najszybciej").
    - Pomiar jest możliwy w stosunkowo krótkim czasie (np. podczas sesji testowej).

2. Zachowania typowe (Typical Performance)

- **Co mierzą:** Zwyczajny, codzienny sposób funkcjonowania. Odpowiadają na pytanie: *„Co zazwyczaj robisz?", „Jaki jesteś na co dzień?"*.
- **Metody:** Kwestionariusze osobowości, inwentarze temperamentu.
- **Charakterystyka sytuacji:**
    - Dotyczą długich okresów czasu (styl zachowania).
    - Osoba w naturalnej sytuacji nie jest świadoma ciągłej oceny (działa automatycznie, zgodnie z nawykami).
    - W badaniu kwestionariuszowym prosi się o uogólnienie tych typowych zachowań, co jest obarczone ryzykiem błędów poznawczych (teorie na własny temat zamiast faktów).

Wniosek: Testy zadaniowe (zachowania maksymalne) mierzą **to, co człowiek potrafi**, natomiast kwestionariusze (zachowania typowe) mierzą **to, co człowiek zazwyczaj robi**. To dwa różne aspekty funkcjonowania, które nie muszą być ze sobą silnie powiązane.

---

46. Omów istotę wywiadu w pełni strukturalizowanego

Wywiad w pełni strukturalizowany to narzędzie diagnostyczne o najwyższym stopniu sformalizowania, które w swojej istocie przypomina **kwestionariusz ankiety**, z tą różnicą, że pytania są odczytywane przez diagnostę, a nie samodzielnie przez osobę badaną.

Kluczowe cechy charakterystyczne:

- **Ścisła standaryzacja:** Zarówno treść pytań, jak i ich kolejność są z góry ściśle ustalone i niezmienne. Diagnosta nie ma prawa modyfikować sformułowań ani zmieniać sekwencji zadawania pytań.
- **Zamknięty format odpowiedzi:** Często narzucone są gotowe kategorie odpowiedzi (kafeteria), spośród których badany musi wybrać jedną (np. skala: „nigdy", „raz w miesiącu", „dwa razy w tygodniu").
- **Elementy strukturalizujące:** Procedura jest osadzona w konkretnej teorii, ma precyzyjnie określoną treść oraz ujednolicony sposób kodowania wyników.

Przykład: Modelowym przykładem jest **AUDIT** (Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze Spożywaniem Alkoholu), gdzie diagnosta zadaje pytania typu: „Jak często pije Pan/Pani napoje zawierające alkohol?" i oczekuje wyboru jednej z punktowanych opcji (0–4).

Zalety i wady:

- **Zalety:** Wysoka standaryzacja zapewnia łatwość porównywania wyników między różnymi osobami, redukuje zmienność wyników wynikającą z osoby diagnosty, minimalizuje ryzyko błędu diagnozy oraz zapewnia wyższą rzetelność i trafność narzędzia.
- **Wady:** Ograniczona elastyczność – brak możliwości podążania za wątkiem i pogłębienia tematu. Kontakt z osobą badaną jest znacznie spłycony, co może prowadzić do utraty ważnych informacji jakościowych i obniżać autentyczność odpowiedzi (badany wchodzi w tryb „zadaniowy").

---

47. Omów istotę wywiadu częściowo strukturalizowanego

Wywiad częściowo strukturalizowany stanowi kompromis metodologiczny, łączący elementy standaryzacji z elastycznością kliniczną. Jest to forma pośrednia, która pozwala na zachowanie rygoru badawczego przy jednoczesnym utrzymaniu naturalności relacji.

Kluczowe cechy charakterystyczne:

- **Struktura pytań:** Diagnosta dysponuje scenariuszem zawierającym **pytania główne** (obligatoryjne) oraz **pytania dodatkowe/dookreślające** (*follow-up*).
- **Elastyczność:** Choć trzon wywiadu jest ustalony, diagnosta ma swobodę w sposobie formułowania niektórych pytań oraz możliwość doprecyzowania odpowiedzi, jeśli są niejasne. Brak tu ścisłej kontroli nad bodźcami (pytaniami) i reakcjami.
- **Funkcja diagnosty:** Polega na ukierunkowaniu toku rozmowy na istotne obszary oraz kodowaniu danych zgodnie z przyjętymi zasadami.

Przykład – Wywiad o Historii Życia (McAdams, 1995): Jest to rozbudowana procedura badająca tożsamość narracyjną. Obejmuje ona konkretne sekcje, takie jak „Wydarzenia krytyczne" (np. doświadczenie szczytowe, najgorsze doświadczenie, punkt zwrotny), „Wyzwanie życiowe" czy „Osobista ideologia".

- W tej metodzie stosuje się zaawansowany **system kodowania motywów**: analizuje się narracje pod kątem motywów **sprawstwa** (osiągnięcia, władza, wgląd) oraz **związku** (miłość, dialog, jedność). Każde zdarzenie jest oceniane (0 lub 1 pkt) za wystąpienie danego motywu.

Zalety i wady:

- **Zalety:** Dobre parametry psychometryczne, możliwość łączenia podejścia nomotetycznego i idiograficznego, uzyskiwanie precyzyjnych i wiarygodnych informacji przy zachowaniu naturalności rozmowy. Można wykorzystać dane z obserwacji.

- **Wady:** Wymaga dużych nakładów pracy przy tworzeniu (konstrukcja scenariusza i systemu kodowania), trudniejsza analiza danych niż w metodach w pełni ustrukturalizowanych, większe ryzyko wpływu subiektywizmu psychologa na wynik.

---

48. Omów istotę wywiadu swobodnego

Wywiad swobodny (niestrukturalizowany) to forma rozmowy diagnostycznej o najmniejszym stopniu sformalizowania, przebiegająca w formie luźnej konwersacji z minimalnym planem.

Kluczowe cechy charakterystyczne:

- **Brak sztywnego schematu:** Pytania zależą od toku rozmowy i inicjatywy osoby badanej. Diagnosta podąża za klientem, eksplorując wątki, które pojawiają się spontanicznie.
- **Jakościowy charakter:** Celem jest głębokie poznanie subiektywnego świata osoby badanej, jej sposobu rozumienia rzeczywistości i nadawania znaczeń.
- **Rola diagnosty:** Diagnosta musi wykazać się wysokimi kompetencjami komunikacyjnymi i umiejętnością budowania relacji, gdyż to on jest głównym „narzędziem” pomiarowym.

Ocena metodologiczna:

- Z punktu widzenia psychometrycznego (statystycznego) wywiad swobodny bywa krytykowany jako metoda mało wartościowa (wyjaśnia zaledwie ok. 5% wariancji, niska rzetelność). Jest podatny na błędy interpretacyjne i zależny od kompetencji oraz stylu psychologa.
- Jednakże jest niezastąpiony w budowaniu relacji interpersonalnej (przymierza), stawianiu wstępnych hipotez oraz w sytuacjach nietypowych, wymykających się algorytmom (podejście idiograficzne).

Zalety i wady:

- **Zalety:** Umożliwia najgłębsze poznanie osoby, jest elastyczny, naturalny, pozwala odkryć treści nieoczekiwane, których nie przewidziano w kwestionariuszach.
- **Wady:** Niska porównywalność wyników, duże ryzyko błędów interpretacyjnych, czasochłonność analizy.

---

49. Porównaj pod kątem zalet i wad formy wywiadu wyróżnione pod kątem stopnia ustrukturalizowania

Poniższe zestawienie integruje informacje z tabel i opisów zawartych w materiałach:

Cecha	Wywiad Ustrukturalizowany	Wywiad Częściowo Ustrukturalizowany	Wywiad Swobodny

Główna zaleta	**Wysoka standaryzacja i rzetelność.** Łatwość porównywania wyników między badanymi. Redukcja błędu diagnosty.	**Równowaga.** Umożliwia zachowanie porównywalności przy jednoczesnym dostosowaniu się do badanego. Sprzyja naturalnej rozmowie.	**Głębokie poznanie.** Umożliwia dotarcie do unikalnych, nieoczekiwanych treści i subiektywnego świata badanego.
Główna wada	**Ograniczona elastyczność.** Znaczne spłycenie kontaktu z osobą badaną. Ryzyko utraty ważnych informacji spoza schematu. Niższa autentyczność odpowiedzi.	**Trudniejsza analiza danych.** Wymaga dużych nakładów badawczych przy tworzeniu narzędzia. Ryzyko wpływu subiektywizmu.	**Niska porównywalność.** Duże ryzyko błędów interpretacyjnych. Silna zależność od kompetencji i stylu psychologa. Mała wartość psychometryczna.
Kontrola	Ścisła kontrola nad bodźcami (pytaniami) i reakcjami.	Brak ścisłej kontroli, ale ukierunkowanie toku rozmowy.	Minimalna kontrola, podążanie za badanym.
Zastosowanie	Badania przesiewowe, naukowe, sytuacje wymagające twardych danych (np. orzecznictwo).	Badania naukowe łączące podejście ilościowe i jakościowe, diagnoza kliniczna.	Wstępna eksploracja problemu, psychoterapia, podejście ściśle idiograficzne.

---

50. Wymień główne elementy przygotowania wywiadu swobodnego

Mimo nazwy „swobodny”, profesjonalny wywiad wymaga starannego przygotowania. Opiera się ono na **Procedurze pięciu pytań Teresy Szustrowej**, która nadaje strukturę wnioskowaniu diagnostycznemu.

1. Określenie celu badania (Po co?) Diagnosta musi wiedzieć, po co przeprowadza wywiad. Należy zdefiniować problem badawczy, ustalić, do czego wywiad jest potrzebny oraz jakie ramy wyznacza instytucja (np. sąd, szkoła, firma). Należy też uwzględnić ewentualne cele dodatkowe.

2. Wybór orientacji teoretycznej (W jakim języku?) Należy ustalić podłoże teoretyczne. Z jakiej teorii diagnosta chce korzystać? Jakich pojęć będzie używał do opisu zjawisk i co one znaczą w świetle tej konkretnej teorii? (np. czy interpretujemy „lęk” w ujęciu behawioralnym czy psychodynamicznym).

3. Sformułowanie pytań i hipotez diagnostycznych (Co chcę wiedzieć?)

- **Pytania diagnostyczne:** Zadajemy je sobie, gdy jeszcze nic nie wiemy o badanym (eksploracja).
- **Hipotezy:** Formułujemy je, gdy mamy już pewne podejrzenia (przesłanki) i chcemy je zweryfikować. Dobra hipoteza musi być weryfikowalna i mieć ograniczony zakres. Utrzymanie linii wyznaczonej przez hipotezy pozwala uniknąć chaosu w trakcie rozmowy.

4. Dobór wskaźników (Po czym to poznam?) Wskaźniki to obserwowalne przejawy stanów, o które pytamy. Informują nas, czy odpowiedź na pytanie diagnostyczne jest twierdząca. Wykłady wyróżniają 5 rodzajów wskaźników:

- **Treść wypowiedzi:** Co badany mówi wprost (np. „Nigdy nie było źle").
- **Forma wypowiedzi:** Jak to mówi (np. zaprzeczenia, użycie czasu przeszłego zamiast teraźniejszego, ogólniki).
- **Dane obserwacyjne:** Zachowanie niewerbalne (np. spuszczenie wzroku, wiercenie się).
- **Dane z recypatii:** Subiektywne wrażenia i odczucia diagnosty w kontakcie (np. poczucie, że zadało się niewłaściwe pytanie, napięcie).
- **Dane kontekstowe:** Wzajemne związki danych, niespójności, adekwatność reakcji do sytuacji.

5. Operacjonalizacja (Jak to zbadam?) Operacjonalizacja to obmyślenie konkretnych sposobów zdobycia potrzebnych informacji w wywiadzie (przełożenie wskaźników na konkretne pytania do klienta). Na tym etapie diagnosta planuje strategię zadawania pytań:

- **Rodzaje pytań:** Otwarte/zamknięte, wprost/projekcyjne, neutralne/tendencyjne.
- **Strategie sekwencji pytań:**
    - **Zasada „lejka":** Od pytań ogólnych i otwartych do szczegółowych. Jest bezpieczna, wzmacnia podmiotowość i spontaniczność badanego.
    - **Zasada „odwróconego lejka":** Od pytań konkretnych do ogólnych. Stosowana u osób o wysokim poziomie lęku, z niższym intelektem, ubogim słownikiem lub niemających wyrobionego zdania (pomaga im się „rozgrzać" na konkretach).

---

51. Wyjaśnij współczesne rozumienie pojęcia projekcji

Współczesne podejście do projekcji w psychologii różni się od klasycznego ujęcia psychoanalitycznego, rozszerzając jego znaczenie z mechanizmu obronnego na ogólny mechanizm poznawczy.

1. Ujęcie klasyczne (Zygmunt Freud): Pierwotnie projekcja była rozumiana wąsko jako **mechanizm obronny**, polegający na nieświadomym przypisywaniu innym ludziom własnych, nieakceptowanych impulsów, cech czy uczuć, aby zredukować lęk i uniknąć konfrontacji z nimi we własnym wnętrzu.

2. Ujęcie współczesne (szerokie): Obecnie projekcję traktuje się szerzej jako proces **apercepcji** (percepcji wzbogaconej o przeszłe doświadczenia). Zakłada się, że każdy akt

percepcji bodźca wieloznacznego jest uwarunkowany przez wewnętrzne stany obserwatora. Projekcja to zatem proces, w którym osoba badana „rzutuje” swoje stany wewnętrzne, potrzeby, emocje i schematy poznawcze na materiał testowy, nadając mu indywidualne znaczenie.

W wykładach wyróżniono specyficzne rodzaje projekcji, które precyzują ten mechanizm:

- **Projekcja atrybutywna:** Polega na przypisywaniu innym własnej, uświadomionej cechy przy jednoczesnym jej rzutowaniu. Przykład: Osoba, która uważa się za nieuczciwą, ma tendencję do postrzegania innych również jako nieuczciwych („każdy kradnie”).
- **Projekcja panglosowsko-kasandryjska:** Dotyczy rzutowania cechy przeciwstawnej do posiadanej (często nieuświadomionej):
    - *Typ panglosowski:* Osoba nieświadoma swojej wrogości postrzega świat przez różowe okulary (pozytywnie).
    - *Typ kasandryjski:* Osoba z nieświadomym pozytywnym nastawieniem postrzega innych jako wrogich i zagrażających.
- **Projekcja komplementarna:** Zakłada rzutowanie na innych cechy, która jest dopełnieniem (komplementarna) w stosunku do cechy, której osoba jest świadoma u siebie. Przykład: Osoba świadoma własnego lęku przypisuje otoczeniu cechy zagrażające i agresywne (lęk wymaga obiektu zagrażającego).

---

52. Wyjaśnij znaczenie terminu „test projekcyjny”

Termin „test projekcyjny” (wprowadzony przez Franka w 1939 r.) odnosi się do specyficznej grupy metod diagnostycznych, których wspólną cechą jest **niejednoznaczność i mała strukturalizacja materiału bodźcowego**.

Istota testu projekcyjnego:

- **Zadanie:** Osoba badana otrzymuje materiał, który nie ma jednego, narzuconego znaczenia (np. plamy atramentowe w teście Rorschacha, wieloznaczne obrazki w TAT, niedokończone zdania w RISB). Jej zadaniem jest nadanie temu materiałowi struktury i znaczenia (np. opowiedzenie historii, dokończenie myśli).
- **Hipoteza projekcyjna:** U podstaw tych testów leży założenie (hipoteza projekcyjna Rapaporta), że sposób, w jaki jednostka organizuje i interpretuje wieloznaczny materiał, odzwierciedla jej fundamentalne, często nieświadome aspekty osobowości: potrzeby, lęki, konflikty, motywy oraz sposób postrzegania świata.
- **Cel:** Celem jest dotarcie do ukrytych (latentnych) warstw osobowości, które są trudne do zbadania metodami samoopisowymi z powodu mechanizmów obronnych lub braku wglądu osoby badanej.

Przykłady wymieniane w materiałach to: Test Rorschacha (plamy), TAT (Test Apercepcji Tematycznej), RISB (Test Niedokończonych Zdań Rottera).

---

53. Porównaj techniki projekcyjne z kwestionariuszami oraz próbami zadaniowymi pod kątem obszaru badania oraz stopnia wpływu osoby badanej na informacje diagnostyczne

Wykłady prezentują wyraźne rozróżnienie między tymi trzema grupami metod, oparte na tym, *co* mierzą oraz na ile podatne są na celową *manipulację* ze strony badanego.

Cecha porównawcza	Kwestionariusze (Metody samoopisowe)	Próby zadaniowe (Testy obiektywne)	Techniki projekcyjne
Obszar badania	**Cechy, dyspozycje, przekonania.** Badają to, co osoba o sobie wie i co chce ujawnić (jawny obraz siebie).	**Zdolności, umiejętności, procesy poznawcze.** Badają sprawność wykonania zadania (np. inteligencję, uwagę).	**Motywy, potrzeby, nieświadome mechanizmy.** Badają „siły” organizujące percepcję, myślenie i odczuwanie; zmienne głębokie.
Możliwość manipulowania (wpływ badanego)	**Łatwa.** Badany ma dużą kontrolę nad tym, jak się zaprezentuje (ryzyko aprobaty społecznej, symulacji).	**Ograniczona.** Można udawać gorszego (symulować brak zdolności), ale nie można udawać lepszego (nie da się rozwiązać zadania powyżej swoich możliwości).	**Bardzo ograniczona.** Ponieważ cel badania jest niejawny, a materiał wieloznaczny, badany nie wie, która odpowiedź jest „dobra” lub co jest oceniane, co utrudnia celowe zafałszowanie wyniku.

---

54. Podaj sposób, za pomocą którego można skategoryzować metody projekcyjne

Zgodnie z klasyfikacją (wywodzącą się m.in. od Franka i Lindzeya), metody projekcyjne dzieli się ze względu na **rodzaj zadania**, jakie stawia się przed osobą badaną. W materiałach wyróżnia się następujące kategorie:

1. **Skojarzenia (Association):** Zadaniem jest zareagowanie na bodziec (słowo, plamę) pierwszym skojarzeniem, jakie przychodzi do głowy.
    - *Przykład:* Test Rorschacha, Test Skojarzeń Słownych.
2. **Konstruowanie (Construction):** Zadaniem jest stworzenie (skonstruowanie) dłuższego wytworu, np. opowiadania, na podstawie przedstawionego bodźca.
    - *Przykład:* Test Apercepcji Tematycznej (TAT) – układanie historii do obrazków.
3. **Uzupełnianie (Completion):** Zadaniem jest dokończenie niekompletnego materiału bodźcowego w sposób, który wydaje się badanej osobie sensowny.

    - *Przykład:* Test Niedokończonych Zdań Rottera (RISB), testy rysunkowe typu „dokończ rysunek” (Warnegg).
4. **Wybór / Porządkowanie (Choice/Ordering):** Zadaniem jest wybór bodźców, które najbardziej się podobają/nie podobają lub ułożenie ich w określonej kolejności.
    - *Przykład:* Test Szondiego (wybór twarzy), Test Kolorów Luschera (choć jego status naukowy jest niski).
5. **Ekspresja (Expression):** Zadaniem jest swobodna ekspresja poprzez rysunek lub zabawę, bez konkretnego materiału wyjściowego (poza kartką i kredką).
    - *Przykład:* Rysunek Postaci Ludzkiej, Rysunek Rodziny, psychodrama.

---

55. Wymień główne kategorie zachowań uaktywnianych podczas badania testem projekcyjnym

W kontekście analizy materiału projekcyjnego (w szczególności narracyjnego, jak w TAT czy wywiadzie narracyjnym), materiały wykładowe przywołują systemy kodowania oparte na teorii motywacji. Najważniejsze kategorie zachowań (motywów) to:

1. Wielka Trójka Motywów (McClelland): Badania nad TAT (Test Apercepcji Tematycznej) doprowadziły do wyodrębnienia trzech głównych potrzeb, które organizują ludzkie zachowanie i ujawniają się w opowieściach:

- **Potrzeba Osiągnięć (Achievement):** Dążenie do doskonałości, sukcesu, rywalizacji ze standardami.
- **Potrzeba Władzy (Power):** Dążenie do wywierania wpływu na innych, kontroli, prestiżu.
- **Potrzeba Afiliacji/Intymności (Affiliation):** Dążenie do nawiązywania i utrzymywania ciepłych relacji z innymi, lęk przed odrzuceniem.

2. System kodowania McAdamsa (dla narracji): Współczesne podejście narracyjne (np. Wywiad o Historii Życia) wykorzystuje system kodowania oparty na dwóch fundamentalnych metakategoriach („tematach życia”), które są uszczegółowieniem motywów McClellanda:

- **Sprawstwo (Agency):** Dążenie do indywidualizacji, ekspansji Ja, opanowania środowiska. Kategorie szczegółowe:
    - *Osiągnięcia/odpowiedzialność* (sukces, przejęcie kontroli).
    - *Władza/wpływ* (wywieranie wpływu na innych).
    - *Wgląd w siebie* (zrozumienie, nowa perspektywa).
    - *Pozycja/zwycięstwo* (uzyskanie statusu).
- **Związek/Wspólnota (Communion):** Dążenie do bycia częścią większej całości, relacje interpersonalne. Kategorie szczegółowe:
    - *Miłość/przyjaźń* (bliskość, erotyka, przywiązanie).
    - *Dialog* (wzajemna komunikacja).
    - *Opieka/pomoc* (troska o innych lub otrzymywanie troski).
    - *Jedność/bycie razem* (poczucie wspólnoty, synchronizacja).

W badaniu projekcyjnym diagnosta analizuje wytwory badanego (opowieści), zliczając występowanie powyższych kategorii, co pozwala określić dominujące motywy kierujące życiem danej osoby.

56. Opisz główne podejścia stosowane w interpretacji danych uzyskanych za pomocą metod projekcyjnych

Interpretacja danych z metod projekcyjnych jest procesem złożonym, który ewoluował od podejścia czysto klinicznego do prób ujęcia psychometrycznego. W oparciu o analizę materiałów, można wyróżnić kluczowe podejścia do rozumienia i interpretowania zachowań testowych osoby badanej:

1. **Podejście oparte na analizie subiektywnego spostrzegania (Analiza percepcji):**
    - W tym podejściu diagnosta koncentruje się na tym, jak osoba badana organizuje nieustrukturalizowany materiał bodźcowy. Instrukcje w testach projekcyjnych (np. Rorschach) pozostawiają badanemu swobodę co do: zakresu spostrzeganego pola bodźców, ich poznawczej kategoryzacji oraz integracji elementów.
    - Interpretacja skupia się na **formalnych aspektach przekazu** – nie tyle *co* badany widzi, ale *jak* to widzi (np. czy reaguje na całość plamy, czy na detale; czy dominuje forma, czy kolor). Jest to analiza procesów poznawczych i stylu funkcjonowania percepcyjnego.
2. **Podejście oparte na interpretacji znaczeń (Analiza treści/Fabularyzacja):**
    - To podejście koncentruje się na treściach symbolicznych i narracyjnych. Polega na przypisywaniu przez osobę badaną właściwości psychologicznych i społecznych zdarzeniom, postaciom i obiektom prezentowanym w materiale testowym (np. w TAT).
    - Diagnosta analizuje **fabularyzację związków i znaczeń** – w jaki sposób badany tworzy opowieść, jakie motywy przypisuje postaciom, jakie są relacje między nimi. Ujawnia to nieświadome motywy, konflikty i dążenia (zgodnie z założeniem, że projekcja to uzewnętrznianie świata wewnętrznego).
3. **Podejście psychometryczne (Skupione na oznakach/wskaźnikach):**
    - Jest to próba obiektywizacji interpretacji poprzez poszukiwanie **powtarzających się różnic** i korelacji między wynikami testu a kryteriami zewnętrznymi.
    - Polega na ustaleniu konkretnych wskaźników (np. „30 wskaźników trudności adaptacyjnych”), które tworzą rodzaj skali. Diagnosta zlicza występowanie określonych znaków (np. specyficznych elementów w rysunku). Można je sumować i ustalić próg (punkt odcięcia), powyżej którego orzeka się o istnieniu danej cechy lub zaburzenia (np. problemów adaptacyjnych). To podejście zbliża metody projekcyjne do testów psychometrycznych, starając się nadać im charakter ilościowy.

57. Wymień podstawowe zasady stosowania technik projekcyjnych

Stosowanie metod projekcyjnych wiąże się z podwyższonym ryzykiem błędu i nadinterpretacji, dlatego materiały wykładowe precyzują rygorystyczne zasady ich używania w diagnozie profesjonalnej:

1. **Zasada weryfikacji krzyżowej (Triangulacja):**
    - Dane uzyskane za pomocą metod projekcyjnych należy bezwzględnie **sprawdzać** za pomocą innych metod. Nie wolno opierać diagnozy wyłącznie na projekcji. Należy konfrontować je z informacjami z wywiadu, obserwacji, danych z historii życia oraz testów obiektywnych (kwestionariuszy).
2. **Status hipotezy, a nie faktu:**
    - Wyników technik projekcyjnych nie należy traktować jako „wyroczni” czy prawdy objawionej, ale wyłącznie jako źródło wartościowych **hipotez diagnostycznych**, które wymagają dalszej weryfikacji.
3. **Zasada kompetencji i aktualnej wiedzy:**
    - Diagnosta ma obowiązek sprawdzać **aktualną wiedzę naukową** na temat wartości danej metody (jej trafności i rzetelności w świetle nowych badań).
    - Używanie tych metod wymaga przejścia specjalistycznego **treningu** pod okiem doświadczonego diagnosty (superwizja) – sama wiedza teoretyczna nie wystarcza.
4. **Zasada ograniczonego zastosowania (Zakaz wykrywania faktów):**
    - Metod projekcyjnych **nie wolno używać do wykrywania faktów** z życia badanego, w szczególności do orzekania o nadużyciach seksualnych lub fizycznych. Testy te badają subiektywny świat przeżyć, a nie obiektywną rzeczywistość historyczną.
5. **Dostosowanie do grupy celowej:**
    - Metody te są szczególnie użyteczne w badaniu specyficznych grup, gdzie inne metody zawodzą:
        - **Dzieci** (naturalne zainteresowanie zabawą/rysunkiem, ominięcie barier werbalnych).
        - Osoby o **niskim statusie** edukacyjnym/społecznym lub z trudnościami w czytaniu/pisaniu.
        - **Cudzoziemcy** (bariera językowa).
        - Osoby **zaburzone**, niezdolne do wglądu i samooceny.
        - Osoby **niechętne do ujawniania się** wprost (np. w sytuacjach sądowych, gdzie występuje silna tendencja do symulacji/dyssymulacji), ponieważ w testach projekcyjnych trudniej jest celowo zmanipulować wynik.

58. Opisz istotę metod opartych na Q-sorcie

Technika Q-sort (sortowanie Q) jest metodą diagnostyczną sytuującą się na pograniczu podejścia idiograficznego i nomotetycznego, służącą do ilościowej analizy danych jakościowych (subiektywnych).

- **Procedura:** Badanie polega na sortowaniu przez osobę badaną zbioru wizytówek (kart), na których wypisane są twierdzenia, przymiotniki lub opisy zachowań.
- **Wymuszony rozkład:** Zadaniem osoby badanej jest przyporządkowanie tych kart do określonej liczby kategorii (np. od „najmniej do mnie pasuje" do „najbardziej do mnie pasuje"). Kluczową cechą jest to, że liczba kart, które mogą znaleźć się w danej kategorii, jest z góry narzucona i tworzy **rozkład normalny** (krzywą Gaussa). Oznacza to, że najwięcej kart musi trafić do kategorii środkowych („nie mam zdania", „trochę pasuje"), a najmniej do kategorii skrajnych.
- **Zastosowanie:** Q-sort jest często wykorzystywany do badania struktury „Ja" oraz rozbieżności w obrazie siebie.
    - Badany może sortować karty instrukcją „Jaki jestem?" (Ja realne).
    - Następnie sortuje te same karty instrukcją „Jaki chciałbym być?" (Ja idealne).
    - Obliczenie korelacji między tymi dwoma sortowaniami daje wskaźnik samoakceptacji lub spójności wewnętrznej.
- **Analiza typu Q:** W przeciwieństwie do analizy typu R (gdzie koreluje się testy/zmienne na grupie osób), analiza typu Q (z której wywodzi się Q-sort) polega na korelownaniu osób (lub różnych stanów tej samej osoby) na zbiorze zmiennych. Pozwala to na uchwycenie niepowtarzalnej konstelacji cech danej jednostki (podejście idiograficzne) przy zachowaniu rygoru ilościowego.

---

59. Wymień i opisz podstawowe etapy procesu diagnozowania ujęte w modelu GAP

Model GAP (*Guidelines for the Assessment Process*) to kompleksowy, międzynarodowy standard procesu diagnozowania, który integruje wymogi metodologiczne z etycznymi. Składa się z czterech głównych etapów, z których każdy dzieli się na szczegółowe kroki:

1. Analiza przypadku (Diagnoza opisowa)

- **1.1. Analiza oczekiwań, skarg i celów:** Zbieranie ogólnych informacji, ocena problemu, ustalenie, czy diagnosta jest kompetentny do jego rozwiązania, oraz zawarcie formalnego kontraktu (uzyskanie świadomej zgody).
- **1.2. Sformułowanie testowalnych hipotez:** Przekształcenie problemu klienta na język psychologiczny. Obejmuje wybór konstruktów, sformułowanie hipotez (opisowych, wyjaśniających) oraz ich operacjonalizację (dobór wskaźników i narzędzi).
- **1.3. Zbieranie informacji:** Zaplanowanie procedur (z uwzględnieniem kosztów i uciążliwości dla badanego), przeprowadzenie badań (zgodnie ze standardami) i monitorowanie jakości zbieranych danych.

- **1.4. Przetwarzanie informacji:** Analiza i ocena jakości danych, interpretacja wyników testowych zgodnie z normami, wyprowadzenie wniosków i ocena ich pewności.

2. Organizowanie i raportowanie wyników

- **2.1. Integracja wyników:** Połączenie wszystkich danych w **konceptualizację przypadku** (model roboczy). Wymaga uwzględnienia sprzecznych informacji i stworzenia spójnej odpowiedzi na pytania klienta.
- **2.2. Raport:** Przygotowanie formalnego dokumentu (ustnego lub pisemnego). Raport musi być jasny, oddzielać fakty od interpretacji, odpowiadać na pytania zlecającego i zawierać specyficzne rekomendacje.
- **2.3. Dyskusja i decyzja:** Omówienie raportu z klientem, upewnienie się, że został zrozumiany, oraz podjęcie decyzji o zakończeniu procesu lub przejściu do interwencji.

3. Planowanie interwencji

- Ten etap następuje, jeśli diagnoza wskazuje na potrzebę działania. Obejmuje wybór celów interwencji, dobór specyficznych procedur pomocy oraz ustalenie zmiennych, które będą monitorowane w celu oceny postępów.

4. Ocena interwencji i badanie kontrolne (Follow-up)

- **4.1. Zbieranie danych o efektach:** Ponowny pomiar wskaźników po zakończeniu interwencji.
- **4.2. Analiza efektów:** Porównanie stanu przed i po interwencji, wyciągnięcie wniosków o skuteczności.
- **4.3. Odroczone badanie kontrolne:** Sprawdzenie trwałości zmian po upływie pewnego czasu od zakończenia interwencji.

---

60. Opisz klasyczną strukturę raportu z badania diagnostycznego

Raport psychologiczny jest sformalizowanym efektem końcowym diagnozy, służącym przekazaniu informacji osobie zlecającej (niekoniecznie psychologowi). Jego klasyczna struktura obejmuje następujące sekcje:

1. **Dane nagłówkowe i formalne:**
    - Imię i nazwisko badanego, wiek (data urodzenia), pochodzenie/wykształcenie.
    - Data badania i sporządzenia raportu.
    - Imię i nazwisko badającego oraz informacja, kto zlecił badanie.
2. **Problem diagnostyczny (Cel badania):**
    - Zwięzłe przedstawienie powodu zgłoszenia się na badanie (skargi, pytania).

    - Krótki opis natury problemu i uzasadnienie przeprowadzenia procedury (np. diagnoza różnicowa, ocena zdolności). Celem jest ukierunkowanie uwagi czytelnika.
3. **Opis procedury badania (Metody):**
    - Wymienienie wszystkich zastosowanych narzędzi (testów, kwestionariuszy) z podaniem ich pełnych nazw.
    - Informacje o wywiadzie (struktura, czas) oraz ewentualnych źródłach zewnętrznych (np. dokumentacja medyczna, opinie ze szkoły). Całościowy czas badania.
4. **Obserwacje dotyczące zachowania:**
    - Opis wyglądu zewnętrznego, stylu zachowania, kontaktu z diagnostą (styl relacji), mimiki, tempa wypowiedzi.
    - **Ważne:** Tu opisujemy fakty obserwacyjne (np. „mówił cicho, unikał wzroku”), a nie wnioski (np. „jest lękliwy”). Należy odnotować zachowania typowe oraz wyjątkowe dla danej sesji.
5. **Informacje o badanym (Historia życia/Anamneza):**
    - Opis faktów z życiorysu, które są istotne dla problemu diagnostycznego (historia problemu).
    - Obejmuje: sytuację rodzinną, zawodową, historię rozwoju, ważne wydarzenia życiowe, wcześniejsze leczenie. Unika się tu zbędnych detali nieistotnych dla celu badania.
6. **Wyniki testów (Sekcja opcjonalna/Zależna od celu):**
    - Prezentacja wyników (często wymagana w opiniach sądowych). Należy podawać wyniki w formie zrozumiałej (np. centyle, opisy poziomu), a nie surowe protokoły. Prezentacja powinna być logiczna (np. od intelektu, przez osobowość, do sfery emocjonalnej).
7. **Wnioski i interpretacje:**
    - Jest to **główna i najważniejsza część raportu**.
    - Diagnosta integruje dane z różnych źródeł (wywiad, testy, obserwacja) tworząc **konceptualizację przypadku**.
    - Opisuje się tu obszary funkcjonowania (np. poznawcze, emocjonalne, społeczne), mechanizmy powstawania problemów i ich uwarunkowania. Każde twierdzenie powinno mieć oparcie w zgromadzonych danych.
8. **Podsumowanie i rekomendacje:**
    - Syntetyczna odpowiedź na pytania postawione na początku (w punkcie 2).
    - Wskazanie najważniejszych wniosków bez wchodzenia w detale.
    - **Zalecenia:** Konkretne, praktyczne i realne wskazówki dotyczące dalszego postępowania (np. psychoterapia, konsultacja psychiatryczna, zmiana metod wychowawczych), bezpośrednio wynikające z diagnozy.