

32

Etyka zawodu
psychologa
Wybrane zagadnienia

32

Etyka zawodu psychologa

Wybrane zagadnienia

Władysław Jacek Paluchowski



Poznań 2026

KOMITET NAUKOWY
Jerzy Brzeziński, Agnieszka Cybal-Michalska
Zbigniew Drozdowicz (przewodniczący), Rafał Drozdowski
Piotr Orlik, Jacek Sójka

RECENZJA
prof. dr hab. Jan Czesław Czabała

REDAKCJA NAUKOWA
prof. UAM dr hab. Aleksandra Pilarska

PROJEKT OKŁADKI
Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM

REDAKCJA I KOREKTA
Klaudia Kulmińska

ŁAMANIE
Izabela Baran

Wydanie I

Publikacja finansowana z funduszy
Wydziału Psychologii i Kognitywistyki UAM

© Copyright by Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu 2026
© Copyright by Władysław Jacek Paluchowski 2026

ISBN 978-83-66983-77-9

ISBN 978-83-7589-148-5

Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89c
www.wnsh.amu.edu.pl, wnsh@amu.edu.pl, tel. (61) 829 22 54

Wydawnictwo Fundacji Humaniora
60-682 Poznań, ul. Biegańskiego 30A
www.funhum.home.amu.edu.pl, drozd@amu.edu.pl, tel. 519 340 555

SPIS TREŚCI

Wstęp	9
1 O etyce i kodeksach zawodowych	13
1.1 Problemy etyki zawodu	13
1.2 Kodeksy etyki zawodowej – potrzeba kodeksów, ich funkcje i budowa	17
2 O etycznych aspektach zawodu psychologa	25
2.1 Założenia i wartości etyki zawodowej psychologa	25
2.1.1 Specyfika zawodowej działalności psychologów. Psycholog jako zawód zaufania i wynikające z tego konsekwencje ..	26
2.1.2 Krótka (i niekończąca się) historia kodeksu etyki zawodowej psychologa	38
2.1.3 Zasady etycznej działalności zawodowej psychologa w świetle kodeksów zawodowych i innych źródeł	40
2.1.4 Modele relacji psycholog – odbiorca	54
2.2 Ogólne zasady etyczne mające zastosowanie do wszystkich psychologów	59
2.2.1 Zasada czynienia dobra. Troska o dobrostan osób	60
2.2.2 Konsekwencje nierówności w relacji zawodowej	65
2.2.3 Poszanowanie prawa do godności	81
2.2.4 Zawodowa, naukowa i społeczna odpowiedzialność	109
2.2.5 Model podejmowania decyzji	139
2.3 Etyczne problemy w opiniowaniu i orzekaniu psychologicznym	158
2.3.1 Opiniowanie i orzekanie. Kompetencje i narzędzia	158
2.3.2 Psycholog i prawo	194
2.3.3 Inne problemy opiniowania i orzekania	200

2.4 Etyczne problemy w pomocy psychologicznej i psychoterapii	210
2.4.1 Indywidualna interwencja psychologiczna	211
2.4.2 Asymetria relacji psycholog – odbiorca i jej konsekwencje	215
2.4.3 Inne problemy pomagania	224
2.4.4 Nieetyczne interwencje pomocowe	232
2.5 Podstawowe problemy etyczne badań naukowych z udziałem ludzi	237
3. O dydaktyce etyki zawodowej psychologów	255
3.1 Sens nauczania etyki zawodu	255
3.2 Sposoby uczenia etyki – z doświadczeń polskich uczelni	257
3.3 Etyka zawodu psychologa – wykład i co dalej?	260
Posłowie	271
Bibliografia	273

Mój pierwszy nauczyciel, wybitny emigracyjny filozof rosyjski, Sergiusz Hessen wpoił we mnie mocne przekonanie, że moralność nie daje się pogodzić z żadną formą przymusu – nie tylko przymusu prawnego, lecz również ze zorganizowaną presją społeczną. Mobilizacja zbiorowego nacisku moralnego niszczy autentyczną moralność, ponieważ niezgodna jest z wolnością sumienia i ideałem miłości. Moralność nie może narzucać swych norm przez legislację i powinna urzeczywistniać swe cele za pomocą przykładu, a nie przez tworzenie atmosfery wymuszonego konformizmu.

Dziennik.pl, 2007.

•

WSTĘP

• • •

Mówiąc o etyce zawodowej, większy nacisk kładziemy na indywidualną wolność „od” niż na wolność „do”. Wolność „od” skupia się na przestrzeni wolnej od posłuszeństwa i przymusu („muszę”), a wolność „do” rozumiana jest jako możliwość oraz zdolność do samorealizacji i wyboru własnej drogi życiowej („mogę”). Z perspektywy etyki zawodowej mniejszą wagę przywiązujemy do tego, jakie prawa ma współuczestnik działalności psychologa, ale wskazujemy obowiązki psychologa wynikające ze specyfiki relacji zawodowej, w której uczestniczy.

Psychologowie w swojej praktyce mierzą się z szeregiem kluczowych dylematów etycznych i zawodowych, które wymagają głębokiej refleksji i analizy. Zawód psychologa jest klasyfikowany jako zawód zaufania publicznego, co nakłada na jego przedstawicieli wysokie standardy etyczne. Ważnym źródłem problemów i dylematów etycznych są różne aspekty relacji między psychologiem a odbiorcą usługi psychologicznej. Jej podstawą jest zaufanie do wiedzy i umiejętności specjalisty oraz przekonanie, że to dobro klienta będzie głównym kryterium działania psychologa. Psycholog nie ocenia zgodności działań klienta z jakimś określonym porządkiem moralnym, ale z jego dobrem czy interesem. Zgoda na skorzystanie z usługi psychologicznej musi być zawsze świadoma, dobrowolna i oparta na informacji wystarczającej do podjęcia decyzji.

Czasem jednak pojawia się konflikt między dobrem klienta a dobrem innych osób. Relacja ta jest z natury asymetryczna, ponieważ psycholog dysponuje większą wiedzą i kompetencjami w zakresie zdrowia psychicznego. Klient rezygnuje z części swoich praw, w tym autonomii, w zamian za pomoc. To rodzi ryzyko paternalizmu i naruszania autonomii: psycholog może podjąć decyzję za klienta (paternalizm) lub naruszyć jego autonomię w różnych formach interwencji psychologicznej. Z tego punktu widzenia

ważnymi aspektami tej relacji i autonomii usługobiorcy są problem granic zawodowych, w tym łączenia ról (np. zawodowej i pozazawodowej), oraz relacje seksualne z klientami, co stanowi poważne naruszenie etyczne realizacji roli zawodowej psychologa.

Innym źródłem problemów i dylematów etycznych towarzyszących pracy psychologa są specyficzne działania zawodowe. Jednym z nich jest diagnozowanie w celu opiniowania i orzekania, z założenia ingerujące w dobra osobiste jednostki. Psycholog musi posiadać odpowiednie kompetencje i jednocześnie rozumieć wymóg ciągłego rozwoju zawodowego w tym obszarze, mieć wiedzę na temat stosowanych metod i technik, w tym kompetencje psychometryczne, oraz unikać spekulacji przy interpretacji ich wyników. Ponadto ma obowiązek przestrzegania tajemnicy zawodowej, nawet wobec sądu, chyba że zostanie z tego formalnie zwolniony. Etyczna diagnoza wymaga odpowiedzialności i szacunku dla osoby badanej. Istotnym źródłem zawodowych dylematów etycznych są też indywidualne interwencje psychologiczne, obejmujące psychoterapię, pomoc psychologiczną czy poradnictwo. Kluczowe dla rozważań są etyczne aspekty tzw. kontraktu psychoterapeutycznego, w tym informacja o przebiegu i celu interwencji. Ważnym elementem kontraktu jest kryterium zakończenia pomagania czy psychoterapii, czyli doprowadzenie pacjenta bądź klienta do samokierowania. Zagrożenia etyczne wynikające ze stosowania nienaukowych działań interwencyjnych (w tym terapii awersyjnych) dotyczą nie tylko odbiorców usługi psychologicznej, lecz także etosu zawodowego. Specyficzny rodzaj działań zawodowych stanowi naukowa działalność psychologów. W tym przypadku ważnym aspektem jest wrażliwość na dobrostan osób uczestniczących w badaniu naukowym i sposób ich traktowania. Kluczowe jest dbanie o świadomą i opartą na wiedzy zgodę, a z tym wiąże się unikanie instrukcji maskujących i innych form dezinformacji. Duże znaczenie ma też wyłączenie z badania osób narażonych na dyskomfort oraz uwzględnianie kryteriów wyłączenia w ogłoszeniach rekrutacyjnych.

Rozwiązywanie tych dylematów wymaga od psychologów nie tylko znajomości kodeksów etycznych, lecz także ciągłej refleksji, analizy i umiejętności rozróżniania dylematów od problemów etycznych. Ostrożność nakazuje pamiętać, że kodeks etyki zawodowej stanowi pewną formę autorytaryzmu przyjętego bez konieczności jego dowodzenia.

Zapewne jest lepiej, kiedy istnieje spisany akt, będący efektem grupowego porozumienia, niż jakaś konkretna, nawet najbardziej charyzmatyczna osoba (autorytet). Jednocześnie treść kodeksu nie powinna eliminować dialogu

i argumentowania. Etyczne zachowanie psychologa nie zależy od wyłącznej dominacji jednego z możliwych czynników: kodeksu etyki zawodowej, doświadczenia czy sumienia.

Wszystkie te elementy odgrywają kluczową rolę w podejmowaniu decyzji etycznych w zawodzie psychologa. Jest ono wynikiem synergii kodeksu etycznego, osobistej refleksji (sumienia), kompetencji zawodowych oraz refleksji nad doświadczeniem. Kodeks dostarcza ram i podstawowych zasad, sumienie i zdolność do refleksji pozwalają na orientację w złożonych i niejednoznacznych dylematach, a doświadczenie i kompetencje umożliwiają praktyczne i odpowiedzialne stosowanie tych zasad w działaniu. Podobnie jak w budownictwie, potrzebne są solidne fundamenty (kodeks), świadomy projektant (sumienie/refleksja) i wykwalifikowany wykonawca (doświadczenie/kompetencje), aby stworzyć bezpieczną i trwałą konstrukcję.

Kodeksy etyki zawodowej charakteryzują się wyraźną specyfiką kulturową, która wynika z uwarunkowań historycznych, społecznych i prawnych typowych dla danej kultury i kraju. Ich specyfika polega na tym, że one nie tylko są zbiorem uniwersalnych norm moralnych, lecz także odzwierciedlają wartości, tradycje i konwencje kulturowe środowiska zawodowego, w którym funkcjonują. W tradycji anglosaskiej kodyfikowanie etyki zawodowej ukazuje funkcjonowanie zwyczajów i norm w danej grupie zawodowej. W tradycji kontynentalnej kodeksy te są często efektem recepcji i adaptacji tych norm do ogólniejszych warunków kulturowych i prawnych.

Pewną trudność sprawia określenie, dla kogo psycholog bezpośrednio realizuje swoje zadania zawodowe. Spór środowiskowy toczy się wokół trzech pojęć, takich jak klient, pacjent i odbiorca. Nie jest to błaha sprzeczka, lecz rudymenarny spór o zakres i obszar zawodowych działań interwencyjnych, rodzaj koniecznych kompetencji i wykształcenia oraz ich specyfikę, rodzaj nawiązanej relacji, a także zakres regulacji ustawowej. Wydaje się, że nieantagonizujący może być podział oddziaływań psychospołecznych na terapeutyczne interwencje psychologiczne adresowane do osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych („pacjenci”) i pomaganie kierowane do osób bez takich zaburzeń („klienci”). Druga forma interwencji wobec osób bez zaburzeń zdrowia psychicznego obejmuje specyficzne pomaganie ludziom w trudnych sytuacjach życiowych, samorozwoju czy uzyskaniu większej wiedzy o sobie lub poprawę w funkcjonowaniu psychospołecznym i zwiększenie umiejętności radzenia sobie, w celu i zakresie określanym przez osobę zainteresowaną. Istnieją też formy poradnictwa psychologicznego, które koncentrują

się na węższych obszarach, np. poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne czy doradztwo zawodowe. Lepsze oczywiście jest każde inne określenie niż stygmatyzujące, np. „osoba z zaburzeniami psychicznymi”, „osoba z niepełnosprawnością intelektualną” itp. „Klient” z kolei sugeruje monetyzowaną pomoc, co może niektórych razić i/lub być nieadekwatne. Można postulować zastąpienie terminu „pacjent” terminem „użytkownik relacji” czy „radzący się”. Najmniej antagonizującym określeniem wydaje się „odbiorca” (indywidualny lub zbiorowy) usługi psychologicznej. Używam go w prezentowanej monografii, natomiast w referowaniu literatury stosuję terminy, które w niej występują. Należy jednak zaznaczyć, że ten termin nie obejmuje osoby uczestniczącej w psychologicznych badaniach naukowych.

Monografia jest podsumowaniem moich 25-letnich akademickich doświadczeń. Wykład obowiązkowy z etyki zawodu psychologa według autorskiego pomysłu prowadziłem w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego od 2006 do 2013 roku (30 godzin), a od 2014 roku na V roku studiów w Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (z prof. Jerzym M. Brzezińskim; 22 godziny etyki diagnozowania i interwencji oraz 8 godzin etyki badań naukowych). Byłem współzałożycielem Komisji Etyki ds. Projektów Badawczych Wydziału Psychologii i Kognitywistyki UAM i w latach 2005–2022 jej członkiem oraz od 2014 do 2024 roku członkiem komisji etycznej UAM ds. badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi. W latach 2017–2020 byłem członkiem zespołu ds. kodeksu etyki zawodowej w obszarze diagnozy.

Dziękuję Elżbiecie M. Hornowskiej za uczynienie tego tekstu bardziej jasnym i zrozumiałym. Była jego pierwszym czytelnikiem i komentatorem. Spojrzenie z perspektywy potencjalnych czytelników pozwoliło – mam nadzieję – na poprawę jego jakości, a także strony formalnej. Dziękuję Jej za wsparcie merytoryczne i edytorskie. Dziękuję też koleżankom i kolegom, którzy podzielili się ze mną uwagami i sugestiami dotyczącymi pierwszego szkicu tej monografii: Lidce Grzesiuk, Ani Kubiak, Adamowi Kuczowi i Aleksandrze Lubikowskiej-Kałek. Bardzo dziękuję Panu Profesorowi Janowi Czesławowi Czabale za inspirującą recenzję. Oczywiście za wszystkie błędy odpowiada autor.

1 O ETYCE I KODEKSACH ZAWODOWYCH

W tym rozdziale przedstawiono dyskusję na temat relacji między etyką ogólną a etyką zawodową. Przeciwnicy tworzenia etyki zawodowej argumentują, że dylematy moralne są złożone i wymagają refleksji sumienia. Z kolei zwolennicy etyki zawodowej wskazują na pragmatyczny charakter norm etycznych w kontekście wykonywania zawodu. Ponadto omówiono takie zagadnienia jak problemy kodeksów etyki zawodowej – dokumentów regulujących zasady postępowania w danym zawodzie – kontrolowanie przestrzegania zasad deontologicznych przez członków korporacji zawodowej oraz ochrona prestiżu zawodu.

Istnieje spór co do potrzeby istnienia kodeksów etyki zawodowej. W pracy zawodowej psychologowie często stają przed dylematami etycznymi, które wymagają podjęcia decyzji. Konflikty etyczne mogą wynikać z niezgodności między obowiązkami zawodowymi a innymi normami, co prowadzi do trudności w podejmowaniu decyzji. W odróżnieniu od intuicyjnych decyzji moralnych, które są automatyczne i oparte na emocjach, decyzje etyczne w kontekście zawodowym wymagają refleksji i analizy. W kontekście tych ostatnich ważne jest, aby psychologowie potrafili dokonać rozróżnienia między dylematami a problemami etycznymi.

1.1 PROBLEMY ETYKI ZAWODU

Etyka, jako dziedzina filozofii, analizuje moralność, wartości i normy, a celem etyków jest tworzenie spójnych teorii dotyczących ludzkiego działania. Różnica między etyką zawodową a ogólną moralnością polega na tym, że ta pierwsza odnosi się do przekonań danej grupy zawodowej, co podkreśla różnice między etosem a deontologią. Etos zawodowy często nabywany jest poprzez naśladownictwo. Zwraca się też uwagę na związek między

prakseologią a etyką, zaznaczając pragmatyczny charakter wartości etycznych. Etyka zawodowa może być traktowana jako „normatywna etyka stosowana”, definiująca moralne oczekiwania wobec przedstawicieli danej profesji. Kryteria oceny działań zawodowych powinny wychodzić poza techniczne wskazówki, a deontologia często przyjmuje formę spisanych kodeksów. Kwestia relacji między etyką ogólną a zawodową jest kontrowersyjna – niektórzy widzą etykę zawodową jako odrębną, inni jako część etyki ogólnej. Przeciwnicy wyodrębniania etyki zawodowej wskazują na jej pragmatyzm i możliwość hipokryzji, podczas gdy zwolennicy podkreślają jej rolę w regulacji moralnych obowiązków i ochrony wykonawców.

Wymogiem wykonywania zawodów zaufania społecznego jest posiadanie kodeksu etyki, który normuje obowiązki członków danej korporacji zawodowej. Kodeksy służą kontroli przestrzegania zasad etyki, a także ochronie prestiżu zawodu. Mogą one mieć formy aspiracyjne, edukacyjne lub egzekwowlalne, przy czym na ich istnienie wpływają aspekty praktyczne i edukacyjne. Obecny jest jednak spór o potrzebę kodeksów – niektórzy uważają je za uproszczenie i biurokratyzację sumienia profesjonalistów, inni zaś twierdzą, że kodeksy mają normatywny charakter i powinny odzwierciedlać rzeczywiste oczekiwania etyczne środowiska zawodowego.

Etyka jest jedną z dziedzin filozoficznych i zajmuje się refleksją nad moralnością, doktrynami etycznymi i poglądami moralnymi, nad wartościami, normami i ocenami etycznymi. Obejmuje także krytyczną analizę przekonań moralnych oraz kryteriów dokonywania ocen moralnych (Chyrowicz, 2008a). Celem filozofa-etyka może być też stworzenie moralno-normatywnej teorii ludzkiego działania, czyli wypracowanie za pomocą metod filozoficznego myślenia logicznie spójnego zbioru zdań etycznych, należycie usystematyzowanych i uzasadnionych. Od tak rozumianej etyki zawodowej Ija Lazari-Pawłowska (1992) odróżnia przekonania moralne faktycznie określone w danym środowisku (grupie zawodowej) jako godność zawodowa czy etos oraz postępowanie członków grupy zawodowej oceniane ze względu na kryteria moralne (moralność), będące przedmiotem zainteresowania nauk społecznych. Etos zawodowy nabywany jest często nieintencjonalnie, jako efekt doświadczenia i naśladownictwa (Olejniki, 1957). Joanna Dudek (2018) zwraca uwagę na związek między prakseologią a etyką nawiązującą do cnoty dzielności, której składnik stanowi sprawność. Odwołanie się do norm prakseologicznych podkreśla sens powiązania kodeksu z praktyką zawodową, a wartości etyczne nabierają pragmatycznego charakteru.

Etyka zawodowa jest „normatywną etyką stosowaną” – opowiedzeniem się za jakimiś przekonaniem ważnymi dla danego zawodu i jakimiś kryteriami ocen. Ma ona określać normatywny (odwołujący się do wartości moralnych) stosunek przedstawicieli profesji do przedmiotu pracy oraz to, jak się mają zachowywać, aby być dobrze ocenianymi przez np. swoich pacjentów, klientów, współpracowników i przełożonych. Treść zasad etycznych określających wykonywanie danego zawodu w sposób oczywisty powinna wykraczać poza techniczne wskazówki sposobów jego realizacji (standardy zawodowe).

Te normy zachowań zawodowych (deontologia, czyli zbiór powinności) mają najczęściej charakter spisanych dokumentów i rytuałów (kodeksy, przysięgi, ślubowania), a także postać etosu zawodowego czy zawodowej moralności (Lazari-Pawłowska, 1992). Szerszym problemem są wzajemne relacje etyki ogólnej (rozumianej zarówno jako „powszechna” lub „obiegowa”, jak i „moralność uniwersalna” – Luban, 2010) oraz etyki zawodowej (Kiciński, 1994; Klimczuk, 2013).

Jedni przyjmują, że etyka zawodowa jest specyficznym i złożonym, ale jednak przejawem etyki ogólnej (Andre, 2010), drudzy uznają, że różni się ona od etyki ogólnej (Gewirth, 2010). Magdalena Środa (1994), analizując argumenty za tworzeniem norm specyficznych dla realizacji roli zawodowej oraz przeciwko temu, zwraca uwagę na to, że być może spór dotyczy bardziej ogólnego problemu: brak jasnych kryteriów etycznych podejmowania decyzji w różnych grupach zawodowych może nie tylko wynikać z postępu (społecznego i technicznego), ale też być wyrazem kryzysu moralnego. Przeciwnicy tworzenia etyki zawodowej są zwolennikami poszukiwania kryteriów rozwiązywania dylematów związanych z postępowaniem za pomocą uniwersalizacji zasad etyki ogólnej. Argumentują, że dylematy moralne z natury mają charakter wieloaspektowy i refleksyjny: wizja świata, w którym istnieją tylko dobre albo złe odpowiedzi, nie jest prawdziwa. Decyzje moralne muszą być efektem refleksji sumienia. Argumentem przeciwko tworzeniu moralności zawodowej może być również sposób tworzenia norm kodeksowych – wyłącznie przez członków korporacji zawodowej i bez kontroli społecznej (choć współcześnie opinie na temat działań profesjonalistów są upowszechniane poza grupą zawodową w mediach społecznościowych i portalach opiniujących ich działania).

Zwolennicy odrębności etyki zawodowej uważają m.in., że nie zastępuje ona etyki ogólnej, ale ją dopełnia. Barbara Skarga (1994) twierdzi, że tworzenie

etyki zawodowej ma charakter pragmatyczny i utylitarny – profesjonalistom chodzi o określenie etycznych norm skuteczności zawodowej, utrwalających wykonywanie zawodu. Kodyfikacja takich norm sprzyja hipokryzji przedstawicieli danej profesji i nie jest wyrazem moralnej wrażliwości. Dyskutując z tą tezą, Hubert Pawlik (1994) wskazuje, że nawet jeśli mamy do czynienia z „zawodową niecznotą” (uchybieniami moralnymi), to kodeks zawodowy nie tyle ją sankcjonuje, ile reguluje, wprowadzając ograniczenia do wybranych działań zawodowych oraz chroniąc wykonawców i odbiorców działań profesjonalnych (por. Jankowski, 1994). Przykładem sprzeczności standardów profesjonalnych i zasad etycznych jest powstanie po 11 września 2001 roku w Stanach Zjednoczonych programu zatrzymań i przesłuchań, w ramach którego psychologowie opracowali metody przesłuchań m.in. w Guantanamo (podtapianie i inne tortury). Po ponad 10 latach niezależne dochodzenie doprowadziło do polityki ograniczającej działania psychologów we wspieraniu operacji wojskowych i wywiadowczych (Zimbardo, 2007; Soldz, 2022; por. Eidelson i Bond, 2014).

Jak pisze Włodzimierz Galewicz (2010): „moja odpowiedź na pytanie, czy moralność zawodowa zajmuje odrębną pozycję – czy zatem może być ona niezgodna z moralnością ogólną, powszechną lub uniwersalną – z pewnymi zastrzeżeniami będzie brzmiała «tak»” (s. 10). Problem tej odrębności jest jego zdaniem złożony. Między moralnością ogólną a zawodową może dochodzić do różnych sprzeczności: czyn, który w jednym systemie moralnym jest zakazany, w drugim może być właściwy, a nawet nakazany lub odwrotnie – czyn, który w jednym systemie jest dobrowolny (choć przyjęty jako zobowiązanie), w drugim ma charakter obligatoryjny. Normy moralne w jednym systemie traktowane jako dopuszczalne wyjątki w drugim mogą mieć charakter bezwyjątkowy i nakazany. Systemy moralne mogą również różnić się pozycją w hierarchii ważności i pewne normy w obszarze moralności zawodowej mogą mieć uprzywilejowaną, mocniejszą pozycję, inaczej niż w etyce ogólnej. Może też być tak, że zachowanie w jednym systemie moralnym jest moralnie obojętne (o nieokreślonej ważności), a w drugim nakazane lub zakazane. Wszystkie te sprzeczności są przedmiotem sporu o relacje etyki zawodowej i ogólnej. Wyłania się jeszcze jedna kwestia – akceptowane ograniczanie praw jednostki, gdy korzysta ona z usług zawodów zaufania społecznego. Wówczas kodeks etyki zawodowej powinien minimalizować negatywne skutki takiego nieprzestrzegania praw człowieka, wskazując też szczególne okoliczności tego działania.

1.2 KODEKSY ETYKI ZAWODOWEJ – POTRZEBA KODEKSÓW, ICH FUNKCJE I BUDOWA

Jednym z wymogów wykonywania zawodu regulowanego czy zawodu społecznego zaufania (por. dalej) jest posiadanie przez daną korporację zawodową kodeksu etyki. Kodeks to akt prawny, zawierający zbiór przepisów regulujących daną dziedzinę stosunków społecznych. Kodeks etyczny jest utrwalonym na piśmie zespołem działań, których przestrzeganie wymaga się od członków korporacji czy pracowników, norm postępowania (nakazów i zakazów) oraz wartości, standardów i zasad, jakimi powinni się kierować (Drzeżdżon, 2013). W potocznym użyciu termin ten oznacza wszelkie zasady tego typu, bez względu na to, czy zostały spisane czy też mają charakter niepisany.

Zawodowe korporacje stawiają sobie za cel kontrolowanie przestrzegania zasad deontologicznych przez członków korporacji i wymierzanie kar dyscyplinarnych na podstawie kodeksu etyki zawodowej w przypadku ich łamania. Tego rodzaju działania korporacji zawodowych – spisywanie (kodyfikowanie) zasad deontologicznych i reagowanie na ich naruszanie – są uważane także za zachowania podnoszące prestiż zawodu lub go chroniące. Lazari-Pawłowska (1992) pisze: „Etykę zawodową, czyli owe kodeksy lub jakieś ich fragmenty, opracowuje się zazwyczaj z myślą o korygowaniu stanu rzeczywiściego, o podciąganiu go do wskazanego wzorca; pragnie się, aby formułowane normy zinternalizowały się w grupie adresatów i aby znalazło to odbicie w sferze ich postępowania” (s. 84). Kodeks w tej formie odzwierciedla zarówno bardziej podstawową moralność obowiązku, jak i moralność dążeń, aspiracji (Fuller, 1978).

Kodeks etyki zawodowej może być spostrzegany jako kompromisowe rozwiązanie konfliktu pomiędzy dążeniem przedstawicieli zawodów regulowanych do autonomii a żądaniem od nich odpowiedzialności ze strony społeczeństwa. Patrząc z innego punktu widzenia, można powiedzieć (Breczko i Poniatowicz, 2005), że kodeks (lub jego część) może być efektem rekonstrukcji stanu świadomości członków danej korporacji zawodowej (obowiązków) lub odwołania się do jakiegoś idealnego stanu rzeczy czy cnoty (charakteru moralnego). Otwarte pozostaje pytanie, skąd pochodzą owe ideały: czy ich źródłem są neutralne aksjologicznie naukowe koncepcje etyczne (moralne), czy też wynikają one z przyjętych *a priori* założeń czy światopoglądu.

Kodeks etyki zawodowej może przyjąć jedną z trzech form (lub ich kombinację): aspiracyjną, edukacyjną lub egzekwowną (Frankel, 1989). Kodeks

aspiracyjny opisuje podzielane społecznie zawodowe ideały moralne, których nie ilustrują konkretne przykłady dobrych i złych zachowań w określonych sytuacjach. Najczęściej w tej formie spotyka się preambuły do kodeksów zawodowych. Kodeks edukacyjny łączy wartości aspiracyjne z bardziej wyraźnymi wskazówkami dotyczącymi zachowania (a nie wiążącymi ich zaleceniami), by pomóc profesjonalistom w podejmowaniu świadomych i samodzielnych decyzji w moralnie niejednoznacznych kontekstach zawodowych. Egzekwowny lub regulacyjny kodeks etyki zawodowej zawiera reguły decyzyjne dotyczące określonych zachowań wymaganych i zalecanych przez zawód oraz może służyć np. jako skuteczna podstawa do rozstrzygania skarg.

Obecny jest też spór odnośnie do potrzeby istnienia kodeksów etyki zawodowej. Andrzej Klimczuk (2013), podsumowując analizę różnych stanowisk w tej kwestii, pisze, że za ich tworzeniem przemawiają głównie aspekty praktyczne i edukacyjne, natomiast do odrzucenia kodyfikacji etyki zawodowej skłania upraszczający i dehumanizujący charakter takich działań normalizacyjnych. Krzysztof Kiciński (1994) także wskazuje na biurokratyzowanie sumienia profesjonalistów, przejawiające się zastępowaniem intuicji moralnych ideologicznie uzasadnianymi regułami postępowania, oraz na ryzyko tworzenia bytów, które nie są potrzebne. Lazari-Pawłowska (1994) przyrównuje kodeks etyki zawodowej do świata widzianego z upraszczającej perspektywy zero-jedynkowej, nierealistycznej, bo życie (także zawodowe) bywa niejednoznaczne oraz wymaga indywidualnego namysłu i wyboru. Jednocześnie podkreśla wagę nauczania etyki zawodowej i wskazywania zawodowych wyzwań moralnych. Ponadto stawia ważne pytanie o źródło kodeksu zawodowego – czy są to tylko przedstawiciele danego zawodu czy też zespół poszerzony o osoby z zewnątrz (w tym także usługobiorcy i ich prawa). Wiesław Łukaszewski (2004) zwraca natomiast uwagę na to, że „[...] największy kłopot z kodeksami etycznymi polega na tym, że z łatwością mogą być (i bywają) użyte do odłączenia odpowiedzialności za własne postępowanie od «ja» i przeniesienia odpowiedzialności na kodeksy właśnie” (s. 87).

Celem kodeksu etyki zawodowej jest gwarancja ochrony odbiorców usługi przed brakiem profesjonalizmu i działaniami nieetycznymi, budowanie oraz podtrzymywanie zaufania do przedstawicieli danego zawodu oraz etosu zawodowego, a także dostarczenie swoistej pomocy w trudnych sytuacjach, w tym podczas podejmowania decyzji. Inaczej mówiąc, kodeks etyki zawodowej nie ma charakteru opisowego (naturalistycznego), lecz normatywny, zalecający stosowanie się do określonych standardów etycznych danej roli zawodowej

(Lazari-Pawłowska, 1992). Treści kodeksu powinny odzwierciedlać odczucia i zapotrzebowanie danego środowiska pracy, a nie być efektem zewnętrznej ingerencji. Jednak w badaniach CBOS (Badora i Roguska, 2004) według 53% respondentów zasady etyki zawodowej dla osób wykonujących zawody zaufania publicznego powinny być określone przez niezależne od administracji rządowej i samorządu zawodowego autorytety etyczne i naukowe oraz jednocześnie dawać sformalizowane środki wewnętrznej i zewnętrznej kontroli społecznej działalności korporacji zawodowej. Podstawowym warunkiem tej kontroli jest transparentność, która pozwala na sprawdzanie i ocenianie działalności członków korporacji zawodowej, sprzyjające ich konformizmowi (w tym informacje o postępowaniach dyscyplinarnych).

Ogólnie rzecz biorąc, kodeksy etyczne służą dostarczaniu etycznych wskazań do działań profesjonalnych, promowaniu profesjonalizmu, zapewnianiu odpowiedzialności, ochronie społeczeństwa i ułatwianiu rozwiązywania konfliktów. Stanowią także niezbędne narzędzie do utrzymania standardów etycznych w zawodzie lub organizacji. Jak wspomniano, kodeksy etyki zawodowej nie spełniają funkcji praktycznych, nie określają standardów wykonywania zadań zawodowych, nie są też regulaminem pracy, ale z założenia regulują relacje między profesjonalistami a usługobiorcami. Leszek Bartkowiak i Tomasz Maksymiuk (2018) piszą (i trudno się z tym nie zgodzić): „Nie do przyjęcia jest również przekonanie, że w przedmiocie etyki medycznej leży rozważanie «całościowego dobra pacjenta», do których należą przede wszystkim «dobra medyczne, związane ze zdrowiem» [...], bo «dobra medyczne» powinny pozostać domeną procedur specjalizacyjnych (nie są przedmiotem analizy etycznej) [...]” (s. 44).

Do podstawowych zadań kodeksu etyki zawodowej można zaliczyć (Bartkowiak i Maksymiuk, 2018):

- określenie stosunku przedstawicieli zawodu do podstawowego przedmiotu pracy i wynikających z tego moralnych obowiązków (adresatami obowiązków etycznych mogą być bezpośredni odbiorcy danej usługi profesjonalnej, osoby z odbiorcą powiązane, zleceniodawcy usługi oraz społeczeństwo – interes publiczny);
- regulowanie stosunków wewnątrz grupy zawodowej, zarówno w relacjach bezpośrednich, jak i w całym obszarze wspólnoty zawodowej (w kategoriach etycznych);
- ochrona przedstawicieli zawodu przed możliwością nadużyć moralnych wiążących się z charakterem wykonywanej pracy przez ich wskazanie;

- określanie etycznego stosunku przedstawicieli zawodu wobec swojego zawodowego otoczenia (zarówno społeczeństwa, jak i członków grup zawodowych, z którymi współpracują); nakłada to także obowiązek dbania o prestiż grupy zawodowej i jej społeczną akceptację.

Łukaszewski (2004) wymienia cztery funkcje kodeksów etycznych: informacyjną (poprzez wskazanie zachowań dozwolonych i niedozwolonych), ostrzegawczą (określającą sankcje przewidziane za postępowania niezgodne z kodeksem), samouspokojenia (uznanie, że postępowanie zgodne z kodeksem jest świadectwem zawodowej moralności) i moralnej dezorientacji (przyjmowanie, że hierarchia wartości moralnych odzwierciedla porządek wymagań zawodowych, co prowadzi do cynizmu poznawczego). Anna Bogatyńska-Kucharska i in. (2019a) dodatkowo wskazują, że kodeks stanowić może pomoc w rozstrzyganiu dylematów moralnych, wątpliwości i konfliktów, a także kształtować w procesie nauczania adeptów zawodu. Zwracają one uwagę na to, że kodeks stanowi rodzaj publicznego przyrzeczenia respektowania wartości i norm etycznych w relacjach pomiędzy profesjonalistami a odbiorcami ich działań zawodowych. Wskazują też ważną funkcję w zakresie ochrony praw specjalistów. Europejska Federacja Towarzystw Psychologicznych (EFPA, 1995/2005), formułując zalecenia odnośnie do treści kodeksów etycznych stowarzyszeń członkowskich, postuluje m.in., aby w kodeksie stowarzyszenia zawodowego określić procedury służące rozpatrywaniu skarg na swoich członków, a także procedury mediacyjne, korygujące i dyscyplinarne uwzględniające rodzaj i wagę skargi.

Większość kodeksów posiada część wstępną, w której przedstawione są podstawowe zasady, jakimi organizacja zawodowa kieruje się w swym postępowaniu, oraz moralne cechy charakteru profesjonalisty (odwołując się do etyki cnót). Poza przedmowami czy wstępami treści kodeksów dzielone są na części (rozdziały, podrozdziały itp.) poświęcone poszczególnym „ważliwym etycznie” obszarom zawodowym lub uporządkowane według rodzajów interesariuszy, bądź zbudowane według struktury mieszanej (Gasparski, 2002). Treści można przedstawiać hierarchicznie w postaci uporządkowanych norm i wartości (Bartkowiak i Maksymiuk, 2018). Niekiedy kodeksom towarzyszą wyjaśnienia i komentarze (np. w formie pytań i odpowiedzi) omawiające zawarte w nich normy na podstawie przykładów; czasami zawierają podstawowe pytania ułatwiające rozwiązywanie zawodowych dylematów etycznych (Gasparski, 2002). Często kodeks etyki nakłada na jednostki odpowiedzialność za ich działania. Za bardziej humanistyczne uznaje się kodeksy

bez sankcji (Gasparski, 2002), argumentując to tym, że sankcje odwołują się do strachu, a nie moralności. Jednak nierzadko w kodeksach zawodowych przewiduje się sankcje za łamanie przyjętych zasad etyki zawodowej. Ich stopień uzależniony jest od miejsca, jakie zajmuje w hierarchii naruszona norma kodeksowa (Bartkowiak i Maksymiuk, 2018).

Kodeks etyki zawodowej powinien spełniać następujące wymagania (Drzeżdżon, 2013):

- ma przede wszystkim normować i nie powinien zawierać ogólnych wartości i ideałów, do których korporacja zawodowa się odwołuje;
- musi, w pierwszej kolejności, dbać o interes publiczny i nie powinien zawierać przepisów gwarantujących realizację interesów członków korporacji;
- musi być rzeczowy i regulować istotne oraz specyficzne dla danego zawodu problemy.

Wojciech Drzeżdżon (2013), komentując pierwsze z tych wymagań, wskazuje, że jest ono przejawem moralności obowiązku, a nie moralności dążeń (aspiracji). Niewątpliwie poszczególne przepisy kodeksu zazwyczaj mają charakter deontologiczny (nakazowy), ale u ich podstaw leżą wartości moralne (oraz prawne), których realizacji one służą.

Można powiedzieć, że wartości to cele, coś, na czym ludziom zależy i co jest kryterium wyboru celów działania, a normy to regulatory tego działania i kryterium jego wyboru (Bokszańska, 2011; Kosewski, 2007). Bezsporne jest wymaganie unikania dbania o własne interesy przez członków korporacji zawodowej kosztem interesów ich interesariuszy (klientów i społeczeństwa). Ponadto ważne jest to, aby treści wymagań kodeksowych koncentrowały się na kwestiach specyficznych dla danego zawodu, a nie ogólnych czy dotyczących innych profesji.

W odniesieniu do kodeksów najczęściej wskazujemy, że mają one charakter normatywny, odpowiadając na pytanie typu: „Jak powinno być?”. Normy, dyrektywy są szczególnego rodzaju zdaniami zawierającymi słowa: „powinien”, „musi”, „należy”, „trzeba”. Mają zatem postać nakazów bądź zakazów, wypowiedzianych z różnym stopniem kategoryczności. Normy nie są zdaniami oznajmującymi, nie są zdaniami w sensie logiki, nie mogą zatem być oceniane w kategoriach prawdy i fałszu (Brożek, 2001; por. też dyskusję na ten temat: Trypuz, 2004). W związku z tym nie możemy wykazywać ich prawdziwości ani też ich falsyfikować, czyli dowodzić fałszywości, natomiast normy można próbować uzasadniać, propagować czy zwalczać. Nakazy wyrażone

w kodeksach są normami zakazowymi bezwyjątkowymi (np. „Nie wolno działać na szkodę klienta”), nakazowymi (np. „Należy zachować tajemnicę zawodową”), profesjonalno-perfekcjonistycznymi (np. „Powinien stale doskonalić się w zawodzie”), pokazującymi odstępstwa od norm moralności ogólnej oraz normami o charakterze doradczym (wskazującymi, co robić w przypadku konfliktu norm czy wartości).

W opisie procesu normalizacji Kodeksu etyki zawodowej PTP (Bogatyńska-Kucharska i in., 2019b) podkreślona została waga języka przygotowywanego kodeksu i rozważań – czy należy w nim przyjąć tryb deklaratywny, czy powinnościowy. Przyjęto język deklaratywny, opisując działania będące realizacją obowiązków psychologów i unikając wyrażen normatywnych lokujących wzorzec działań zawodowych w perspektywie idealnej (np. „Psycholog działa”, a nie „Psycholog powinien działać”). W podobnej kwestii wypowiadają się Gerald P. Koocher i Patricia Keith-Spiegel (2016, s. 607 i nast.), omawiając zmianę podejścia do dyrektywnego i normatywnego języka kodeksów, co w intencji pozwala na uwzględnianie kontekstu społecznego i okoliczności przy podejmowaniu decyzji zawodowych. Przykładem takiego podejścia były działania Komitetu Etyki APA już w latach 70., kiedy to w rewidowanym wówczas kodeksie zamiast opisywać działania psychologów w postaci idealizujących zakazów, wskazywano na zawodowe zachowania psychologów oceniane pozytywnie pod względem etycznym. Zakładano, że kodeks jest tylko punktem wyjścia do etycznej refleksji specjalisty. Jednak później APA powróciło do włączania większej liczby zakazów w kolejnych rewizjach kodeksu. Powodem były trudności w interpretacji orzeczniczej, gdyż zakazy okazały się znacznie łatwiejsze do interpretacji i egzekwowania (Koocher i Keith-Spiegel, 2016).

Warto przy okazji zwrócić uwagę na pewnego rodzaju autorytaryzm, który leży u podstaw rozstrzygnięcia dylematów etycznych przez odwołanie się do autorytetu kodeksów etyki zawodowej (Marzęda, 2015). Problem nie polega na tym, że odwoływanie się do źródeł zewnętrznych wydaje się bardziej racjonalne niż poleganie na wewnętrznym, subiektywnym przekonaniu. Z pewnością korzystniej jest, kiedy takie źródło stanowi spisany akt, będący efektem grupowego porozumienia, niż jakaś konkretna, nawet najbardziej charyzmatyczna osoba (autorytet). Jednocześnie treść kodeksu nie powinna eliminować społecznego i wewnętrznego dialogu oraz argumentowania. Jedną z definicyjnych cech autorytetu stanowi jego zdolność do autorytarnego (i w pewnym sensie apodyktycznego) uporządkowania spostrzegania świata

(rzeczywistości), co przemawia za jego praktyczną użytecznością. Jednak, jak pisze Jan Hartman (2000): „Logika odrzucania autorytetu jest analogiczna do logiki odrzucania tzw. przesądu” (s. 226). W związku z tym nie należy odrzucać (z powodu arbitralności) kodeksu etyki zawodowej, ale warto stosować go nie w sposób ślepy dogmatycznie, lecz refleksyjny (Marzęda, 2015).

2 O ETYCZNYCH ASPEKTACH ZAWODU PSYCHOLOGA

Zawód psychologa jest klasyfikowany jako zawód zaufania publicznego, co oznacza, że wymaga szczególnego zaufania oraz wysokich standardów etycznych. Psychologowie są zobowiązani do przestrzegania zasad etyki zawodowej, które obejmują m.in. poszanowanie godności klienta, tajemnicę zawodową oraz odpowiedzialność za jakość świadczonych usług. Początek istnienia Kodeksu Etycznego Psychologa w Polsce sięga aż 1971 roku. W tym rozdziale opisano historię jego aktualnej wersji. Przedstawiono także kluczowe wartości, którymi powinni kierować się psychologowie w swojej pracy.

Relacja między psychologiem a jego klientem lub pacjentem jest złożona i może przybierać różne formy mające istotne konsekwencje. Relacja ta jest z natury asymetryczna, co oznacza, że psycholog dysponuje większą wiedzą i kompetencjami w zakresie zdrowia psychicznego oraz że klient rezygnuje z części swoich praw, w tym autonomii, w zamian za pomoc.

Zrozumienie różnych modeli relacji psycholog – odbiorca jest kluczowe dla skutecznej realizacji zawodowej roli psychologa. Warto dążyć do budowania relacji bazujących na dialogu, empatycznym słuchaniu i wzajemnym szacunku, co sprzyja efektywności działań zawodowych. W kontakcie między psychologiem a klientem podstawę stanowi zaufanie do wiedzy i umiejętności specjalisty, a także przekonanie, że dobro klienta będzie głównym kryterium działania psychologa. Zgoda na udział w zawodowych działaniach psychologa musi być świadoma, dobrowolna i oparta na pełnej informacji. Ważne jest więc, aby psycholog komunikował się w sposób jasny, zrozumiały i empatyczny.

2.1 ZAŁOŻENIA I WARTOŚCI ETYKI ZAWODOWEJ PSYCHOLOGA

Etyka zawodowa psychologów opiera się na odpowiedzialności za wyniki pracy oraz na posiadaniu określonych kwalifikacji moralnych

i intelektualnych. Zawody zaufania publicznego charakteryzują się m.in. obowiązkiem zachowania tajemnicy zawodowej oraz koniecznością posiadania odpowiednich licencji i certyfikatów. W Polsce zawód psychologa nie jest jeszcze regulowany prawnie, co budzi wątpliwości dotyczące zaufania do usług psychologicznych. W Europie jest on regulowany w wielu krajach, co zapewnia większą ochronę zarówno dla psychologów, jak i ich klientów.

Kodeksy etyki zawodowej psychologów wskazują na kluczowe wartości, którymi powinni kierować się oni w swojej pracy. Należą do nich: dobro klienta, poszanowanie jego godności, tajemnica zawodowa oraz jasne ustalenia dotyczące współpracy. Psychologowie są zobowiązani do unikania konfliktów interesów oraz do ciągłego doskonalenia swoich kompetencji zawodowych. Kodeksy te mają na celu nie tylko ochronę klientów, lecz także podnoszenie standardów pracy psychologów.

Pierwszy Kodeks Etyczny Psychologa w Polsce został uchwalony w 1971 roku przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Od tego czasu kodeks był kilkakrotnie aktualizowany i dostosowywany do zmieniających się warunków i potrzeb. W przyjętej w 2018 roku wersji wprowadzono trójstopniową strukturę regulacji etycznych, co ma na celu lepsze dostosowanie do specyfiki pracy psychologów.

2.1.1 Specyfika zawodowej działalności psychologów.

Psycholog jako zawód zaufania i wynikające z tego konsekwencje

Zasady etyki zawodowej są wyznaczone – najogólniej mówiąc – przez rolę społeczną przypisywaną osobom wykonującym określony zawód. Mieczysław Gogacz (1998) pisze: „Etyka zawodowa jako koncepcja jawi się jako odpowiedzialność za wynik pracy podjętej w warunkach dobrego przygotowania, czyli posiadania sprawności zarówno moralnych, jak i intelektualnych, a więc w warunkach proporcjonalnej doskonałości człowieka” (s. 14). Wyrażne formułowanie standardów etycznych i zawodowych jest charakterystyczne jednak tylko dla niektórych zawodów, w szczególności tych, których wykonywanie wymaga szczególnego zaufania oraz które uznawane są w społeczeństwie za prestiżowe (Lazari-Pawłowska, 1992, s. 84–91; por. też Drzeżdżon, 2013, s. 26). Jednym z takich zawodów jest zawód psychologa.

Trzy pojęcia: zawód zaufania publicznego, wolny zawód oraz zawód regulowany są pokrewne, a różni je przede wszystkim pochodzenie (Krasnowolski, 2013). Najstarszym z nich jest pojęcie wolnego zawodu, historycznie odnoszące się do zawodu wykonywanego na podstawie specjalistycznego

wykształcenia w sposób niezależny zawodowo bez umowy z inną osobą lub instytucją, w celu oferowania usług w interesie klienta lub w interesie publicznym (Krasnowolski, 2013, s. 3; Jacyszyn, 2015, s. 548). W wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 maja 2002 roku (Sygn. akt SK 20/00) wskazano, że jest to „zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi” (Dz.U. 2002 Nr 66, poz. 611). Niejawnie przyjętym założeniem jest posiadanie przez usługodawcę poczucia zawodowej i społecznej misji oraz kierowanie się wysokimi standardami moralnymi. Ważnymi cechami wykonywania wolnego zawodu są zachowanie tajemnicy zawodowej i budowanie zaufania w relacji z klientem. Zawód regulowany, podobnie jak zawód wolny, wymaga posiadania określonych kwalifikacji, a co za tym idzie, odpowiedniego wykształcenia, praktyki zawodowej, a także zdania egzaminów zawodowych. Jego wykonywanie dozwolone jest dopiero po uzyskaniu zezwolenia zgodnie z prawem krajowym (certyfikatu, licencji). Formę organizacyjną zawodu regulowanego stanowi samorząd zawodowy, na mocy Konstytucji RP art. 17 zrzeszający osoby wykonujące dany zawód, reprezentujący ich interesy wobec władz państwowych i wobec podmiotów korzystających z usług osób wykonujących dany zawód (por. Encyklopedia PWN, b.d.).

W Polsce jest (według danych z sieci – por. Wikipedia, 2025c) 17 tego typu samorządów zawodów zaufania publicznego i 6 samorządów zawodu służby publicznej. W Europie większość wolnych zawodów (ponad 2/3) jest zawodami regulowanymi (Krasnowolski, 2013, s. 3). Zgodnie z europejską definicją zawód regulowany to „[...] działalność zawodowa lub zespół działalności zawodowych, których podjęcie, wykonywanie, lub jeden ze sposobów wykonywania wymaga, bezpośrednio bądź pośrednio, na mocy przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych, posiadania specjalnych kwalifikacji zawodowych; w szczególności używanie tytułu zawodowego [...] stanowi sposób wykonywania działalności zawodowej” (Krasnowolski, 2013, s. 10). Jak pisze Lech J. Żukowski (2017b): „Wolność wyboru zawodu jest pozostawiona obywatelom, jednak wola podjęcia zawodu reglamentowanego prowadzi do powstania konkretnych wymagań wobec osób ubiegających się o prawo do jego wykonywania. [...] Pozostawienie aspektów organizacyjnych wyłącznie wolnemu rynkowi mogłoby istotnie naruszyć dobra chronione prawem, jak wolność, zdrowie czy bezpieczeństwo” (s. 9).

Pojęcie zawodu zaufania publicznego jest specyficznym elementem polskiego systemu prawnego (Wojtczak, 2002) i zostało wskazane w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Warto zwrócić uwagę na różnice między zaufaniem społecznym a zaufaniem publicznym, gdyż te pozornie synonimiczne terminy przenoszą dyskusję w nieco inny obszar. Zaufaniem publicznym obdarzane są osoby wykonujące zadania zawodowe o szczególnym charakterze z punktu widzenia zadań publicznych oraz z troski o realizację interesu publicznego. Posiadają one swoją korporację zawodową, która sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem tego zawodu dla ochrony interesu publicznego i w jego granicach oraz ma wsparcie systemowe, którego podstawowym źródłem jest państwo (Krasnowolski, 2013; Wojtczak, 2002). Natomiast zaufanie społeczne kładzie większy nacisk na „miękką stronę” zawodu: zbieranie informacji prywatnych, indywidualną interpersonalną relację nieformalną, opartą na osobistym zaufaniu, społecznością motywację oraz osobiste przymioty i społeczne oczekiwania oraz wymaganiach co do realizacji roli zawodowej (Skrzypczak, 2016; Piorunek, 2018).

Do potencjalnych atrybutów zawodu zaufania publicznego zaliczyć można m.in. (Gęsiorowski i Podsiedlik, 2016, s. 182; Hausner i Długosz, 2002, s. 119; Jankowski, 1994; por. także Legat, Lipińska, 2002):

- powierzanie wykonującym taki zawód informacji dotyczących życia prywatnego osób korzystających z ich usług;
- uznawanie tych informacji za tajemnicę zawodową, która nie może być ujawniana;
- objęcie osób dysponujących taką tajemnicą – w przypadku możliwości naruszenia istotnych dóbr jednostki w razie jej ujawnienia – immunitetem zwalniającym je od odpowiedzialności karnej za nieujawnianie informacji;
- korzystanie z usług tych zawodów następuje często w sytuacji wystąpienia realnego albo potencjalnego niebezpieczeństwa dla dóbr jednostki o szczególnej doniosłości (takich jak życie, zdrowie, wolność, godność, dobre imię), w związku z czym konsekwencje działań osób wykonujących te zawody mają szczególne znaczenie dla jednostek i społeczeństwa;

- istnienie obligatoryjnej organizacji zawodowej (korporacji), której celem jest reprezentowanie osób wykonujących zawód zaufania publicznego oraz sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony;
- prawnie zagwarantowane niepodleganie regułom hierarchii urzędniczej i (ograniczonej) kontroli społecznej;
- występowanie sformalizowanej deontologii zawodowej (kodeksu etyki zawodowej).

Cechą zawodów zaufania publicznego jest m.in. realizacja misji (a nie osiągnięcie zysku), gdyż z założenia działania osób wykonujących te zawody podejmowane są w podstawowym celu zaspokajania interesu publicznego, a nie indywidualnego czy grupowego (Wołpiuk, 2002). Zatem są to zawody ważne dla funkcjonowania społeczeństwa, dla ładu publicznego. Od osób wykonujących zawody społecznie kwalifikowane jako zawody zaufania publicznego społeczeństwo wymaga stałego doskonalenia poziomu umiejętności, posiadania bardzo wysokich kwalifikacji i zasobu fachowej wiedzy. Ponadto stawia bardzo wysokie, wyższe niż przeciętnie, wymogi etyczne, nienarzucające z zewnątrz, natomiast tradycyjnie kształtowane przez samo środowisko korporacji zawodowej (etos zawodowy). Na przykład w badaniach CBOS (Badora i Roguska, 2004) większość respondentów za zawód zaufania publicznego zgodnie uznaje psychologa (85%), na równi z przedstawicielami takich zawodów jak tłumacz przysięgły, farmaceuta, dziennikarz, doradca podatkowy i diagnosta laboratoryjny. Przed nimi znajdują się lekarz, pielęgniarka i położna, notariusz, adwokat i radca prawny.

Można też przyjąć inne stanowisko w kwestii zawodów zaufania publicznego – termin bowiem sugeruje zero-jedynkowe ujęcie problemu zaufania, jakby niektóre zawody (usługowe) wymagały zaufania odbiorców, a inne nie lub nie były godne tego zaufania (Kulesza, 2002). Z tego powodu lepsze, bo niedyskryminujące, jest pojęcie wolnego zawodu, które w dzisiejszych realiach obejmuje nie tylko działalność gospodarczą na własny rachunek, lecz także pracę najemną, realizującą misję publiczną (Kulesza, 2002). Autor podkreśla, że ma na myśli zawód wykonywany, a nie wyuczony (Kulesza, 2002). To ustawa o zawodzie określa, „czy można daną grupę, dane środowisko zawodowe osób wykonujących dany zawód obdarzyć zaufaniem publicznym [...] a w konsekwencji, czy można oczekiwać, że grupa ta udźwignie taki ciężar” (Kulesza, 2002, s. 29).

Nie należy zapominać, że oprócz zawodu zaufania publicznego psycholog realizuje też – w mniejszym lub większym stopniu – zawód misyjny

(Cieśluk, 2008; Giełda, 2007; Hornowska i Paluchowski, 2007; Kruszyńska, 2017; Paluchowski i in., 2014). Misja (z łac. *missio*) to posłannictwo, ważne i odpowiedzialne zadanie do spełnienia (Bańko, 2005). Tym mianem nazywane są zawody określone jako różnorodne formy służby i wsparcia społecznego bądź pomocowe, niezwiązane bezpośrednio z działalnością religijną. Istnieją zawody (np. lekarz, strażak, policjant), które wiążą się z poświęceniem nie tylko czasu, lecz także niekiedy życia. Są też takie, których celem jest niesienie pomocy w zakresie bezpieczeństwa fizycznego i zdrowotnego oraz zapewnienie dobrostanu innych ludzi. Praca misyjna wymaga osobistego, emocjonalnego zaangażowania pracownika w osobiste problemy ludzi. W związku z tym można również mówić o misyjnym pojmowaniu własnej pracy, niezależnie od tego, czy obiektywnie wykonuje się misyjny zawód. To zaangażowanie często jest narzędziem w realizacji zadań zawodowych. Poczucie misji społecznej towarzyszącej wykonywanemu zawodowi można zdefiniować jako przeświadczenie o wyjątkowym charakterze podejmowanych czynności zawodowych, realizowaniu potrzeb innych ludzi i działaniu na rzecz ich dobra, kosztem dobra własnego, czemu towarzyszy poczucie własnej użyteczności czy bycia potrzebnym. Niezależnie od tego, czy realizuje się zadania zawodu misyjnego w rozumieniu społecznym czy osobistym, nie oczekuje się zapłaty za emocjonalną inwestycję, a jedynie za czas i uzyskane przez usługobiorcę korzyści. Zakłada się, że osoby, które wykonują zawody służebne w stosunku do innych ludzi, powinny kierować się specjalnymi zasadami etycznymi, a nie chęcią zarobienia pieniędzy. W społecznym odczuciu utrzymywanie się z takiej pracy i otrzymywanie za nią honorarium obarczone są pewną dwuznacznością. Można powiedzieć, że zawód zaangażowany społecznie (misyjny) to taki, który wiąże się z odpowiedzialnością za życie i los ludzi zależnych od osoby go wykonującej. Łączy się też z koniecznością nawiązania specyficznego kontaktu (więzi) z usługobiorcą, wykraczającego poza typowe relacje. Wykonywanie zawodów misyjnych regulowane jest często w kodeksach etyczno-zawodowych, których celem jest zapewnienie, że dobro usługobiorcy przeważa nad dobrem i interesami usługodawcy. Jednocześnie zawody te uznawane są w społeczeństwie za prestiżowe.

Zastanawiając się nad etycznymi aspektami wykonywania zawodu psychologa, warto zacząć od określenia specyfiki działań osób realizujących daną rolę zawodową. Zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności¹ wybrane zada-

¹ Ujednolicony tekst załącznika do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz jej

nia zawodowe psychologa w różnych obszarach (podstawowy kod 2634 oraz 263401, 263403, 263406 i 263404) opisano następująco: „Prowadzi badania, analizuje procesy psychiczne i zachowania indywidualne i grupowe ludzi oraz stosuje tę wiedzę w celu lepszego przystosowania jednostki lub grup do życia społecznego i rozwoju osobistego, edukacyjnego lub zawodowego; prowadzi działania profilaktyczne i terapeutyczne w stosunku do osób z zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi, diagnozuje skutki dziedziczności oraz wpływ różnorodnych czynników (np. społecznych) na psychikę ludzką, prowadzi poradnictwo i doradztwo psychologiczne w zakresie doboru i szkolenia zawodowego lub zatrudnienia; prowadzi działalność korekcyjno-wyrównawczą, w celu usunięcia niedoborów rozwojowych oraz braków w wiadomościach, umiejętnościach i postawach dzieci i młodzieży. [...] Prowadzi badania diagnostyczne oraz działalność korekcyjno-wyrównawczą zaburzeń u dzieci i ludzi dorosłych w ramach: psychologii lekarskiej (u osób z zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi), psychologii sądowej (u przestępców), defektologii (u osób ze zmianami w psychice wywołanymi defektami organicznymi); stosuje profilaktykę w celu zapobiegania występowaniu zaburzeń [...] Bada i diagnozuje psychologiczne problemy nauczania i wychowania; prowadzi działalność korekcyjno-wychowawczą dzieci i młodzieży w celu usunięcia niedoborów rozwojowych oraz braków w wiadomościach, umiejętnościach i postawach dziecka; analizuje czynniki wpływające na naukę i przebieg procesu wychowawczego; prowadzi doradztwo zawodowe dla młodzieży w szkołach różnych poziomów nauczania. [...] Diagnozuje i analizuje organizację pracy i kulturę organizacyjną firmy; lokalizuje źródła konfliktu i wskazuje sposoby ich rozwiązywania; organizuje proces selekcji i rekrutacji pracowników; bada kompetencje pracowników i wskazuje im drogi rozwoju zawodowego; stosuje psychologiczne metody i techniki badań pracowników; współpracuje ze specjalistami zarządzania zasobami ludzkimi”.

Jesienią 2020 roku Parlamentarny Zespół ds. Ustawowego Uregulowania Zawodu Psychologa przygotował projekt ustawy (por. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 2021)². Zgodnie z wersją projektu ustawy z dnia 6 czerwca

stosowania z dnia 27 kwietnia 2010 roku (Dz.U. Nr 82, poz. 537), zmienionego Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 listopada 2012 roku (Dz.U. poz. 1268) – z wyróżnionymi zmianami (https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/kzs/pdf/KZiS_nowa.pdf, dostęp: 15.12.2025).

² Kalendarium prac nad ustawą przedstawiono na stronie: <https://legislacja.gov.pl/projekt/12386703/katalog/13067189#13067189> (dostęp: 15.12.2025). Podobne kalendarium

2025 roku wykonywanie zawodu psychologa obejmuje następujące działania (Ustawa o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów. Projekt, 2025, art. 23. 1.):

- diagnoza psychologiczna polegająca na rozpoznawaniu za pomocą metod psychologicznych, opartych na dowodach naukowych, właściwości funkcjonowania psychologicznego odbiorcy świadczeń psychologicznych oraz ich psychologicznych przyczyn i skutków;
- opiniowanie psychologiczne polegające na opisie aktualnego funkcjonowania psychologicznego odbiorcy świadczeń psychologicznych, sporządzonym pisemnie na podstawie przeprowadzonego badania psychologicznego;
- orzekanie psychologiczne na podstawie odrębnych przepisów polegające na formułowaniu pisemnej diagnozy psychologicznej o aktualnym funkcjonowaniu odbiorcy świadczeń psychologicznych;
- udzielanie pomocy psychologicznej, polegającej na stosowaniu form oddziaływania psychologicznego ukierunkowanych na rozwój, podnoszenie jakości życia, profilaktykę, zachowanie i przywracanie zdrowia psychicznego, zapobieganie nieprawidłowościom dotyczącym zdrowia psychicznego odbiorcy świadczeń psychologicznych oraz ich zmniejszanie i usuwanie, wsparcie w sytuacji doświadczenia kryzysu, traumy lub stresu;
- prowadzenie psychoterapii przez psychologa w przypadku nabycia przez niego uprawnień psychoterapeuty na podstawie odrębnych przepisów.

Z tych opisów wynika, że psychologowie zbierają informacje dotyczące życia prywatnego osób korzystających z ich usług (tzw. informacje wrażliwe), którymi ludzie bez przymusu zewnętrznego (wymagania ustawowe lub własne instytucji) lub wewnętrznego (dyskomfort) zazwyczaj się nie dzielą. Skoro usługobiorcy z własnej woli rezygnują z części swoich praw, a usługa realizowana jest w warunkach nierówności stron, to ważne jest ograniczanie negatywnych skutków tych okoliczności. Ustawowa definicja zawodu psychologa umożliwi zrozumienie znaczenia przymiotnika „psychologiczna” i jeśli ktoś bez ustawowych uprawnień użyje go do określenia swojej działalności, będzie

mołg zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej. Inaczej mówiąc – zbuduje ona formalną podstawę wiarygodności zawodowych działań psychologa.

Stwierdzenie, że zawód psychologa jest zawodem zaufania społecznego, znajduje uzasadnienie w jego podstawowych cechach, które są charakterystyczne dla tego typu zawodów (Niemczyński, 2002), tj. zbieranie informacji osobistych, objętych tajemnicą zawodową, ukształtowanie etyki zawodowej w postaci Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa PTP, specyfika kształcenia i rozwoju zawodowego w celu osiągnięcia wysokich specjalistycznych kompetencji, odwoływanie się do etosu dobrej pracy.

Określając granice zawodowej tożsamości psychologów, warto też zwrócić uwagę na specjalizację w psychologii klinicznej (CMKP, 2025). Zasadniczo działania zawodowe psychologa zajmującego się problemami zdrowia i choroby w ich aspekcie psychicznym określa się jako działania psychologa klinicznego (Waszkiewicz i Nizio, 2014). To właśnie ten aspekt determinuje jego specyfikę i samodzielność wśród osób zajmujących się zawodowo ochroną zdrowia. Po II wojnie światowej o samodzielności tej subdyscypliny psychologii decydowała koncentracja na testowaniu, natomiast dziś większy nacisk kładzie się na nietestowych metodach diagnozy klinicznej i na interwencji (Waszkiewicz i Nizio, 2014; Tylka, 2004). W Polsce na XVI Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, który odbył się w Gdyni w 1964 roku, podczas dyskusji przedstawiciele Katedry Psychologii Klinicznej UAM w Poznaniu przedstawili nową koncepcję ujmowania psychologii klinicznej (Obuchowski, 1965). W pierwszym polskim podręczniku psychologii klinicznej Andrzej Lewicki określił jej definicję, przedmiot, zadania teoretyczne i praktyczne (Lewicki, 1968). Pisał: „[...] Za przedmiot badania psychologii klinicznej uważa się [...] wypadki, które można określić jako «zaburzenia zachowania» [...]. Będą tu więc należały wszystkie zaburzenia psychotyczne [...] również nerwice [...] też różnorodne «zaburzenia osobowości» [...]. Do zaburzeń zachowania zaliczymy ponadto także pewne formy zachowania, które występują u osób [...] nie podpadających pod żadną kategorię psychopatologiczną [...]. Praktyczna problematyka psychologii klinicznej sprowadza się do trzech grup zagadnień – profilaktyki zaburzeń zachowania, ich psychologicznej diagnozy i ich usuwania bądź łagodzenia drogą określonych zabiegów psychokorektywnych [oraz] zadania profilaktyczne” (Lewicki, 1968, s. 18–22). Dzisiaj psychologia kliniczna łączy praktyczne działania z rozwiązywaniem naukowych zadań badawczych, inspirowanych praktyką (Cierpiałkowska i Sęk, 2015).

Od 1976 roku zaczęto organizować spotkania psychologów klinicznych z uniwersytetów i placówek psychiatrycznych m.in. w celu wypracowania programu szkoleń specjalizacyjnych. W 1980 roku kierownikiem zespołu został Czesław Czabała. W 1981 roku Ministerstwo Zdrowia nadało zespołowi oficjalny status pod nazwą Grupa Problemowa ds. Psychologii Klinicznej (Czabała, 2012). Zespół przygotował program dwustopniowej specjalizacji z psychologii klinicznej, który w 1983 roku został oficjalnie przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia i w 1984 roku opublikowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. W 2003 roku powstał nowy pięcioletni program specjalizacji (dwa plus trzy lata), który później (w 2009 roku) skrócono do czterech lat. W 2010 roku odbyły się pierwsze egzaminy specjalizacyjne absolwentów szkoleń akredytowanych jednostek (Czabała, 2012; Tylka, 2004). Programy specjalizacji były dyskutowane publicznie i proponowano w nich zmiany (Basińska, 2009; Izydorczyk, 2016; Tylka, 2006). Aktualne programy specjalizacyjne pochodzą z 2023 i 2024 roku (CMKP, 2025). Egzamin specjalizacyjny z psychologii klinicznej składa się z części teoretycznej i praktycznej. Część teoretyczną stanowi zazwyczaj test pisemny, a część praktyczna obejmuje opracowanie i przedstawienie przypadku klinicznego oraz studium przypadku. Egzaminy te organizowane są przez Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) w Łodzi.

Należy podkreślić specyfikę zadań i kompetencji psychologa specjalisty w zakresie psychologii klinicznej. Jak pisze Bernadetta Izydorczyk (2016): „Jedynie psycholog jest uprawniony do korzystania z narzędzi psychologicznych, stawiania diagnozy psychologicznej, sporządzania opinii i orzeczeń psychologicznych oraz udzielania pomocy i terapii psychologicznej. [...] Dlatego zasadne jest, aby w leczeniu pacjentów nie traktować psychologa i psychoterapeuty zamiennie, a częściej korzystać z ich pomocy łącznie bądź wskazywać bardziej adekwatnie, który z nich może spełniać w danej placówce określoną rolę” (s. 39–40).

W zależności od wybranej ścieżki szczegółowego kształcenia specjalizacyjnego osoba, która uzyska tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej, zdobędzie także dodatkowe kompetencje szczegółowe w zakresie psychologii klinicznej chorych z zaburzeniami psychicznymi, psychologii klinicznej chorych somatycznie, neuropsychologii klinicznej oraz psychologii klinicznej dzieci i młodzieży (CMKP, 2025). Zasadniczo kompetencje, których oczekuje się od specjalistów w zakresie psychologii klinicznej, dotyczą:

- samodzielnej diagnozy psychologicznej zaburzeń i problemów adaptacyjnych, umiejętności konstruowania i weryfikowania klinicznych hipotez diagnostycznych, doboru metod oraz interpretacji wyników, a także odniesienia ich do celów badań osób z zaburzeniami psychicznymi;
- wydawania specjalistycznych opinii i orzeczeń o stanie zdrowia psychicznego;
- umiejętności komunikacji z zespołem terapeutycznym i rodziną pacjenta oraz współpracy z innymi specjalistami;
- planowania terapii, doboru metod terapeutycznych zgodnych z indywidualnymi potrzebami pacjentów, stosowania metod pomocy psychologicznej, takich jak interwencje kryzysowe czy psychoterapia, oceny skuteczności metod terapeutycznych;
- organizacji rehabilitacji, zwłaszcza w kontekście uzależnień;
- projektowania programów promocji zdrowia oraz prowadzenia programów profilaktycznych;
- udzielania poradnictwa oraz konsultacji w zakresie zdrowia psychicznego;
- możliwości ubiegania się o uprawnienia do superwizji klinicznej.

Oczywiście istnieją też inne, „pozakliniczne” obszary realizacji roli zawodowej psychologa, jak np. psychologia wychowawcza (działania w tym obszarze dotyczą uczenia się i rozwoju), psychologia edukacji (zajmująca się badaniem procesów uczenia się i nauczania, wsparciem dla uczniów i nauczycieli), psychologia pracy i organizacji (obejmująca badanie zachowań ludzi w środowisku pracy), psychologia sportu (celem działań jest poprawa wyników sportowych, zdrowia psychicznego i ogólnego dobrostanu osób uprawiających sport), psychologia sądowa (zajmująca się opiniowaniem w sprawach karnych i cywilnych, badaniem zachowań antyspołecznych oraz patologii społecznych), psychologia zdrowia (badająca związek między psychiką a zdrowiem fizycznym, obejmująca promowanie zdrowego stylu życia), psychologia reklamy (badająca mechanizmy oddziaływania komunikacji perswazyjnej i wykorzystania tej wiedzy) czy psychologia środowiskowa (badająca to, jak środowisko wpływa na ludzkie zachowanie, emocje i zdrowie oraz jak człowiek kształtuje swoje otoczenie).

Ciekawe informacje na temat rozwiązań prawnych dotyczących regulacji zawodu psychologa w Europie (por. European Commission, 2024) zawarte są w dokumencie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (por. Związek Powiatów Polskich, 2024). Wśród państw, w których zawód

psychologa jest regulowany, znajdują się Chorwacja (oprócz studiów konieczne jest odbycie rocznego stażu zakończonego egzaminem zawodowym, prawo do wykonywania zawodu jest potwierdzane przez Chorwacką Izbę Psychologiczną), Finlandia (wykonywanie zawodu jest zastrzeżone dla specjalistów licencjonowanych przez Krajowy Organ Nadzorczy ds. Opieki Społecznej i Zdrowia), Łotwa (konieczne jest uzyskanie specjalnego certyfikatu udzielanego przez Służbę Jakości Edukacji), Portugalia (od absolwentów psychologii wymagana jest rejestracja przez Portugalskie Stowarzyszenie Psychologów oraz ukończenie zawodowego stażu) i Cypr (absolwenci studiów psychologicznych są licencjonowanymi i zarejestrowanymi specjalistami uprawnionymi do przeprowadzania działań zawodowych w pełnym zakresie oraz legitymującymi się wykształceniem psychologicznym na poziomie licencjatu, pracującymi w odpowiednich placówkach pod nadzorem, a ich rolą jest kierowanie pacjenta do zarejestrowanego psychologa).

W niektórych krajach zawód psychologa jest częściowo regulowany. Wśród nich są: Austria (regulowany jest zawód psychologa służby zdrowia i psychologa klinicznego, nie jest regulowany zawód psychologa ogólnego), Irlandia (co do zasady psycholog nie jest zawodem ustawowo regulowanym, jednak szczególne zawodowe kwalifikacje Irlandzkiego Towarzystwa Psychologicznego są wymagane do pracy w służbie zdrowia finansowanej ze środków publicznych oraz w zawodzie psychologa edukacyjnego), Dania (do wykonywania obowiązków zwykłego psychologa wystarcza ukończenie studiów magisterskich z zakresu psychologii, natomiast aby uzyskać tytuł psychologa autoryzowanego, konieczne jest uzyskanie autoryzacji Rady ds. Nadzoru nad Praktyką Psychologiczną). W niektórych państwach zawód psychologa nie jest regulowany, należą do nich Niemcy (do świadczenia usług psychologicznych wystarczające jest ukończenie studiów psychologicznych, a jedynie zawód psychoterapeuty jest zawodem regulowanym) oraz Węgry (nie istnieje samorząd psychologów).

Psychologowie wydają opinie albo orzeczenia lub udzielają pomocy w rozwiązywaniu trudności życiowych i osiągnięciu lepszej jakości życia (a także tzw. świadczeń medycznych). Te informacje są poufne, a zakaz ich upowszechniania ma (w zasadzie) charakter bezwarunkowy, więc ich dysponenci nie mogą być karani za odmowę ich ujawnienia. W Polsce jednak brakowało ustawowego samorządu zawodowego psychologów³ oraz uchwalonego przez jego

³ Długa droga prac nad tą ustawą i jej aktualny stan zostały opisane na stronie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów (OZZP, 2024). Podobny obszar

członków kodeksu etyki zawodowej, a co za tym idzie, pieczy korporacyjnej nad deontologią zawodową, szczególnie w zakresie ochrony praw odbiorców usług psychologicznych, oraz zapewnieniem dostępu do wykonywania zawodu psychologa tylko profesjonalistom posiadającym m.in. stosowne wykształcenie (Żukowski, 2017a, 2017b).

Oczywiście brak rzeczywistego działania samorządu zawodowego psychologów nie przesądza o tym, że nie mamy do czynienia z zawodem zaufania publicznego (Sarnecki, 2002). Jednak brak ustawy o zawodzie psychologa mógł budzić wątpliwości dotyczące zaufania do usług psychologicznych, bo każdy mógłby zarejestrować działalność gospodarczą w tym obszarze. W Polsce kwestię zaufania dodatkowo komplikuje wprowadzenie dwustopniowego systemu kształcenia psychologów. Jak zapisano w uchwale 35. Zjazdu Naukowego PTP: „[...] w obecnym stanie prawnym absolwent drugiego stopnia studiów psychologicznych – niezależnie od kierunku ukończonych studiów pierwszego stopnia – nabywa tytuł zawodowy magistra psychologii i tym samym prawo do wykonywania tego zawodu [...]” (Suwalska-Bancewicz, 2015, s. 513), co pod względem formalnym nie jest prawdą, ale dla społeczeństwa nie ma znaczenia, kto jest „psychologiem”. Biorąc pod uwagę różnicę między zawodami prawnie uregulowanymi a nieuregulowanymi, można stwierdzić, że zawód psychologa nie był uregulowany, ponieważ nie było formalnych warunków określających, kto jest, a kto nie jest wykonawcą tego zawodu. Oczywiście, można utożsamiać zawód

regulują od stycznia 2024 roku znowelizowane przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (w tym definicja psychoterapii). Przygotowywana jest też ustawa o zawodzie psychoterapeuty (<https://prp.org.pl/wp-content/uploads/2024/03/bez-uwag-PRP-2024-02-29-Ustawa-o-zawodzie-psychoterapeuty-wersja-finalna-bez-uwag-PRP.pdf>, dostęp: 15.12.2025). Następnym etapem sporu kompetencyjnego w tej ostatniej sprawie jest komunikat Zarządu PTP z września 2024 roku: „W związku z decyzją Zarządu o spójnej strategii działań Towarzystwa oraz w trosce o umacnianie statusu zawodu psychologa i znaczenia naszej dyscypliny, postanowiono, że żadna z agend PTP nie będzie uczestniczyć w pracach Grupy Roboczej ds. Ustawy o Zawodzie Psychoterapeuty” (por. też <https://www.facebook.com/psychorgpl>, dostęp: 15.12.2025). W odpowiedzi Zarząd Sekcji Psychoterapii PTP opublikował swoje stanowisko: „[...] Podsumowując: aktualną decyzję ZG PTP uważamy za szkodliwą i destrukcyjną dla środowiska psychoterapeutów, a szczególnie dla tych zrzeszonych w Polskim Towarzystwie Psychologicznym. [...] Zarząd SP PTP podjął próby rozmów z ZG PTP, jednak dotychczasowa postawa członków ZG PTP wskazuje na tendencję do eskalacji konfliktu i brak gotowości do usłyszenia jakichkolwiek argumentów podważających ich stanowisko. Utrudnia to chronienie naszych członków przed marginalizacją i brakiem wpływu na Ustawę o Zawodzie Psychoterapeuty” (<https://www.sekcjapsychoterapii.pl/oswiadczenie/>, dostęp: 15.12.2025).

regulowany z zawodem zaufania publicznego, jednak nie zmienia to faktu, że zawód psychologa nie był w Polsce prawnie chroniony (Stepulak, 2007). W sytuacji braku ustawowych przepisów praktycznie każda zainteresowana osoba mogła otworzyć „prywatny gabinet psychologiczny” jako indywidualną działalność gospodarczą (kod PKD 86.90.E: Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana). Wykorzystując brak przepisów wykonawczych do poprzedniej ustawy o zawodzie psychologa, Polskie Stowarzyszenie Psychologów i Terapeutów powołało w Łodzi Izbę Psychologów, która za 200 zł opłaty członkowskiej wystawiała certyfikaty zawodowe psychologa (por. Grela, 2018). Nie oznacza to, że środowisko psychologów nie może tworzyć etosu zawodowego. Można powiedzieć (Drzeżdżon, 2013), że ze względu na swój nieformalny charakter etosowe wymagania mają honorowy wymiar i w takiej sytuacji są przejawem dobrowolnej identyfikacji z zawodem.

2.1.2 Krótka (i niekończąca się) historia kodeksu etyki zawodowej psychologa

Po raz pierwszy w Polsce Kodeks Etyczny Psychologa (KEP) uchwaliło plenium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 24 kwietnia 1971 roku. Kodeks ten liczył 37 punktów ujętych w cztery części: „Zasady ogólne”, „Działalność badawcza”, „Działalność praktyczna”, „Działalność dydaktyczna” (Paluchowski i Wójtowicz, 2021). W roku 1986 rozpoczęto prace nad aktualizacją kodeksu. Zespołem roboczym kierowała Irena Heszen-Niejodek. Po licznych konsultacjach uchwalono nową wersję jako Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa (KE-ZP) na Walnym Zgromadzeniu Delegatów PTP w roku 1988 „przy wyraźnym zastrzeżeniu, że nie jest to postać ostateczna” (Paluchowski i Wójtowicz, 2021). Kodeks ten zawierał 49 punktów zgrupowanych w cztery części: „Zasady ogólne”, „Psycholog jako praktyk”, „Psycholog jako badacz”, „Psycholog jako nauczyciel i popularyzator”. Trzecia wersja Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa została zatwierdzona w grudniu 1991 roku przez Walne Zgromadzenie PTP (PTP, 1991). Składa się ona z 51 artykułów podzielonych na cztery części (jak wcześniej). Zmiany dotyczyły zakończenia preambuły oraz brzmienia artykułów 16, 25 i 26.

Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa budził wiele wątpliwości (Kucharski, 2019), m.in. z powodu niejasności i niekonsekwencji zawartych tam przepisów. Prace nad nowym projektem rozpoczęły się w listopadzie 2013 roku,

kiedy to w Krakowskim Oddziale PTP zawiązała się grupa inicjatywna. Zaproponowała ona Zarządowi Głównemu podjęcie prac nad nowelizacją KE-ZP i uzyskała wstępną aprobatę. W latach 2014–2015 trwały prace koncepcyjne, mające na celu prezentację inicjatywy na Walnym Zgromadzeniu Delegatów PTP. W listopadzie 2015 roku Walne Zgromadzenie Delegatów PTP na zjeździe w Warszawie zdecydowało, że powinien powstać nowy tekst dotychczasowego kodeksu. Prace powierzono krakowskiemu zespołowi inicjatywnemu pod kierunkiem Katarzyny Sikory (Bogatyńska-Kucharska i in., 2019a, 2019b). We wrześniu 2017 roku, na XXXVI Kongresie Naukowym PTP w Gdańsku zaprezentowano część aspiracyjną kodeksu (tzw. Meta-kodeks; por. dalej). W listopadzie 2017 roku Zespół brał udział w organizacji konferencji „Dylematy etyczne psychologów”, w ramach współpracy Krakowskiego Oddziału PTP i Akademii Ignatianum w Krakowie. W czasie obrad została przedstawiona i poddana pod dyskusję propozycja preambuły i „Zasad ogólnych”.

Ostateczną wersję Meta-kodeksu zaprezentowano na Walnym Zgromadzeniu Delegatów PTP, które obradowało w dniach od 30 listopada do 2 grudnia 2018 roku. Walne Zgromadzenie Delegatów 30 listopada 2018 roku pozytywnie zaopiniowało projekt wprowadzenia hierarchicznej (trzystopniowej) struktury regulacji etycznych, zamiast dotąd obowiązującego jednolitego Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa PTP, który został uchylony. Projekt został przygotowany przez zespół działający przy Oddziale Krakowskim PTP. Trójstopniowa struktura Kodeksu Etycznego Psychologa PTP w wersji docelowej jest następująca (PTP, 2018a):

- I poziom to wykładnia wartości wyrażonych zasadami ogólnymi, którymi kieruje się każdy psycholog; jest analogiczny do zapisów Meta-kodeksu (ang. *Meta-code*) European Federation of Psychologists Associations (EFPA). To nadrzędny kodeks wobec pozostałych regulacji etycznych;
- II poziom to kodeksy etyczne psychologa PTP w obszarach szczegółowych (diagnoza, poradnictwo, badania naukowe i inne);
- III poziom to standardy odwołujące się do regulacji etycznych w obszarach szczegółowych (np. poświęcone diagnozie, w biznesie i inne); zakłada się stałą aktualizację w odpowiedzi na pojawiające się nowe wyzwania w pracy psychologa (np. praca online).

Po uwzględnieniu zgłoszonych przez delegatów poprawek kodeks został przyjęty 2 grudnia 2018 roku jako aktualnie obowiązujący Kodeks Etyczny

Psychologa PTP, zastępując dotychczas istniejący Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa PTP (PTP, 2018b). Prace nad poziomem II i III nadal trwają.

2.1.3 Zasady etycznej działalności zawodowej psychologa w świetle kodeksów zawodowych i innych źródeł

Treść kodeksów etyki zawodowej psychologów i psychoterapeutów pozwala wskazać te obszary, które mogą generować problemy i dylematy etyczne. Można zasadnie przypuszczać, że przedstawiciele tych zawodów stają przed koniecznością dokonania trudnych wyborów. Trudność ta może wynikać z tego, że zdrowy rozsądek i doświadczenie życiowe okazują się niewystarczające, ponieważ te decyzje dotyczą specyficznych okoliczności zawodowych. W takiej sytuacji pojawia się potrzeba eliminacji niejednoznaczności poprzez odwołanie się do określonych norm czy reguł, co znajduje odzwierciedlenie w kodeksie etyki zawodowej.

W celu ustalenia podstawowych wartości, którymi powinni kierować się psychologowie w realizacji swojej roli zawodowej, warto dokonać analizy kodeksu PTP oraz innych kodeksów, Uniwersalnej Deklaracji Zasad Etycznych dla Psychologów, kodeksu etyki zawodowej APA, Meta-kodeksu i Kodeksu Modelowego EFPA. Autor, przyjmując określoną kolejność prezentacji, koncentruje się na relatywnie nowych treściach analizowanych kodeksów, co nie oznacza ich oceny w zakresie braków lub niedoskonałości.

W tzw. starym Kodeksie etyki zawodowej (PTP, 1991) wskazuje się na następujące obowiązki psychologa wyznaczone przez prawa pacjentów:

- preambuła: „Naczelną wartością dla psychologa jest dobro drugiego człowieka”; „W swoich czynnościach zawodowych psycholog zawsze powinien respektować te podstawowe wartości, zwłaszcza godność osoby ludzkiej, podmiotowość i autonomię człowieka i jego prawo nieskrępowanego rozwoju. Psycholog uznaje prawo każdego człowieka do kierowania się własnym systemem wartości, dokonywania własnych wyborów, jak również prawo do intymności”;
- p. 1: „[...] psycholog zawsze dąży do tego, żeby kontakt z nim był pomocny dla drugiego człowieka czy grupy osób. Psycholog [...] poczuwa się do udzielania pomocy psychologicznej w każdych okolicznościach, gdy zachodzi taka potrzeba”;
- p. 18: „Rozpoczynając pracę, psycholog każdorazowo uzgadnia z klientem cel i zakres swoich oddziaływań oraz zasadnicze sposoby

postępowania. Ustalenia te mają charakter wstępny i mogą ulec zmianie w toku dalszych kontaktów”;

- p. 21: „Osobom korzystającym z diagnozy i terapii psychologicznej psycholog udziela informacji o stosowanych metodach i uzyskanych wynikach, kierując się dobrem tych osób. [...] W wypadkach wątpliwych psycholog upewnia się, czy informacje zostały właściwie zrozumiane”;
- p. 22: „Psychologa obowiązuje przestrzeganie tajemnicy zawodowej. Ujawnienie wiadomości objętych tajemnicą zawodową może nastąpić jedynie wtedy, gdy poważnie zagrożone jest bezpieczeństwo klienta lub innych osób”. Należy wskazać, że pojawia się tu problem, czy w sytuacji braku ustawy o zawodzie psychologa można mówić dosłownie o tajemnicy zawodowej.

W polskim piśmiennictwie psychiatrycznym w dyskusji na temat stosowania terminu „pacjent” oraz „klient” zalecany pojęciem jest „pacjent” (Anczewska i in., 2011; Śliwińska, 2019). W psychologii preferuje się (Kargulowa, 2017; Sikora, 2013a) używanie pojęcia „odbiorca” (w domyśle „usługi psychologicznej”) jako szerszego pod względem znaczeniowym. Proponowane określenie „odbiorca” ma zastąpić termin „pacjent” (oznaczający osobę korzystającą ze świadczeń opieki zdrowotnej i swoich praw pacjenta, niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora; osobę pasywną, cierpiącą i biernie oczekującą na leczenie) czy „klient” (akcentujący ekonomiczno-rynkowe uwarunkowania usług psychologicznych oraz będący synonimem osoby decyzyjnej, zachowującej podmiotowość)⁴. Wybór pojęcia przez psychologów zależy jednak od nurtu psychoterapeutycznego, miejsca udzielania usługi (NFZ), modelu relacji czy preferencji usługobiorcy. W Kodeksie z grudnia 2018 r. używa się terminu „odbiorca” (PTP, 2018b). W referowaniu literatury używane będą stosowane w niej terminy.

Jarosław Kucharski (2019) poddał krytycznej analizie wcześniej obowiązujący kodeks. Zwrócił m.in. uwagę na wiele nieścisłych przepisów. Nieprecyzyjne jest sformułowanie „dobro drugiego człowieka” (patrz dalej), brakuje też definicji klienta psychologa i rozróżnienia między bezpośrednim odbiorcą usługi psychologicznej a zlecniodawcą tej usługi. Ponadto nie określono precyzyjnie okoliczności wyłączenia reguły zachowania tajemnicy i nie

⁴ Powoływanie się na termin „klient” używany przez Carla Rogersa jest o tyle nietrafne, że odszedł on od pojęcia *client-centered therapy* (jako synonimu *non-directive therapy*) i częściej używał szerszego: *person-centered therapy*.

wskazano działań psychologa, gdy jego klient nie zaakceptuje złamania zasady utrzymywania w tajemnicy informacji o działaniach psychologa i ich wynikach (szczególnie w przypadku osób, które trafiły do psychologa niedobrowolnie). Kucharski (2019) zwrócił też uwagę na to, że w pracy nad nowym kodeksem należy włączyć „[...] interesariuszy i uwzględnić ich głos w konstruowaniu norm kodeksowych” (s. 164).

W aktualnym Kodeksie (PTP, 2018b) wskazuje się na podobne jak w poprzednim zasady:

- rozdział 1, artykuł 1: „Podstawą etyki zawodowej psychologów [...] jest dobro człowieka. Wykonując czynności zawodowe zgodnie z zasadami etyki, psycholog dąży do tego, aby kontakt z nim był pomocny. Psycholog odstępuje od podejmowania działań profesjonalnych, kiedy ich konsekwencją może być wyrządzenie szkody drugiemu człowiekowi”;
- rozdział 2.4.1: „Psycholog działa z poszanowaniem praw człowieka i godności ludzkiej, doceniając wyjątkowość i unikalną wartość każdej osoby. Respektuje prawo odbiorcy do autonomii i podmiotowości, do poszanowania intymności i do zachowania prywatności”;
- rozdział 2.4.2: „Psycholog szanuje prawo odbiorcy do własnego rozumienia swojego dobra, jest gotowy do dialogu; nie narzuca odbiorcy swojego rozumienia tego, co będzie dla odbiorcy korzystne”;
- rozdział 2.5.1: „Nadrzędną wartością dla psychologa jest dobro odbiorcy w wymiarze indywidualnym i społecznym. Psycholog uznaje, że dobrem osoby może być zarówno jej indywidualny rozwój, jak i przynależność i udział w społeczeństwie, kulturze i tradycji”;
- rozdział 2.5.2: Psycholog uznaje, że dobro odbiorcy może być różnie definiowane tak ze względów indywidualnych, jak i kulturowych, i jest świadomy istniejących różnic w tym zakresie”;
- rozdział 2.6.1: „Uznając prawo odbiorcy do wysokiej jakości działań psychologicznych, psycholog dokłada wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość wykonywanej pracy”.

Specyficznym obszarem jest psychoterapia, ponieważ certyfikat do uprawiania tego zawodu posiadać może nie tylko psycholog⁵. W Kodeksie zasad

⁵ Por. projekt ustawy opracowany i opublikowany w styczniu 2024 roku przez Grupę Roboczą ds. projektu ustawy o zawodzie psychoterapeuty: [https://orka.sejm.gov.pl/opinie10.nsf/nazwa/1000_20240125/\\$file/1000_20240125.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/opinie10.nsf/nazwa/1000_20240125/$file/1000_20240125.pdf) (dostęp: 15.12.2025). Wersja finalna projektu znajduje się na stronie: <https://prp.org.pl/wp-content/uploads/2024/03/>

etycznych psychoterapeuty Komisji Etyki Sekcji Psychoterapii PTP (PTP, 2007) wskazuje się ponadto na następujące wrażliwe obszary funkcjonowania psychoterapeuty:

- zasada 1.a: „[...] Unika takiego rodzaju relacji, które mogłyby ograniczyć jego bezstronność i sprowokować konflikt interesów”;
- zasada 1.b: „[...] z góry wyjaśnia klientom wszystkie kwestie dotyczące ich wspólnej pracy w ramach zawieranego z nimi kontraktu, określającego cele i metody pracy oraz zasady jej finansowania”;
- zasada 2: „Psychoterapeuta jest zobowiązany do utrzymywania wysokich standardów w zakresie kompetencji zawodowych. Uznaje granice własnych umiejętności i ograniczenia stosowanych metod. [...] stale uzupełnia swoją wiedzę, szczególnie związaną z wykonywanymi usługami”;
- zasada 2.d: „[...] powstrzymuje się od podejmowania jakiegokolwiek działania w tych sytuacjach, w których jego osobiste problemy prowadziłyby do nieadekwatnych zachowań bądź szkody”;
- zasada 4: „[...] jest zobowiązany w pierwszym rzędzie szanować poufność informacji otrzymanych od klientów w trakcie pracy psychoterapeutycznej. Ujawnia takie informacje wyłącznie za zgodą klienta (lub jego upoważnionego reprezentanta). Wyjątek stanowią takie sytuacje, w których nieujawnienie informacji wiązałoby się z wyraźnym niebezpieczeństwem dla klienta lub dla innych, bądź takie, które regulują inne zasady, np. normy prawne [...]”.

Dodatkowo w Kodeksie Etycznym Polskiego Stowarzyszenia Psychoterapeutów i Praktyków Psychologii Procesu (PSPiPPP, b.d.) pojawiają się następujące kwestie etyczne dotyczące pracy psychoterapeuty:

- zasady ogólne: „Psychoterapeuta powinien być szczególnie świadomy nierówności pozycji w relacji z klientem i być wrażliwy na możliwość wykorzystania swojej przewagi podczas lub po zakończeniu psychoterapii”;
- § 1.1: „Psychoterapeuta prowadzi swoje działania zawodowe po uzyskaniu świadomej zgody od klienta, jedynie w ramach uzgodnionej w kontrakcie relacji zawodowej. [...] Psychoterapeuta stara się pozostawać wyłącznie w relacji zawodowej z klientem podczas procesu psychoterapii”;

- § 2.3: „Psychoterapeuta nie podejmuje relacji seksualnych z klientami w trakcie procesu psychoterapii. [...] Psychoterapeuta nie wchodzi w relację seksualną z byłym klientem co najmniej przez dwa lata od zakończenia relacji zawodowej. [...] Psychoterapeuta nie przyjmuje do psychoterapii osób, z którymi wcześniej miał bliskie relacje osobiste lub zawodowe, a zwłaszcza relacje o charakterze seksualnym”;
- § 2.6: „W relacji psychoterapeuta – klient wymiana barterowa jest niewskazana”;
- § 3.1: „Psychoterapeuta nie ma prawa bez zgody klienta ujawnić samego faktu, że pozostaje on w psychoterapii, ani udzielać informacji uzyskanych w trakcie psychoterapii osobom trzecim z wyjątkiem superwizji zachowując anonimowość klienta, jeśli to możliwe”;
- § 3.3: „Dokonywanie rejestracji na wszelkich nośnikach przekazu informacji podczas psychoterapii wymaga pisemnej zgody klienta albo jego przedstawiciela ustawowego”;
- § 3.4: „Jeżeli psychoterapeuta chce użyć informacji uzyskanych podczas psychoterapii w wykładach lub publikacjach, musi uzyskać na to zgodę klienta lub jego przedstawiciela ustawowego i zadbać o jego anonimowość”;
- § 5.1: „Psychoterapeuta rzetelnie przedstawia wiedzę psychoterapeutyczną. [...] dba o dobre imię psychoterapii”.

Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej (PTPP, 2012) wskazuje dodatkowo (w stosunku do wcześniej omawianych kodeksów) na następujące elementy pracy psychoterapeutycznej:

- p. 2.A: „[...] Psychoterapeuta psychoanalityczny musi zapoznać pacjenta z wysokością swego honorarium oraz dokonać wszelkich innych ustaleń finansowych, a pacjent musi wyrazić zgodę na te warunki przed rozpoczęciem terapii, zaś w przypadku zmian wysokości honorarium – przed dokonaniem zmiany”;
- p. 2.C: „W trakcie leczenia należy unikać korzystania z metod związanych z kontaktem fizycznym z pacjentem, jeśli nie jest on konieczny ze względów klinicznych”;
- p. 2.E: „[...] psychoterapeuta psychoanalityczny nie może stosować przemocy ani też grozić jej użyciem”; „[...] Psychoterapeuta psychoanalityczny nie może świadomie użyć gróźb, okłamywać pacjenta, znęcać się nad nim werbalnie ani stosować zastraszania dla własnych

celów czy zysków. Psychoterapeuta psychoanalityczny nie może wykorzystywać swej pozycji, autorytetu czy poufnych informacji w celu wywierania przymusu wobec pacjenta”;

- p. 2.J: „Należy powstrzymywać się od wszelkich kontaktów towarzyskich z pacjentem w trakcie leczenia; również po jego zakończeniu należy zachować powściągliwość w tym zakresie”;
- p. 2.L: „Psychoterapeuta psychoanalityczny nie może podejmować pracy, jeśli – w wyniku choroby lub wieku – nie jest zdolny do dokonywania odpowiedniej oceny sytuacji lub wykonywania odpowiednich czynności”;
- p. 2.Ł: „W trakcie terapii kontakty z osobami trzecimi, takimi jak członkowie rodziny pacjenta, jego przyjaciele, koledzy lub osoby związane z nim zawodowo, mogą mieć miejsce wyłącznie za zgodą pacjenta”.

W Kodeksie Etycznym Polskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego (PTPa, b.d.) wskazuje się jeszcze na następujące problemy:

- część II.B.1: „Leczenie psychoanalityczne jest dobrowolne, a pacjent może w dowolnym momencie przerwać leczenie, rozpocząć inną terapię bądź zwrócić się o inną poradę. [...] Zakończenie analizy następuje zazwyczaj za obopólną zgodą”;
- część II.C.3: „Pomiędzy psychoanalitykiem a pacjentem nie mogą mieć miejsca żadne inne transakcje finansowe. Niedopuszczalne są jakiekolwiek przedsięwzięcia czy interesy z pacjentem”;
- część II.D.2: „Psychoanalityk musi mieć na uwadze, zarówno w trakcie analizy, jak i po jej zakończeniu, nierówny układ sił pomiędzy analitykiem a analizowanym. Psychoanalityk nie może działać w sposób naruszający autonomię pacjenta lub byłego pacjenta”;
- część II.D.5: „W trakcie leczenia psychoanalityk nie może nawiązywać z pacjentem ani z członkiem jego rodziny, czy inną bliską pacjentowi osobą, kontaktu o charakterze seksualnym w żadnej formie: fizycznej czy werbalnej”;
- część II.E.1: „W każdej sytuacji należy zachować anonimowość pacjenta, chyba że sam pacjent wyraża zgodę na ujawnienie swoich personaliów lub jest to konieczne ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta lub osoby trzeciej”;
- część II.E.2: „Psychoanalityk ponosi odpowiedzialność za zachowanie poufności dokumentacji i danych osobowych zebranych podczas

psychoanalizy. Analitik przechowuje dokumentację w sposób uniemożliwiający dostęp osobom nieupoważnionym”;

- część II.E.3: „Analitik, korzystając z pomocy personelu pomocniczego bez pełnych kwalifikacji (np. asystenci, studenci, pielęgniarki itp.), odpowiada za realizację zasad etyki zawodowej”;
- część II.E.4a: „W przypadku, gdy istnieje realne zagrożenie poważnym uszkodzeniem ciała pacjenta bądź też istnieje ryzyko samobójstwa, psychoanalitik musi podjąć odpowiednie kroki, łącznie z poinformowaniem o zagrożeniu rodzica/opiekuna, za cenę złamania zasady poufności”;
- część II.E.4b: „Przypadki znęcania się nad dzieckiem powinny być zgłaszane odpowiednim organom państwowym”;
- część II.E.4c: „W przypadku gdy nieletni łamie prawo, a analitik uzna, że opowiedzenie się po stronie prawa może w poważnym stopniu utrudnić leczenie bądź też w poważny sposób być szkodliwe dla niepełnoletniego pacjenta, może powstrzymać się od powiadamiania organów państwowych”;
- część V.B.1: „Zachowanie postawy etycznej oraz stała uważność w tym obszarze jest obowiązkiem każdego psychoanalitika, nie tylko w życiu zawodowym, ale i osobistym, niezależnie od tego w jakiej roli występuje”.

W kodeksie etycznym Polskiego Towarzystwa Psychoterapii GESTALT (PTPG, 2019) zwraca się nadto uwagę na następujące kwestie:

- B.2.3: „Psychoterapeuta Gestalt zdaje sobie sprawę, że jego inne relacje lub zobowiązania zewnętrzne mogą stać w konflikcie z interesem klienta. W przypadku zaistnienia takiego konfliktu interesów, psychoterapeuta Gestalt jest zobowiązany ujawnić go w procesie psychotherapeutycznym i podjąć konieczne kroki w celu jego rozwiązania”;
- B.2.5: „Psychoterapeuta Gestalt jest świadomy, że bycie pracownikiem, bliskim przyjacielem, krewnym, sąsiadem czy partnerem klienta jest nie do pogodzenia z relacją terapeutyczną”;
- B.3.2: „Sposób przechowywania danych osobowych klienta jak również innych informacji o kliencie, w tym opisu jego psychoterapii, jest regulowane odpowiednimi przepisami prawa w kraju, w którym psychoterapeuta prowadzi praktykę”;
- B.3.5: „Kiedy psychoterapeuta Gestalt chce opublikować opis procesu psychoterapii, lub wykorzystać konkretny materiał dla potrzeb

raportów lub innych publikacji, musi poinformować o tym klienta i uzyskać jego zgodę pisemną. Musi też zadbać o to, by klient pozostał osobą anonimową”;

- B.4.3: „Psychoterapeuta Gestalt stosuje metody naboru klientów zgodne z regułami obowiązującymi w miejscu, w którym pracuje”;
- B.4.4: „Każde nagrywanie, filmowanie lub inny sposób obserwacji sesji psychoterapii musi zostać przedyskutowany i stać się przedmiotem kontraktu z klientem”;
- B.4.7: „Psychoterapeuta Gestalt daje klientowi gwarancję, że na przebieg jego procesu psychoterapii nie będą mieć wpływu żadne inne osoby, ani żadne zasady lub oceny z zewnątrz. Psychoterapeuta gwarantuje też, że nie będą brane pod uwagę oceny czy interesy osób trzecich związanych z klientem, bez względu na stopień ich zaangażowania w relację”;
- B.5: „Reklama pracy psychoterapeuty ogranicza się do opisu usług i kwalifikacji osoby je świadczącej. Ogłoszenia nie mogą zawierać żadnych referencji. Nie mogą też zawierać porównań ani w żaden inny sposób sugerować, że proponowane usługi są bardziej skuteczne niż te oferowane przez innych psychoterapeutów, inne podejścia psychoterapeutyczne czy inne podmioty. Reklama podlega regulacjom prawnym kraju, w którym psychoterapeuta prowadzi praktykę”.

Zbiór Zasad Etyki Psychoterapeuty Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej (CTPB, 2019) uzupełniającą zwraca uwagę na następujące obszary pracy psychologa:

- § 4.1: „Wszelkie informacje dotyczące pacjenta, faktu odbywania przez niego terapii jak też wszelkie uzyskane od niego w toku terapii informacje są objęte tajemnicą i nie mogą być ujawnione bez uprzedniej pisemnej zgody pacjenta”;
- § 4.4: „Psychoterapeuta nie jest zobowiązany do poufności informacji wskazujących na możliwość zaistnienia przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, wolności seksualnej”;
- § 7.1: „Przed przystąpieniem do terapii psychoterapeuta powinien poinformować pacjenta o możliwym wpływie terapii na jego relacje z osobami bliskimi”;
- § 7.2: „W trakcie terapii, jeżeli dojdzie do konfliktu interesów dobra pacjenta i jego bliskich powinno się w pierwszej kolejności brać pod uwagę dobra pacjenta i je realizować”;

- § 9.2: „Terapia powinna być oparta na rozpoznaniu problemu pacjenta oraz o wspólnie z pacjentem wyznaczone cele terapii umożliwiające obiektywną ocenę prowadzonej terapii”;
- § 10.2: „Psychoterapeuta powinien podejmować swoje decyzje terapeutyczne w oparciu o opracowaną konceptualizację problemu pacjenta oraz w odniesieniu do naukowo udowodnionych sposobów pracy terapeutycznej”;
- § 14.1: „Psychoterapeuta powinien komunikować się z pacjentem w sposób zrozumiały, dobierając wyrażenia odpowiednio do możliwości percepcyjnych pacjenta i upewniając się, czy przekazywane treści zostały przez pacjenta we właściwy sposób zrozumiane”;
- § 16.1: „Utrwalenie przebiegu terapii poprzez jej nagranie audio lub wideo dopuszczalne jest wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta”;
- § 16.2: „Przed uzyskaniem zgody psychoterapeuta winien wskazać pacjentowi, dla jakich celów przeznaczone będzie utrwalenie przebiegu terapii”;
- § 21.1: „Obowiązkiem psychoterapeuty jest ciągle doskonalenie swoich umiejętności zawodowych poprzez regularne zapoznawanie się z literaturą naukową, uczestnictwo w działaniach mających na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych (treningi, warsztaty, seminaRIA, konferencje), a w razie możliwości prowadzenie własnej pracy naukowej i badawczej”;
- § 22.1: „Terapeuta ma prawo chronić własne przekonania i wartości”;
- § 22.2: „W przypadku silnego konfliktu między systemem wartości pacjenta a systemem wartości terapeuty zaleca się rozważenie, czy konflikt wartości może istotnie wpływać na prowadzoną terapię. Jeżeli istnieje taka obawa zaleca się odesłanie pacjenta do innego, wyrażnie wskazanego terapeuty”.

Podsumowując, można wskazać na następujące kluczowe obszary regulowania działań psychologów i psychoterapeutów w omówionych kodeksach: dobro odbiorcy w wymiarze indywidualnym i społecznym (pomocność), poszanowanie godności (w tym prywatność, autonomia, intymność, tajemnica zawodowa), jasne ustalenia dotyczące pracy i informowanie (w tym zgoda oparta na wiedzy i komunikowanie), unikanie konfliktu interesów (nierówności pozycji, podwójne relacje – relacje miłosne i/lub romantyczne, działania wyłącznie o charakterze usługowym), zawodowa i naukowa

odpowiedzialność (w tym kompetencje i rozwój zawodowy oraz rzetelność i dobre imię zawodu).

Katarzyna Marchewka (2014, 2017; także Toeplitz-Winiewska, 2009; Tryjarska, 2004), m.in. opierając się na analizie wybranych polskich kodeksów etyczno-zawodowych psychologa oraz psychoterapeuty, wskazuje na następujące obszary potencjalnych problemów i dylematów etycznych: uzyskiwanie świadomej i dobrowolnej zgody na udział w procesie psychoterapii na podstawie przekazanych informacji, zachowanie tajemnicy oraz granic poufności, konflikt ról – relacji osobistych (w tym romantycznych i seksualnych) i zasada wstrzemięźliwości, neutralność światopoglądowa, zagadnienia etyczne w psychoterapii dzieci i młodzieży, psychoterapii online oraz psychoterapii transkulturowej. Katarzyna Śliwińska (2019) podkreśla dodatkowo ogólniejszy problem poszanowania podmiotowości i autonomii osoby współuczestniczącej w psychoterapii oraz obowiązek stałego doskonalenia zawodowego psychoterapeuty. Troska o podmiotowość i autonomię pacjentów obejmuje m.in. respektowanie ich prawa do wyboru celu prowadzonej psychoterapii (w granicach akceptowalnych przez terapeuta i za zgodą wyrażoną przez pacjenta).

Kosmowski (2019) zanalizował i opisał różne polskie kodeksy etyczne dotyczące działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Wyróżnia on (Kosmowski, s. 29–30, 186–187) normy elementarne (odwołujące się do etyki ogólnej i etosu zawodowego), sytuacyjno-szczegółowe społeczne (których podstawą jest społeczna definicja roli zawodowej) oraz kazuistyczne (zależne od sytuacyjnego kontekstu). Odwołując się do tej typologii norm kodeksowych, wskazuje (Kosmowski, 2019) na następujące ich kategorie:

- normy elementarne:
 - najwyższe dobro;
 - tajemnica i warunki jej uchylenia;
 - normy cementujące grupę zawodową;
- normy sytuacyjno-szczegółowe społeczne:
 - osoba profesjonalisty;
 - sposób i warunki prowadzenia działań zawodowych;
 - relacje z pacjentami;
- normy sytuacyjno-szczegółowe kazuistyczne:
 - szczególne okoliczności terapii i działań zawodowych;
 - prowadzenie badań naukowych;
 - problemy dotyczące innych zagadnień.

Podsumowując analizowane kodeksy w zakresie norm elementarnych w obszarze podkategorii „najwyższe dobro” (Kosmowski, 2019, s. 395–396), najczęściej wskazuje się na zdrowie, poprawę funkcjonowania, wspieranie kondycji fizycznej i psychicznej czy niesienie profesjonalnej pomocy, a także godność, podmiotowość, autonomię, unikalność i niepowtarzalność jednostki. W przypadku podkategorii „tajemnica i warunki jej uchylenia” w sytuacji, gdy profesjonalista działa na zlecenie, konieczne jest poinformowanie odbiorcy o zakresie informacji o nim udzielanej zleceniodawcy. W pozostałych przypadkach mowa jest o unikaniu przekazywania dokumentacji w innym celu niż kontynuacja usługi. Jako warunek uchylenia tajemnicy najczęściej wskazuje się zagrożenie dla zdrowia i życia (Kosmowski, 2019, s. 399).

Odnosnie do „norm cementujących grupę zawodową” (Kosmowski, 2019, s. 410–396) wspieranie innych przedstawicieli danego zawodu często rozumiane jest jako wymóg upowszechniania krytyki jedynie we własnym środowisku. Dał temu wyraz prof. Jan Hartman w wywiadzie przeprowadzonym przez Annę Gardyniak (2013) na temat Kodeksu Etyki Lekarskiej udzielonym portalowi „Medexpress” 13 czerwca 2013 roku: „Najsilniej chronioną wartością jest prestiż zawodu i dyskrecja w kwestiach nadużyć. Aż w pięciu miejscach KEL napomina lekarzy, by nie «dyskredytowali kolegów», zapędzając się aż do zakazu krytyki samorządu lekarskiego w mediach (art. 59) oraz publikowania w nich «odkryć i spostrzeżeń związanych z wykonywaniem zawodu» (art. 48). Tylko raz za to wspomina się o prawie (nie obowiązku) lekarza do informowania władz o nieprawidłowościach w postępowaniu innego lekarza, a obowiązek ochrony «sygnalistów», alarmujących o błędach i nadużyciach nie jest wzmiankowany w kodeksie wcale”. Wywiad ten wywołał oburzenie m.in. Naczelnej Rady Lekarskiej.

W obszarze społecznych norm sytuacyjno-szczegółowych w podkategorii „osoba profesjonalisty” wymienia się takie zagadnienia, jak: definicja zawodu, sposób przygotowania zawodowego, dziedziny wiedzy, z których należy korzystać, oraz obszar odpowiedzialności zawodowej (Kosmowski, 2019, s. 400–402).

W analizowanych kodeksach zwraca się uwagę na to, by członek korporacji zawodowej nie wykorzystywał swojej wiedzy i umiejętności w celach sprzecznych z etosem zawodowym (powołaniem) oraz przeciwdziałal praktykom uznawanym przez naukę za bezwartościowe i szkodliwe. Często też odwołuje się w tym obszarze do etyki cnoty – moralnych cech charakteru. Nierzadko wskazuje się także na konieczność dokumentowania swojej działalności. W podkategorii „sposób wykonywania zadań zawodowych”

(Kosmowski, 2019, s. 408) podkreśla się wymóg działania w ramach posiadanych zawodowych kompetencji oraz przyjętych standardów i kierowania się zasadą działania na podstawie wyników empirycznych badań naukowych. Mówi się ponadto o konieczności podnoszenia kompetencji zawodowych. W odniesieniu do podkategorii „relacje z pacjentami” (Kosmowski, 2019, s. 411–420) w analizowanych kodeksach zwraca się uwagę na unikanie różnych form dyskryminacji, przekazanie zrozumiałej informacji o różnych aspektach usługi, uzyskanie zgody na działania profesjonalne, a także okazywanie odbiorcy szacunku, troski i nienadużywanie zaufania.

Na świecie istnieje wiele zawodowych organizacji psychologicznych, a większość z nich posiada własny kodeks etyczny. Z jednej strony z pewnością są różnice między tymi kodeksami, ponieważ każda taka organizacja jest osadzona we własnej kulturze i tradycji. W związku z tym na pytanie, czy dane profesjonalne działanie jest etyczne, czy nie, ludzie z różnych środowisk zawodowych będą udzielać różnych odpowiedzi zależnie od kontekstu kulturowego (Anczyk i in., 2019). Nie da się sensownie uzasadnić wyższości jednej z możliwych odpowiedzi nad innymi. Z drugiej strony można przypuszczać, że istnieją pewne uniwersalne reguły, wspólne dla ludzi zajmujących się usługami psychologicznymi. Mark Leach i Judd Harbin (1997) porównali kodeksy etyczne z 19 krajów z kodeksem Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA). Wśród 50 zawodowych organizacji psychologicznych, do których wysłano prośbę o informacje, było także Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Kodeks PTP z 1992 roku w 42% był podobny do Kodeksu APA (Leach i Harbin, 1997, tabela 3, s. 186). Na podstawie zgodności sędziów ustalono dziesięć uniwersalnych zasad etycznych podobnych do kodeksu amerykańskiego i osiem unikalnych dla kodeksu etycznego APA (uzasadnione jest wrażenie, że takie podejście ma charakter północnoamerykańskiego etnocentryzmu).

Problematyka ujawniania informacji oraz zachowanie poufności i prywatności były najbardziej spójne we wszystkich analizowanych kodeksach. Sugeruje to uniwersalne przekonanie, że poufność i dostosowanie do okoliczności jej ograniczenia są uważane za fundament usług psychologicznych. Pozostałe osiem reguł zawodowych pokrywających się z kodeksem APA obejmowało: granice kompetencji, unikanie szkód, relacje oparte na wykorzystaniu trudnego położenia innej osoby (ang. *exploitative relationships*), delegowanie uprawnień na podwładnych i nadzór nad nimi, honoraria i ustalenia finansowe (ang. *fees and financial arrangements*), unikanie fałszywych lub wprowadzających

w błąd reklam i innych oświadczeń publicznych, świadoma zgoda na terapię oraz świadoma zgoda na badania i publikacje wyników.

Z kolei osiem amerykańskich standardów kodeksu APA nie miało odpowiedników w innych badanych kodeksach i można je uważać za specyficzne dla amerykańskiej kultury finansowej, prawnej i psychologicznej. Obejmowały one dokładność w raportach dla płatników i źródeł finansowania, relacje między parami i rodzinami, naruszanie prywatności przez przechowywanie dokumentacji w przypadku braku zapłaty, projektowanie programów edukacyjnych i szkoleniowych, wprowadzające w błąd opublikowanie tych samych danych więcej niż jeden raz (ang. *duplicate publication of data*), udostępnianie danych, obowiązków profesjonalnych recenzentów oraz wcześniejsze relacje zawodowe ze stroną w postępowaniu sądowym.

W Uniwersalnej Deklaracji Zasad Etycznych dla Psychologów (Gauthier, 2008, 2022), przyjętej przez Międzynarodową Unię Nauk Psychologicznych (International Union of Psychological Science, IUPsyS) i Radę Dyrektorów Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychologii Stosowanej w Berlinie w 2008 roku, nie sformułowano szczegółowych reguł i norm, ale na podstawie analizy wielu krajowych kodeksów i międzynarodowych dokumentów wskazano na uniwersalne, ramowe zasady. Obejmują one: poszanowanie godności osób i ludzi, kompetentna troska o dobro osób i ludzi, uczciwość oraz odpowiedzialność zawodowa i naukowa wobec społeczeństwa. Powołując się na fundamentalną zasadę poszanowania godności, autorzy Deklaracji rozumieją ją szeroko: jako szacunek dla wyjątkowej wartości i przyrodzonej godności wszystkich istot ludzkich, dla ich różnorodności indywidualnej i kulturowej, dla ich prywatności i co za tym idzie – ochronę poufności, szacunek dla ich autonomii oraz działania psychologa w ramach tzw. świadomej zgody oraz sprawiedliwe traktowanie jednostek i ludzi.

W Meta-kodeksie Etycznym Europejskiej Federacji Towarzystw Psychologicznych (Francis, 2009), będącym zalecanym kodeksem ramowym dla kodeksów etycznych stowarzyszeń członkowskich, opisano cztery zasady etyczne określające obowiązki wobec klientów: poszanowanie praw i godności osoby ludzkiej (obejmujące ogólny szacunek, prywatność i poufność, świadomą i dobrowolną zgodę oraz samostanowienie klientów), kompetencje (świadomość etyczną, znajomość granic kompetencji, stały rozwój oraz zdolność do osądu), odpowiedzialność (odpowiedzialność ogólną, unikanie wyrządzania szkody, ciągłość opieki, rozszerzoną odpowiedzialność oraz rozwiązywanie dylematów) oraz integralność zawodową (świadomość ograniczeń

zawodowych, uczciwość i rzetelność, szczerowość i otwartość, unikanie konfliktu interesów i wykorzystania, krytyczną ocenę działalności innych psychologów). W tym kodeksie termin „klient” „[...] odnosi się do każdej osoby, pacjenta, a także osób pozostających z psychologiem w relacji zawodowej oraz organizacji, z którymi psycholog ma relacje zawodowe, w tym relacje pośrednie” (por. European Certificate in Psychology, EuroPsy, 2005, s. 3).

Interesujące wydają się publikacje omawiające problemy i dylematy etyczne, z którymi muszą się konfrontować psychologowie w swojej działalności praktycznej. Jedną z najbardziej charakterystycznych i najczęściej cytowaną pracą poruszającą te zagadnienia jest artykuł Kennetha Pope’a i Valerie Vetter (1992; Pope, 2003, s. 37–38). Wykorzystując technikę opisywania napotkanych w pracy incydentów krytycznych, autorzy przeprowadzili badania wśród 670 członków APA (którzy spośród losowej próby 1 319 członków odpowiedzieli na ankietę). Na podstawie analizy treści przysłanych 703 opisów łącznie utworzono 23 kategorie. Trzy najczęściej zgłaszane dylematy dotyczyły: poufności (18%), niewyraźnych, podwójnych lub konfliktowych relacji (17%) oraz płatności i relacji komercyjnej (14%).

Projekt oparty na metodologii opisanej przez Pope’a i Vetter (1992) został później powielony w ośmiu krajach (w Wielkiej Brytanii, Norwegii, Finlandii, Kanadzie, Szwecji, Nowej Zelandii, RPA i Meksyku). W ten sposób starano się zidentyfikować różnice i podobieństwa w rodzajach i częstotliwości dylematów etycznych, przed którymi stają psychologowie. Dane uzyskane w tych wszystkich badaniach połączyli Jean Pettifor i Tyson Sawchuk (2006). Całkowita liczba respondentów w każdym badaniu wahała się od 102 do 679, a całkowita próba dla dziewięciu badań łącznie składała się z 2 698 respondentów (Pettifor i Sawchuk, 2006). Psychologowie biorący udział w badaniach praktykowali w różnych dziedzinach psychologii. Rozkład dylematów w poszczególnych krajach nie różnił się znacząco. Najczęściej zgłaszany dylemat dotyczył poufności (25%), a kolejny podwójnych lub konfliktowych relacji (13%). Na trzecim miejscu znalazł się dylemat odnoszący się do kompetencji (8%), w dalszej kolejności do postępowania współpracowników (7%), diagnozowania i orzekania (6%), wątpliwych lub szkodliwych interwencji (6%), płatności (6%) i kwestii seksualnych (5%).

Od 1983 roku do dzisiaj Komisja Etyki APA publikuje coroczny raport, w którym podsumowuje przypadki skarg rozpatrzonych w poprzednim roku. W raporcie Komisji Etyki APA z 2010 roku (American Psychological Association Ethics Committee, 2011) najczęstsze skargi dotyczyły podwójnych relacji seksualnych i nieseksualnych (61%), władzy rodzicielskiej (9%) i pracy poza

granicami swoich kompetencji zawodowych (9%). W raporcie z 2014 roku (American Psychological Association Ethics Committee, 2015) najczęściej wymieniano: podwójne relacje (niewłaściwe zachowanie seksualne z osobą dorosłą – 40%; podwójne relacje nieseksualne – 10%), niewłaściwe praktyki zawodowe (działania poza kompetencjami – 20%; inne niewłaściwe relacje zawodowe – 20%), niewłaściwe oświadczenia publiczne (fałszywe, oszukańcze lub wprowadzające w błąd – 10%). Mila Arch i in. (2013) przedstawili wyniki opisowej analizy skarg rozpatrzonych przez Official Catalanian Psychologists Association's (COPC) w latach 1998–2011. Głównymi powodami skarg na jego członków były, w kolejności występowania, diagnozowanie i orzekanie bez wcześniejszego badania, stronniczość, stosowanie etykiet diagnostycznych w sposób bezkrytyczny oraz naruszenie poufności.

Ciekawe są porównawcze wyniki opublikowane w pracy doktorskiej Ellen Lindén i Johanny Rådeström (2008). Autorki uwzględniły różne warunki i okoliczności, w których pracują psychologowie, stosowanie różnych kodeksów etycznych oraz różne poziomy świadomości etycznej. W pracy zbadano dylematy i trudności etyczne doświadczane przez psychologów w Szwecji i Republice Południowej Afryki. 295 psychologów w Szwecji i 312 psychologów w RPA zostało poproszonych o opisanie sytuacji, które zidentyfikowali jako trudne etycznie. Zgłoszone dylematy zostały skategoryzowane zgodnie z jakościową analizą treści opracowaną przez Pope'a i Vetter (1992). Wśród psychologów ze Szwecji częstość występowania poszczególnych problemów i dylematów etycznych była następująca: poufność (18%), diagnozowanie i orzekanie (16%), wątpliwe lub szkodliwe interwencje (16%), podwójne lub konfliktowe relacje (13%) oraz postępowanie współpracowników (10%). Wśród psychologów z RPA problemy etyczne dotyczyły: poufności (46%), diagnozowania i orzekania (13%), podwójnych lub konfliktowych relacji (8%) oraz problemów związanych z psychologią szkolną (8%).

Podsumowując, można wskazać obszary problemowe wspólne dla osób zajmujących się usługami psychologicznymi: godność i jej aspekty, podwójne lub konfliktowe relacje, nierówności pozycji i stronniczość, integralność zawodowa i kompetencje, niewłaściwe wystąpienia publiczne.

2.1.4 Modele relacji psycholog – odbiorca

Określenie, czy dana osoba jest klientem, pacjentem czy odbiorcą, wiąże się z pewnymi konsekwencjami. Według Wikipedii klient to bezpośredni odbiorca nabywający towar lub usługę (od łacińskiego słowa *cliens*,

oznaczającego „bycie posłusznym”, np. od patrona), a pacjent to osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora (od łacińskiego słowa *pati*, oznaczającego osobę cierpiącą lub wytrwałą, znoszącą coś). Z perspektywy pacjenta asymetryczna relacja opiera się na zaufaniu do kompetencji specjalisty bez obawy o wykorzystywanie trudnej sytuacji i jest związana, najprościej ujmując, z leczeniem choroby czy ogólnie zaburzeniami zdrowia. W przypadku klienta relacja bazuje na partnerstwie, kontroli nad jej przebiegiem, sprawczości jednostki.

Jak wynika z analizy baz artykułów naukowych (Costa i in., 2019), odbiorcy opieki zdrowotnej preferują termin „pacjent”. Wiele aktów prawnych posługuje się tym określeniem, dlatego nazywanie ich „klientami” mogłoby symbolicznie wyłączać ich spod jurysdykcji przepisów dotyczących „pacjentów”. Można by zasadnie uznać, że osoby przyjmowane przez psychologa w poradni czy oddziale szpitalnym to „pacjenci”. W dodatku istotną rolę odgrywa istnienie dodatkowego podmiotu w tej relacji – Narodowego Funduszu Zdrowia. W rzeczywistości sprawa nie jest taka prosta, szczególnie gdy mówi się o usługach medycznych w odniesieniu do opieki zdrowotnej (Maciąg i Sakowska, 2006). Poradnictwo psychologiczne w większym stopniu opiera się natomiast na tradycji doradztwa zawodowego, na dbaniu o potencjał rozwojowy osób względnie zdrowych we wszystkich istotnych dziedzinach życia, dlatego odpowiedniejszy będzie termin „klient”. Podczas dyskusji związanej z opracowaniem nowego Kodeksu etyki zawodowej psychologów przyjęto stosowanie terminu „odbiorca”, uznając go za szerszy (Sikora, 2013b; Toeplitz-Winiewska, 2013a; por. też 2.1.3). To jednak utrudnia wszelkie uogólnienia, np. określanie, co znaczy „dobro odbiorcy” (por. 2.2.1).

Różne mogą być modele relacji między specjalistą (usługodawcą) i usługobiorcą. Te omawiane dotyczą usług w obszarze ogólnie rozumianej służby zdrowia, a szczególnie relacji psychologa z jego klientem czy pacjentem. Z założenia relacja między psychologiem a odbiorcą jego usług jest asymetryczna zarówno pod względem kompetencji profesjonalnych, jak i położenia, a co za tym idzie – władzy. Warto zauważyć, że różnice między modelami mają istotne konsekwencje dla relacji między specjalistą a klientem czy pacjentem, a także dla celów i form udzielanej pomocy. Istotne jest zrozumienie tych koncepcji i dostosowanie podejścia do konkretnej sytuacji oraz potrzeb osoby korzystającej z usług specjalisty.

Możliwości dialogu, empatycznego słuchania oraz współpracy z klientem czy pacjentem mogą sprzyjać budowaniu bardziej partnerskiej relacji

opartej na wzajemnym szacunku i zrozumieniu. Współpraca i współuczestnictwo w procesie decyzyjnym mogą przyczynić się do lepszego zrozumienia problemu oraz skuteczniejszego osiągnięcia celów. Ważne jest podkreślenie roli klienta czy pacjenta jako aktywnego uczestnika tego procesu, a nie jedynie biernego odbiorcy środków zaradczych.

Jednym z aspektów ograniczania autonomii jednostki jest narzucanie rozwiązań i własnych racji (uzasadnień) przez specjalistę (Biesaga, 2005; Dryla, 2015). Podstawowym elementem ewolucji ujmowania relacji lekarz – pacjent było włączanie pacjenta w proces decyzyjny i poszerzanie zakresu jego praw (A. Ostrowska, 2009). Pomijano w tych ujęciach rodzinę i społeczne otoczenie pacjenta (Jarosz i in., 2012). Aktualnie mamy do czynienia z przyspieszeniem procesu odchodzenia od paternalistycznego modelu relacji lekarz – pacjent w kierunku podejść antypaternalistycznych oraz od indywidualistycznego ujmowania relacji do kontekstu psychospołecznego (Szewczyk, 2009; Jarosz i in., 2012).

Historyczny model relacji pacjent – lekarz Talcotta Parsonsa jest być może najbardziej skrajnym przykładem relacji autorytarnej, w centrum tego modelu leży bowiem choroba, a nie pacjent (Pawlak-Sobczak, 2019). Uważał on, że rola pacjenta to jedna z ról społecznych, w której społeczność osadza osoby niezdolne do wypełniania przypisanych im ról społecznych i oddaje je w ręce specjalistów, których celem stanowi przywrócenie pacjentów do realizacji konwencjonalnych ról społecznych. Choroba w tej koncepcji jest dewiacją zaburzającą równowagę systemu społecznego. Osoba chora jest tymczasowo zwolniona z pełnienia konwencjonalnych ról, a choroba jest poza jej kontrolą i nieuleczalna poprzez samopomoc. Oczekuje się, że osoba chora musi zwrócić się o kompetentną pomoc i poddać się działaniom lekarza, akceptując jako wspólny cel jej wyzdrowienie. Aspekty pozamedyczne nie mają znaczenia w terapii. Według Parsonsa to lekarz jest osobą, która powinna podejmować decyzje zawodowe autorytatywnie, jego autorytet wynika bowiem z wiedzy i kompetencji, a pacjent powinien akceptować tę asymetrię kompetencji. W tym modelu to lekarz ponosi pełną odpowiedzialność (Czerska, 2016).

Mniej autorytarny i paternalistyczny jest model Thomasa Szasa i Marca Hollendra – w tym przypadku w zależności od fizycznej kondycji pacjenta jego podporządkowanie się lekarzowi może przyjmować trzy różne stopnie (Pawlak-Sobczak, 2019): aktywność – bierność (śpiączka, relacja typu dorosły – niemowlę), kierowanie – współpraca (relacja typu dorosły – dziecko) i współuczestnictwo (choroby przewlekłe, relacja dorosły – dorosły). Modele

relacji między psychologiem a jego klientem czy pacjentem można, upraszczając, opisać na continuum paternalizm – partnerstwo. Z psychologicznego punktu widzenia lepsze byłoby określenie monolog – dialog, z naciskiem na empatyczne słuchanie i życzliwe rozpatrywanie racji podczas dialogowania. Jak pisze Aleksandra Hulewska (2015) na podstawie swoich badań 50 pracowników publicznych i niepublicznych ośrodków ochrony zdrowia z Dolnego Śląska i Opolszczyzny: „Przedstawione wyniki wskazują, że personel medyczny zatrudniony w publicznych i niepublicznych placówkach ochrony zdrowia istotnie różni się między sobą w podejściu do pacjenta. Respondenci z placówek publicznych częściej odwołują się do modelu paternalistycznego, natomiast ci zatrudnieni w placówkach niepublicznych preferują model partnerski. To sugeruje, że ceną, którą za specjalistyczną opiekę «płacą» pacjenci placówek publicznych, jest asymetryczność w relacji z lekarzem” (s. 163).

Kwestia udzielania pomocy może być analizowana także z perspektywy atrybucji odpowiedzialności za powstanie problemu (za zdarzenie z przeszłości) i za jego rozwiązywanie (kto ma kontrolować przyszłe wydarzenia), a to z kolei wpływać będzie na cele i formy udzielania pomocy. Można wskazać na cztery alternatywne modele udzielania pomocy (Brickman i in., 1982; Ornacka i Mirewska, 2018; Paluchowski, 2023): medyczny, oświeceniowy, kompensacyjny oraz moralny.

W modelu medycznym jednostka nie jest odpowiedzialna za powstanie problemu ani za radzenie sobie z nim. Jest on podobny do modelu Parsonsa. W modelu oświeceniowym (edukacyjnym) podmioty są odpowiedzialne za problemy, ale nie są w stanie lub nie chcą zapewnić rozwiązań. W tym celu ludzie muszą podporządkować się ścisłej dyscyplinie oraz formalnej i nieformalnej kontroli społecznej, bo tylko to zapewnia rozwiązanie problemu. W modelu kompensacyjnym ludzie są odpowiedzialni tylko za rozwiązania. Kompensacja dotyczy odpowiedzialności za kompensowanie swoich wad, braku zasobów lub problemów przez wysiłek czy pomysłowość lub współpracę. Pomoc innych ma charakter wzmacniający działania jednostki, a ona odpowiada za dostrzeżenie szansy samodzielnego rozwiązania problemu. W modelu moralnym podmioty są odpowiedzialne zarówno za problemy, jak i rozwiązania. Brak rozwiązania problemu może być przejawem braku silnej woli i panowania nad sobą (np. ryzykowne zachowania), braku zaradności czy też braku podjęcia krytycznego wysiłku itp. Według tego modelu to jednostka „wybiera” sobie problem i może się zmienić, jeśli tylko chce – decyduje motywacja.

Jeszcze inną klasyfikację relacji między lekarzem a pacjentem proponują Ezekiel Emanuel i Linda Emanuel (1992; Dobska, 2009; Pawlak-Sobczak, 2019). Obejmuje ona model paternalistyczny, informacyjny, interpretacyjny oraz wspólnego naradzania się. Pierwszy z nich – paternalistyczny (czasami nazywany modelem rodzicielskim lub kapłańskim) – ogranicza rolę chorego do wyrażenia zgody na procedurę. Specjalista samodzielnie podejmuje decyzję o metodach diagnostyki albo zastosowanej terapii, a następnie przekazuje pacjentowi wybrane informacje oraz przekonuje go do wyrażenia zgody. Model informacyjny (czasami nazywany naukowym, inżynierskim lub konsumenckim) stawia lekarza w roli eksperta, który dzieli się z pacjentem swoją wiedzą na temat metod terapii czy leczenia. Następnie na podstawie otrzymanych informacji pacjent podejmuje decyzję. Można powiedzieć, że specjalista dostarcza informacji o rzetelnych faktach, a pacjent kieruje się swoimi wartościami (dobrem). Trzeci model zwany interpretacyjnym, podobnie jak wcześniejszy, polega na dostarczeniu przez lekarza niezbędnych informacji i faktów na temat sposobów diagnostyki oraz leczenia, ale jednocześnie stawia specjalistę jedynie w roli doradcy. Przedmiotem interpretacji są wartości i cele, jakimi kieruje się pacjent, dostarczenie mu powiązanych z tym informacji zarówno o stanie zdrowia, jak i ryzyku oraz korzyściach związanych z różnymi sposobami leczenia, a także pomoc w podejmowaniu decyzji, która najbardziej mu odpowiada. W ostatnim modelu – naradzania się (deliberatywnym) – specjalista wspiera chorego w procesie decyzyjnym, analizując z nim wszystkie konsekwencje różnych metod. Wspólnie dokonują wyboru najodpowiedniejszych metod diagnostyki i leczenia. Pozwala to pacjentowi autonomicznie dokonać wartościowania alternatyw.

Można mówić także o modelu legalistycznym (Biesaga, 2005), czyli relacji opartej na przestrzeganiu obowiązujących profesjonalnych zakazów i nakazów, w tym kodeksów etyki zawodowej (dobre jest to, co jest legalne). Jego formą jest model kontraktowy, bazujący na szczególnym rodzaju umowy, w której jasno określone są prawa, obowiązki i uprawnienia stron (por. dalej). Prawo, podobnie jak kontrakt, pozwala na instytucjonalizację wzajemnego braku zaufania stron.

Innym modelem relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem jest model ekonomiczny (konsumencki lub biznesowy). W tym przypadku istotą relacji jest sprzedaż usług, podlegająca regułom gospodarki rynkowej. W zależności od polityki opieki zdrowotnej państwa różny może być stosunek do finansów, jednak zdroworozsądkowe podejście sugeruje, że specjaliście zależy na

maksymalizacji zysku, a pacjentowi na ochronie własnych zasobów finansowych, przy jednoczesnym staraniu się o utrzymanie wysokiego poziomu zdrowia (Biesaga, 2005; Gałuszka, 2012). Specjalista informuje, co ma do zaoferowania (nie ma znaczenia wiedza czy sumienie), a konsument to albo kupuje, albo nie. W tym modelu autonomia klienta góruje nad autonomią psychologa.

Istnieje też model negocjacyjny lub kontraktowy, w którym to, co jest korzystne, a co nie, ustala się w wyniku negocjacji. Wynegocjowane procedury całkowicie determinują rozumienie tej relacji i stosowne zasady działania, korzystne dla każdej ze stron. Efektem negocjacji są konstruowanie i egzekwowanie kontraktu oraz instytucjonalizacja relacji (zakładana równość stron jest bowiem pozorna). W tym podejściu ważniejsze wydaje się negocjowanie niż jego efekt (kontrakt).

Jest także model religijny (misyjny), w którym istotę relacji stanowi realizacja misji: swoistego rodzaju zobowiązanie o cechach przyrzeczenia, powinności moralnej i religijnej.

2.2 OGÓLNE ZASADY ETYCZNE MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO WSZYSTKICH PSYCHOLOGÓW

W tej części omówiono podstawowe zasady etyczne mające zastosowanie w pracy psychologów, a w następnym podrozdziale te zasady zostały odniesione do konkretnych okoliczności zawodowych działań psychologów (por. szerzej Paluchowski, 2021, 2023a).

Kodeksy etyki psychologów opierają się na zasadzie nieszkodzenia oraz troski o dobro jednostki i społeczeństwa, co realizowane jest w atmosferze wzajemnego zaufania. W literaturze podkreśla się, że dobro może być różnie rozumiane, a jego definicja powinna uwzględniać indywidualne i kulturowe różnice. Dobrostan jest związany z subiektywnym poczuciem szczęścia i zdrowia psychicznego, które nie ogranicza się do braku choroby, ale obejmuje dynamiczną równowagę jednostki w jej otoczeniu. Istniejąca nierówność w relacji zawodowej wpływa na komunikację i wymaga szczególnej ochrony klienta, który dzieli się osobistymi informacjami. Oczekuje on wsparcia, a psycholog ma obowiązek nie przekraczać granic domyślnej zgody.

W kontekście współczesnych mediów społecznościowych i dostępności informacji klienci mogą mieć różne podejścia do dzielenia się osobistymi danymi, co wpływa na postrzeganą prywatność w relacji z psychologiem.

Biorąc pod uwagę wcześniejsze rozważania dotyczące treści kodeksów oraz Uniwersalną Deklarację Zasad Etycznych dla Psychologów (International Union of Psychological Science, 2008), kodeks etyki zawodowej APA (American Psychological Association, 2017), Meta-kodeks i Kodeks Modelowy EFPA (European Certificate in Psychology, Europsy, 2005), wskazać można na następujące podstawowe wartości (prawa jednostek), którymi powinni kierować się psychologowie: kompetentna troska o dobrostan osób, szacunek dla ich praw i godności, uczciwość oraz zawodowa i naukowa odpowiedzialność wobec społeczeństwa.

2.2.1 Zasada czynienia dobra. Troska o dobrostan osób

Na podstawie niepisanej umowy społecznej zakłada się, że istotą wzajemnej relacji psychologa i klienta jest zaufanie do wiedzy i profesjonalnych umiejętności psychologów oraz ufność, że dobro klienta (tak, jak je rozumie) będzie podstawowym kryterium oceny działania psychologa (Paluchowski, 2021). Większość kodeksów regulujących działania psychologów odwołuje się do zasady nieszkodzenia i dbania o dobro odbiorcy w wymiarze indywidualnym i społecznym (pomocność) realizowane we wzajemnym zaufaniu (ang. *beneficence-in-trust*). Są one właściwą odpowiedzią na wezwanie pomocy, zawierają w sobie troskę o klienta. Podstawą tej troski jest współczucie czy oparta na wiedzy empatia (poznawcza). Empatia emocjonalna to automatyczna reakcja, w której odczuwamy emocje podobne do tych odczuwanych przez inną osobę. Empatia poznawcza to świadome zaangażowanie w cierpienie innej osoby, w którym wyobrażamy sobie, jakich myśli i uczuć doświadcza druga osoba. Z badań wynika, że empatia emocjonalna raczej utrudnia profesjonalne czynienie dobra.

Psychologowie starają się przyczyniać do dobra osób, z którymi współdziałają zawodowo, i unikają szkodzenia im zarówno w ramach działań badawczych, jak i profesjonalnych (Paluchowski, 2021). W teoretycznych rozważaniach i dyskusjach poszukuje się odpowiedzi na pytanie, czym jest owo dobro odbiorcy usługi psychologicznej. Ważna dyskusja na ten temat odbyła się w roku 2013 na łamach czasopisma *Roczniki Psychologiczne*. Jak pisze Katarzyna Sikora (2013a) we wprowadzeniu do dyskusji: „Istotą większości dylematów moralnych związanych z wykonywaniem zawodu psychologa jest pytanie, czy działanie psychologa (bądź zaniechanie działania) będzie korzystne dla odbiorcy jego działań zawodowych (pacjenta, klienta, studenta, osoby pozostającej w relacji superwizji), czy też przyniesie mu szkodę (wybór

dobro-zło). Część z nich dotyczy wyboru między takimi alternatywami działania, które nadają sytuacji charakter wyboru «większego dobra» (termin ten tłumaczony jest przez Autorkę w angielskiej wersji artykułu jako *good, welfare, benefit* lub *well-being* czy «mniejszego zła» (s. 587). Zwraca jednocześnie uwagę na brak publicznej refleksji nad tym pojęciem, co owocuje brakiem jego jasnej definicji w kodeksach zawodowych.

Oczywistym dobrem jest respektowanie praw jednostki. W zagranicznych kodeksach terminy „dobro” czy „dobrostan” odnoszą się do psychologicznych korzyści klienta i nie odwołują się do filozoficznych kontekstów. To zawężenie znaczenia dobra do relacji zawodowej psycholog – odbiorca jest ważne dla rozumienia psychologicznych środków i konsekwencji realizacji roli zawodowej psychologa. Inaczej mówiąc, nie każda korzyść czy interes stanowi to kodeksowe dobro jako cel działań zawodowych psychologa, ale tylko takie, które dają się osiągać metodami psychologicznymi i dotyczą psychiki (umysłu) odbiorcy.

Aktualny kodeks etyki zawodowej PTP (Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 2018) określa dobro precyzyjniej: „Psycholog uznaje, że dobrem osoby może być zarówno jej indywidualny rozwój, jak i przynależność i udział w społeczeństwie, kulturze i tradycji. Psycholog stara się w każdej sytuacji chronić to dobro, tak unikając szkody (*primum non nocere*), jak i dbając o podniesienie jakości życia odbiorcy. [...] Psycholog uznaje, że dobro odbiorcy może być różnie definiowane tak ze względów indywidualnych, jak i kulturowych, i jest świadomy istniejących różnic w tym zakresie” (art. 5.1 i 5.2).

Sikora (2013a) wymienia za poprzednią wersją kodeksu PTP takie cele jak pomoc w rozwiązywaniu trudności życiowych i osiąganiu lepszej jakości życia. Pewien problem wiąże się z pojęciem dobrostanu (ang. *well-being*) – pojęcie szczęścia odwołuje się do specyficznego kontekstu psychologicznego (np. w psychologii pozytywnej Martina Seligmana) i filozoficznego.

Małgorzata Toeplitz-Winiewska (2013a) w dyskusji zadaje pytanie: „Czy warto w kodeksach definiować «dobro klienta»?”. Szukając odpowiedzi, wskazuje na takie elementy, które należy wziąć pod uwagę, podejmując się realizacji owego dobra: oczekiwania odbiorcy (klienta), gotowość do poniesienia kosztów przejściowych i finalnych oraz ograniczenie dobra (prawa) innych osób. Podkreśla ona wagę pierwszego elementu, czyli autonomii klienta. Z tego punktu widzenia mniej ważne okazuje się definiowanie dobra, a ważniejsze jest określanie w kodeksach sposobów jego realizacji, ograniczy to bowiem paternalizm decyzji psychologa.

Oczywiście czasami pojawia się dylemat, kiedy indywidualnie i subiektywnie rozumiane dobro odbiorcy prowadzi, według wiedzy psychologa, do negatywnych konsekwencji psychicznych dla jego zdrowia czy właśnie dobrostanu (Marchewka i Sikora, 2013). Szacunek wobec indywidualnego rozumienia dobra może naruszać w takich sytuacjach autonomię psychologa, dlatego ważne jest, aby uzasadnienie jego decyzji było komunikowane w dialogu z klientem.

Do problemu jednoznacznego definiowania dobra odbiorcy usług psychologicznych odnosi się także Agata Celińska-Miszczuk (2013). Jej zdaniem dążenie do jednoznaczności nie może zastąpić refleksji nad właściwą naturą odbiorcy działań psychologa ani akcentowania kompetencji osobistych specjalisty. Adam Niemczyński (2013) również zwraca uwagę na to, że pojęcie dobra jest w kodeksach etyki zawodu psychologa niedookreślone. Zaznacza też, że kodeks Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego powstał na podstawie analizy opisów ponad tysiąca sytuacji, w których psychologowie praktycy będący członkami APA musieli podejmować etyczne decyzje, dając w ten sposób praktyczny wyraz etycznym wartościom zawodu, które podzielali. Szkoda, że polski kodeks nie powstał na podstawie podejścia empirycznego, pożądane jest bowiem, aby zasady kodeksowe wyrastały z codziennej praktyki, niż były narzucane z zewnątrz. Niemczyński (2013) uważa ponadto, że rozstrzygnięcie, czym jest aksjologiczna treść zawodu psychologa, ma kluczowy charakter dla zawodowej tożsamości.

Paweł Boski (2013) zwraca uwagę na to, że psychologia – w przeciwieństwie do innych dziedzin skoncentrowanych na podnoszenie jakości życia ludzi – nie jest kulturowo obojętna. Wynika z tego m.in. konieczność wielokulturowego definiowania dobra i unikania powierzchownego naśladownictwa w tym zakresie. Podsumowując dyskusję (Sikora, 2013b), podkreśla konieczność wskazywania odniesień filozoficznych w rozważaniach nad etyką zawodu psychologa oraz jednocześnie akcentuje rolę refleksji nad aksjologiczną specyfiką psychologii jako nauki akademickiej i stosowanej.

Helena Sęk (2017), analizując sposoby konceptualizowania pojęcia zdrowia psychicznego (odpowiednika uwzględnianego w literaturze dobra), wskazuje na wartość koncepcji salutogenetycznej. Według niej zdrowie psychiczne to proces poszukiwania dynamicznej równowagi jednostki i jej społecznego otoczenia oraz zdolność do realizacji potencjałów (zasobów) fizycznych, psychicznych i społecznych. Nie jest to więc brak choroby, ale raczej różne doświadczanie zdrowia. Ważne dla koncepcji zdrowia psychicznego jest też pojęcie dobrostanu i optymizmu życiowego wywodzone z psychologii

pozytywnej (Sęk, 2017). Dobrostan to pozytywny stan psychiczny, subiektywna ocena różnych obszarów życia, zadowolenie z życia oraz poczucie bezpieczeństwa i kompetencji (Karaś, 2019). Powiązane jest z nim pojęcie sprężystości (ang. *resilience*, *resiliency*) jako dyspozycji pozwalającej na elastyczne radzenie sobie z przeciwnościami i trudnościami, opartej na zdolności dostosowania poziomu samokontroli impulsów do wymagań sytuacji (Kaczmarek i in., 2011; Sęk i in., 2017).

Rozważając pojęcie dobra, warto uwzględnić specyfikę jego rozumienia w odniesieniu do dzieci. W pedagogice terminu „dobro dziecka” używa się powszechnie, lecz niejednoznacznie, a jego znaczenie dookreślane jest przez kontekst (Borzyszkowska, 2011). Zasadniczo dobro dziecka to stan dla niego korzystny, do którego powstania lub utrwalenia przyczyniają się dorośli, intuicyjnie oczywisty (Borzyszkowska, 2011).

W Polsce nie istnieje prawna definicja dobra dziecka, gdyż jest to pojęcie abstrakcyjne nieposiadające materialnych desygnatów (Cudowska i Pawluczuk-Bućko, 2017; Mendecka, 2023; Pisarska, 2020). Na gruncie prawa termin ten występuje najczęściej w kontekście trudnej sytuacji życiowej dziecka i dotyczy ochrony owego dobra. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że osobiste i materialne interesy dziecka stanowią podstawowe kryteria sprawowania władzy rodzicielskiej. Z psychologicznego punktu widzenia interesujące mogą być te pierwsze, czyli niezakłócony, całościowy i harmonijny rozwój fizyczny i duchowy, rozwijanie jego talentów, poszanowanie godności, udział w procesie decydowania o jego sytuacji oraz dobrostan dziecka (Cudowska i Pawluczuk-Bućko, 2017; Pisarska, 2020).

Także w relacji lekarz – pacjent analizuje się treść określenia „dobro pacjenta”. Aksjologiczny cel medycyny stanowi niesienie dobra (Szatkowski, 1994): „dobro chorego najwyższym prawem” (s. 103), co definiowane jest jako dobroczynność (ang. *benevolence*; życzliwość, troska o innych). Tadeusz Biesaga (2004) pisze, że zadanie medycyny niewiele zmieniło się od czasów Hipokratesa: obejmuje wyleczenie z choroby, a w sytuacji, gdy nie jest to możliwe, udzielenie pacjentowi wsparcia umożliwiającego życie mimo bólu, dyskomfortu lub niepełnosprawności. Na dobro pacjenta składają się cztery elementy: (1) dobro medyczne wyprowadzane z wiedzy medycznej, (2) dobro doświadczane przez pacjenta z perspektywy jego planów życiowych i oceny własnej sytuacji, (3) dobro pacjenta jako osoby i (4) dobro duchowe.

Z punktu widzenia rozpatrywanych zagadnień szczególnie ciekawe są dwa bardziej psychologiczne wymiary. W przypadku wymiaru dobra

doświadczanego przez pacjenta podstawą są osobiste wartości, preferencje, wybory oraz spostrzegane zyski i koszty leczenia. Dobro osobiste to z kolei perspektywa osobowej godności pacjenta. Otwarte pozostaje pytanie, czy omawiane składowe można integrować i stosować łącznie, czy też podlegają one hierarchizacji uwarunkowanej partnerskim charakterem relacji lekarz – pacjent. Zwraca się uwagę na nadmierne rozszerzenie zakresu kategorii dobra, zawartej w kodeksach: „Absurdalna jest też teza [...], że lekarz jest (miałby być) odpowiedzialny także za szczęście i dobrobyt swojego pacjenta” (Bartkowiak i Maksymiuk, 2018, s. 44).

W literaturze (Wnukiewicz-Kozłowska, 2019) często pojawia się kwestia potencjalnej sprzeczności między autonomią pacjenta a jego dobrem. Dotyczy to osób, które nie są w stanie samodzielnie podejmować racjonalnych decyzji w swoich sprawach. W takiej sytuacji lekarz „powinien dążyć do obiektywnej oceny medycznej stanu chorego i kierować się przesłankami opartymi na wiedzy medycznej. [...] W systemie *common law* na podstawie analizy orzecznictwa ustalono, że koncepcja najlepszego interesu powinna uwzględniać: potrzeby kliniczne pacjenta (element obiektywny), szersze tło w postaci subiektywnej oceny preferencji społecznych i bytowych (dobre samopoczucie) chorego, obiektywną ocenę tego, co rozsądny pacjent zdecydowałby w określonych okolicznościach, połączenie kwestii klinicznych oraz szerzej powiązanych z dobrostanem pacjenta czynników” (Wnukiewicz-Kozłowska, 2019, s. 292–293).

Zwraca się jednak uwagę na ewolucję w tym względzie, podkreślając konieczność wskazania zarówno przesłanek ograniczenia autonomii chorego, jak i uzyskanych przez niego korzyści z tego powodu (Wnukiewicz-Kozłowska, 2019). W klasycznym ujęciu, od etyki lekarskiej w *Corpus Hippocraticum* aż do XX wieku, zakładano m.in., że podstawą rozumienia dobra chorego przez lekarza jest nie tylko jego wiedza, lecz także posiadane i rozwijane predyspozycje zawodowe do właściwego rozpoznania tego, czym jest dobroczynność (Sobczak i Janaszczyk, 2015). Dzisiaj to podejście do autonomii zasadniczo się zmieniło i kładzie się większy nacisk na **współdecydowanie** przez pacjenta odnośnie do celu leczenia oraz jego prawo do podejmowania decyzji opartych na dostarczonej mu wiedzy. Prawdopodobnie jest – w dzisiejszym rozumieniu dobroczynności – podstawową zasadą działania na rzecz dobra pacjenta (Sobczak i Janaszczyk, 2015). Bywa to czasem podstawą dylematów etycznych, przed jakimi stają profesjonaliści, gdy trzeba brać pod uwagę sytuacyjne konteksty.

Podsumowując, można stwierdzić, że przywoływane w kodeksach dobro nie jest tylko przeciwieństwem zła. Wskazywane w przepisach dobra to często korzyści czy też interesy (indywidualne lub społeczne), wartości i/lub właściwości ludzi (jak np. zdrowie). Zasadniczym celem psychologa jest pomoc jednostce w rozwiązywaniu trudności życiowych, poprawie jakości życia, osiąganiu satysfakcji z różnych jego obszarów oraz budowaniu poczucia bezpieczeństwa i kompetencji. Dobrem jest także jej indywidualny, pełny i harmonijny rozwój, rozwijanie talentów. Istotny element dobra stanowi poczucie godności jednostki. Biorąc pod uwagę wyjątkowość i unikalną wartość człowieka, podkreśla się oczekiwania odbiorcy (klienta), jego prawo do własnego rozumienia swojego dobra, gotowość do poniesienia kosztów przejściowych i końcowych oraz wpływ realizacji tego dobra na ewentualne ograniczenie dobra (prawa) innych osób.

2.2.2 Konsekwencje nierówności w relacji zawodowej

Wchodząc w relację zawodową z psychologami realizującymi opisane wcześniej czynności, odbiorcy usług psychologicznych (takich jak orzekanie i opiniowanie oraz pomaganie i psychoterapia) zgodnie z założeniami zawodu społecznego zaufania rezygnują relatywnie dobrowolnie – bo albo są zmuszeni do korzystania z usługi psychologicznej w efekcie określonych przepisów, albo mają nadzieję na uzyskanie pomocy – z niektórych swoich praw, w tym części swojej autonomii, i oddają się w ręce specjalisty. W rezultacie prowadzi to do relacji asymetrycznej pod względem położenia, kompetencji i odpowiedzialności za działania podejmowane przez obie strony (oraz doświadczania ich konsekwencji), co tworzy sytuację nierówności praw (Paluchowski, 2021, 2023a).

Asymetryczny charakter relacji specjalista – klient jest nieodłącznym elementem zawodowych interakcji psychologicznych, przy czym zakłada się, że nie jest to asymetria konfrontacyjna, walka o władzę w relacji usługowej. Różnica położenia zmienia treść komunikacji w tej relacji – to emocje, przeżycia, doświadczenia czy wspomnienia klienta stanowią jej główny temat. Jednocześnie usługobiorcy wymagają szczególnej ochrony, gdyż powierzają specjalistom m.in. informacje dotyczące ich życia prywatnego z przekonaniem, że zostaną one wykorzystane dla ich dobra. To nakłada na psychologów co najmniej obowiązek nieprzekraczania domyślnej zgody, rozważnego z niej korzystania i minimalizacji naruszania praw usługobiorców.

Jak pisał Mario Bunge (1988): „Wykonaj swą pracę najlepiej jak możesz i nie czerp korzyści ze słabości (fizycznej, ekonomicznej czy kulturowej) ludzi

korzystających z twych usług” (s. 159). Położenie, w jakim znajduje się odbiorca usługi psychologicznej, oraz sytuacja psychologa są zasadniczo odmiennie, podobnie jak oczekiwania względem siebie. To odbiorca usługi oczekuje czegoś od psychologa, a nie odwrotnie (tym usługa psychologiczna zasadniczo różni się od badania naukowego w psychologii – w drugim przypadku to badacz jest zainteresowany udziałem osoby przez niego badanej, a nie odwrotnie). To usługobiorca, a nie specjalista, doświadcza dyskomfortu, cierpi i szuka pomocy. Położenie klienta może być czasami odczuwane przez niego jako dokuczliwe w tak dużym stopniu, że jest on gotów na daleko idące ustępstwa w zakresie rezygnowania ze swoich praw.

Podstawowym prawem, z którego rezygnują w różnym stopniu odbiorcy usług psychologicznych, jest ich prawo do prywatności. Nie można jednak całkowicie zrzec się prawa do ochrony życia prywatnego, bo stanowi ono jedno z podstawowych praw osobistych, które zapewnia Konstytucja RP w art. 47: „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”, natomiast art. 51 p. 1 wskazuje, że „Nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby” (Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku).

W Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (Biblioteka Sejmowa, 2015) w art. 12 zaznaczono: „Nikt nie będzie podlegać arbitralnemu wkraczaniu w jego życie prywatne, rodzinę, mieszkanie lub korespondencję, ani też zamachom na jego honor i reputację. Każdy jest uprawniony do ochrony prawnej przed takim wkraczaniem lub takimi zamachami”. Prawo do prywatności zostało uwzględnione także w ratyfikowanym przez Polskę w marcu 1977 roku Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych (Internetowy System Aktów Prawnych – ISAP, 1977) w art. 17: „Nikt nie może być narażony na samowolną lub bezprawną ingerencję w jego życie prywatne, rodzinne, dom czy korespondencję ani też na bezprawne zamachy na jego cześć i dobre imię”. W Europejskiej Karcie Praw Człowieka (Ośrodek Informacji i Dokumentacji Europejskiej, 2016) w art. 7 wskazano, że „Każdy ma prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, domu i komunikowania się”.

W relacji psycholog – klient występuje również asymetria w zakresie wiedzy i umiejętności. W ekonomii istnieje pojęcie asymetrii informacyjnej, odnoszącej się do sytuacji, gdy jedna strona transakcji zna więcej istotnych informacji niż druga i ewentualne wyrównanie tej nierówności wymaga przekazywania informacji między stronami. W kontekście rynku usług

medycznych lekarz dysponuje dwoma kategoriami informacji istotnymi dla pacjenta: informacją diagnostyczną oraz informacją terapeutyczną (Łoś i Puciato, 2011). Na rynku usług zdrowotnych ta asymetria informacyjna w relacji pacjent – lekarz jest tym większa, im bardziej skomplikowana jest sytuacja zdrowotna pacjenta. Ponadto z powodu braku informacji pacjenci mają trudności w ocenie jakości usługi nie tylko podczas wyboru usługodawcy, lecz także *ex post* (Kowalska, 2009; Łoś i Puciato, 2011; Soboń, 2021). Stąd tak ważna jest rola regulacji prawnych nakazujących wyrównanie asymetrii i zapewnienie równego dostępu do informacji, standaryzacja usług, certyfikaty i inne formy legitymizacji kwalifikacji usługodawcy oraz wysokiej jakości usługi, a także społeczna reputacja (Encyklopedia Zarządzania, 2024).

W wielu kodeksach etyki zawodowej psychologów wskazuje się na to, że im większa nierówność w relacji zawodowej i większa zależność klientów od specjalistów, tym większą odpowiedzialność ponosi psycholog i to on odpowiada za realizację kodeksowych zasad. Z psychologicznego punktu widzenia podstawą wyrównywania asymetrii kompetencji (informacyjnej) jest empatyczne nastawienie i dbałość o treść komunikacji między psychologiem a jego klientem.

Przekazywanie informacji zwrotnych odbiorcy usługi psychologicznej powinno być przede wszystkim kompletne i skuteczne, tj. takie, by odbiorca wszystkie otrzymywane informacje zrozumiał oraz zaakceptował. Wyjście poza żargonowe określenia może stanowić sprawdzian rozumienia treści przez psychologa oraz sprzyjać ich akceptacji. Inspirująca w tym kontekście może być dyskusja w czasopiśmie *Diametros* na temat problemów dotyczących mówienia prawdy pacjentom⁶.

We wprowadzeniu do tej dyskusji Galewicz (2005a, 2005b) stawia takie pytania: Czy osobom ciężko chorym należy mówić prawdę o ich stanie? Czy lekarz zawsze powinien informować pacjenta, jaką chorobę u niego rozpoznał, jakie są szanse na jej wyleczenie, jaki będzie jej prawdopodobny rozwój, przebieg i kres? Czy są sytuacje, w których nie jest on zobowiązany do mówienia prawdy, lecz ma prawo do milczenia lub nawet do kłamstwa? Jakie są argumenty przemawiające za kłamstwem, a jakie przeciwko niemu? De Barbaro (2005) pisze: „Powiedzenie prawdy lub nieprawdy [...] nie może być rozpatrywane jako akt jednorazowy i jednokierunkowy. To jest w swojej istocie fragment dialogu, proces interakcyjny, którego pacjent jest aktywnym

⁶ Całą dyskusję znaleźć można na stronie: <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=an-r3&m=25&if=0&ii=4&ik=4&ij=42> (dostęp: 15.12.2025).

uczestnikiem. W tej rozmowie bynajmniej nie tekst lekarza jest pierwotny. Pierwotna jest wypowiedź pacjenta: (werbalne bądź niewerbalne) otwarcie lub zamknięcie się na słowa lekarza” (s. 104). Wskazuje on na to, że istotą tej relacji jest dialogowanie, a nie jednostronne komunikowanie. To lekarz dzięki informacjom zwrotnym pozwala na kompletne, adekwatne do aktualnych okoliczności i jednocześnie zrozumiałe dla pacjenta przekazywanie informacji, „[...] przy czym na lekarzu spoczywa odpowiedzialność umiejętnego rozumienia przekazu pacjenta oraz odpowiedzialność uwzględnienia tego przekazu” (de Barbaro, 2005, s. 105). W przeciwnym razie komunikacja staje się bardziej polem negocjowania władzy i tworzenia interakcyjnej tożsamości uczestników niż budowania relacji interpersonalnych.

Ciekawy jest tekst Krzysztofa Sobczaka i Agaty Janaszczuk (2015), którzy analizują w odniesieniu do deontologii lekarskiej tzw. białe kłamstwo, czyli rodzaj kłamstwa użytecznego. Staje ono często w opozycji do prawdomówności, tworząc dylemat decyzyjny pozornie nie do rozstrzygnięcia (bez uwzględniania całościowego kontekstu). Jak piszą autorzy (Sobczak i Janaszczuk, 2015): „Pytanie więc nie dotyczy tego, co lekarz ma powiedzieć (prawdę czy fałsz), ale raczej tego, jak, w tych wyjątkowych sytuacjach, bezwzględnej prawdy nie zakomunikować, a jednocześnie nie skłamać, aby chronić pacjenta i nie naruszać prawa zarazem. [...] W żadnym ze stanowisk etycznych nie istnieje imperatyw niemówienia prawdy. Podobnie jak nie istnieje «skodyfikowana norma» ustanawiająca formę określoności wypowiedzenia prawdy. Komunikować fakty można na wiele sposobów i różnymi sposobami” (s. 66–67).

Warto też zwrócić uwagę na rolę Internetu w szukaniu przez pacjentów informacji na temat stanu swojego zdrowia (Soboń, 2021). Z badania Ministerstwa Cyfryzacji (za: Soboń, 2021) wynika, że blisko 50% internautom sieć pozwala na łatwe zdobywanie informacji dotyczących zdrowia. Tak zwani pacjenci doktora Google’a korzystają z sieci (w tym specjalistycznych serwisów oraz forów pacjentów) jako pierwszego źródła informacji na temat chorób i ich objawów. Wiarygodność Internetu jako źródła danych o chorobie w ocenie np. studentów jest zasadniczo wysoka: w sytuacji pojawienia się symptomów chorobowych znaczna część przebadanych osób (73,8%) w pierwszej kolejności korzysta z Internetu, a nie z porady lekarza (Szymczyk i in., 2015). Jednym ze wskazywanych powodów jest chęć współuczestnictwa w decyzjach dotyczących swojego zdrowia. Zatem niezależnie od informacji uzyskiwanych w bezpośrednim kontakcie z lekarzem pacjenci mogą znajdować – mniej lub bardziej wiarygodne – informacje w Internecie i często to robią.

Asymetria odpowiedzialności dotyczy m.in. konsekwencji wynikających z realizacji usługi psychologicznej. Kiedyś to klient ponosił konsekwencje decyzji specjalisty, bo to on był przedmiotem i podmiotem jego działań. Dzisiaj ta asymetria zmienia się. Z jednej strony pacjenci (klienci) rozumieją, że część odpowiedzialności za ostateczne efekty spoczywa także na nich i zależy od poziomu ich współpracy, choć formalnie nie ponoszą za te konsekwencje odpowiedzialności. Z drugiej strony odpowiedzialność specjalistów świadczących pomoc (leczenie) często jest skodyfikowana w odpowiednich przepisach, a ich naruszenie może skutkować odebraniem prawa do wykonywania zawodu.

Konsekwencją asymetrii położenia jest m.in. aprobata ograniczenia prywatności. Paweł Grabarczyk (2013) analizuje trzy sposoby rozumienia prywatności: prawo do odosobnienia (tj. izolacji od bodźców zewnętrznych), prawo do pozostawania anonimowym oraz prawo do kontroli nad informacjami o sobie. Z kolei Katarzyna Jędruszczak opisuje (2005) różne podejścia do koncepcji prywatności w psychologii. Jej zdaniem można ją ujmować z trzech perspektyw: prawnej, operacjonalizacji dla celów badań empirycznych oraz potocznej.

Prywatność w ujęciu prawnym nie jest zdefiniowana. Prawo natomiast określa zasady, według których powinno być realizowane prawo do prywatności. Wskazuje się, że jest to obszar autonomicznej aktywności jednostki, wolny od kontroli, ingerencji i niedostępny dla ciekawości innych (Pryciak, 2010). Jednostka przekazuje informacje o swoich osobistych przeżyciach w tajemnicy, bez rozgłosu, jedynie osobom ze swojego najbliższego otoczenia, a ich ochrona jest szczególnie uwzględniona w przepisach dotyczących prawa do tajemnicy (Pryciak, 2010; Banaszewska, 2013). Stanowi to zapewne jedną z nielicznych potrzeb psychologicznych, które mają zabezpieczenie prawne (Zaleski, 1998).

Elementem prywatności jest m.in. prawo do swobodnego podejmowania decyzji o wszelkich aspektach naszego życia, w tym autonomii seksualnej (Pryciak, 2010; Banaszewska, 2013). Definiowanie prywatności w badaniach (Jędruszczak, 2005; Zaleski, 1998) obejmowało takie środki jej osiągnięcia jak samotność (ang. *solitude*), intymność (ang. *intimacy*), anonimowość (ang. *anonymity*), rezerwa (ang. *reserve*), unikanie niespodziewanych wizyt (ang. *not neighbouring*) i odosobnienie (ang. *seclusion of the home*).

W teoretycznych analizach zwraca się uwagę na dychotomię jednostka – inni oraz zagrożenie wynikające z potencjalnej, ukrytej i faktycznej władzy

nad jednostką (Jędruszczak, 2005). Ważnym pojęciem z tego obszaru jest także pojęcie odsłaniania siebie (ang. *self-disclosure*). To kluczowy termin w koncepcji Valeriana Derlegi i Alana Chaikina, w której rdzeń stanowi proces regulacji barier w relacji jednostka – inni (Jędruszczak, 2005; Zaleski, 1998). Jest on charakteryzowany w dwóch wymiarach, zależnych od stopnia bliskości w relacji: głębokości (poziomu intymności) i szerokości (liczba obszarów życia, z których jednostka się zwierza).

W koncepcji Amebowego „Ja” Christophera Burrisa i Johna Rempela (Jaśkiewicz i Drat-Ruszczak, 2011) ludzie – podobnie jak metaforyczna jednokomórkowa ameba – walczą o przetrwanie psychologicznego poczucia siebie, regulując granice między „Ja” i „nie-Ja” w trzech powiązanych, ale zarazem odrębnych obszarach reprezentacji „Ja”: cielesnej, społecznej i symboliczno-przestrzennej. Jednostka może np. odczuwać naruszenie prywatności w domenie symboliczno-przestrzennej w taki sam sposób, jakby to było fizyczne naruszenie jej cielesnej prywatności. W analizowanym tu aspekcie zarządzania prywatnością interesująca jest domena społeczna. Dotyczy jej poczucie dyskomfortu i zakłopotania doświadczane w relacjach interpersonalnych z osobami różniącymi się stopniem bliskości i emocjonalnego ustosunkowania. Towarzyszą im silna motywacja do kontrolowania wrażenia, jakie wywiera się na innych, i obawa przed negatywną oceną z ich strony. Pojęcie prywatności uzupełnia podskala Ja społecznego kwestionariuszowej Skali Wrażliwości na Naruszenie Granic zawierająca pytania dotyczące takich okoliczności jak: „Być widzianym w bieliźnie”, „Mieć nieporządek, porozrzucane rzeczy”, a także „Mówić o krępujących doświadczeniach” czy „Prosić o pomoc w zadaniu lub problemie osobistym”. W badaniach jej wyniki powiązane są z lękiem społecznym i doświadczaniem wstydu (Jaśkiewicz i Drat-Ruszczak, 2011).

Ciekawe zarówno pod względem metody, jak i wyników są badania Renaty Dopierały (2006) nad społecznymi wyobrażeniami „prywatności”. Zbadała ona 60 studentów z różnych lat studiów na kierunkach humanistycznych na Uniwersytecie Łódzkim za pomocą autorskiej wersji Testu Zdań Niedokończonych. Zadaniem osób badanych było dokończenie zdań: „Prywatność jest dla mnie...”, „Sfera prywatna to...”, „Życie prywatne obejmuje...”, „Potrzebuję prywatności, gdy...”, „W prywatności mogę...”, „Prywatność pozwala mi...”, „Realizację prywatności uniemożliwia...”. Według osób badanych prywatność to pojęcie bardzo szerokie zakresowo, zasadniczo istotna, potrzebna, niezbędna część życia, wartość autoteliczna, zajmująca najważniejsze miejsce

w hierarchii wartości, poza publiczną dostępnością, obejmująca szczególnie stany emocjonalne i psychiczne, przeważnie o „negatywnym” charakterze. To ostatnie wskazanie wraz z opisami samopomocy (głównie poszukiwania relaksu) w tym obszarze jest częścią wypowiedzi dotyczących stwierdzenia: „Potrzebuję prywatności, gdy...”.

W opiniach studentów sfera prywatna została określona jako sfera reglamentowana i ekskluzywna, dostępna jedynie dla jednostki lub osób przez nią upoważnionych, często określana jako „mój własny pokój”. Życie prywatne to rodzinne i najbliższe relacje interpersonalne albo samotność, miejsce realizacji indywidualnych potrzeb. Funkcją prywatności wskazywaną w wypowiedziach jest pełna realizacja siebie, nonkonformizm, uwolnienie się od oczekiwań innych, samostanowienie bez publicznych zobowiązań, kontroli i ograniczeń. Ten aspekt prywatności obejmuje także miejsce odpoczynku od stresu codziennego „grupowego” życia. Uzupełniając zdanie: „Realizację prywatności uniemożliwia...”, studenci wymieniali ingerencję w prywatność i naruszanie tajemnicy przez inne jednostki, grupy, korporacje i instytucje państwa oraz rozwój technologii informacyjnych.

W kontekście usługi, u której podstaw leży kredyt społecznego zaufania, zgoda na ograniczenie swojego prawa do prywatności dotyczy w większym stopniu informacji poufnych odnoszących się do naszej intymności niż osobistego terytorium, korespondencji czy własności (Zaleski, 1998). Naruszanie intymności wiąże się najczęściej z poczuciem wstydu. Z perspektywy psychologicznej wstyd to negatywne doświadczenie ujawnienia w relacji z innymi ukrywanego, niepożądanego aspektu siebie. Poczucie winy zazwyczaj towarzyszy ocenie własnych zachowań, zakłopotanie wynika z czynników niezależnych od jednostki (niezręczności), natomiast wstyd odnosi się do tego, kim jesteśmy (Chyrowicz, 2017).

W definicjach słownikowych „wstyd”, ujmowany jako emocja społeczna, wiązany jest z określonymi aspektami moralnymi, takimi jak: lęk przed opinią innych, obawą, co oni pomyślą o nas, gdy dowiedzą się o naszym zachowaniu, jak nas oceniają, dyskomfort ze względu na naruszenie intymności, element poczucia winy i wyrzutów sumienia (Karwatowska, 2018). W badaniach 150 studentów Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie dotyczących rozumienia wstydu (Karwatowska, 2018) okazało się, że pojęcie to najczęściej wartościowane jest negatywnie. Kojarzy się ono z poczuciem bycia kimś gorszym, skrupowania, upokorzenia, odstępstwa od normy uznawanej społecznie, swojej niedoskonałości, porażki czy

ułomności, dyskomfortu w efekcie ujawniania informacji ze swojego życia prywatnego, o którym często nie chce się nawet myśleć.

Czy dzisiaj, w dobie mediów społecznościowych i powszechnej dostępności do sieci, sytuacja jest inna? Z jednej strony intymność stanowi ważny element życia prywatnego, będąc jednocześnie obszarem trudnym do zdefiniowania i badania, jest bowiem tym, co ukryte, sekretne, prywatne, subiektywne oraz niepowtarzalne (Bieńko, 2013). Z drugiej strony w ujęciu historycznym jej granice się przesuwają, a ona sama podlega komercjalizacji i banalizacji, niekiedy dochodząc do poziomu obsceniczności. Media społecznościowe (Facebook, Twitter, YouTube, MySpace, Digg i inne) zrewolucjonizowały Internet i komunikację interpersonalną, a świat stał się bardziej otwarty i zintegrowany. Jak pisze Leszek Koczanowicz (2018): „Parezja⁷ zdemokratyzowała się, parezjastów jest legion, wydaje się, że miliony ludzi chcą przedstawić prawdę o sobie i zapoznać innych z tym, co jest w nich najintymniejsze. [...] Taką postawę nazwałbym lękiem intymności, obawą, że coś zatrzymane tylko dla siebie nie jest w pełni wartościowe, że jeżeli czegoś wszystkim nie ujawnimy, to stracimy szansę na pełne zaistnienie w świecie” (s. 42–43). Jednocześnie social media i ich użytkownicy testują dopuszczalne granice naruszania prywatności (M. Majewska, 2018). Zazwyczaj anonimowość jest strategią, za pomocą której jednostka chroni się przed oceną społeczną i groźbą społecznej kary (stygmatyzacji, odrzucenia itp.).

Anna Łobocka (2019) zbadała, czy warunki korzystania z usługi pomocy psychologicznej są postrzegane jako czynniki w sposób szczególnie zapewniające poczucie bezpieczeństwa i zachęcające do dzielenia się osobistymi danymi. W badaniu sprawdzono okoliczności udostępniania osobistych informacji w rozmowie z przyjacielem, wiadomości prywatnej/e-mailu do przyjaciela, na forum portalu społecznościowego, w rozmowie ze znajomą osobą w przedziale w pociągu oraz rozmowie z psychologiem/psychoterapeutą. W badaniu wzięły udział 122 osoby, kobiety i mężczyźni, w wieku między 17. a 40. rokiem życia, aktywnie korzystające z Internetu, zarówno osoby mające wcześniejsze doświadczenia z pomocą psychologiczną, jak i te, które nie deklarowały takich doświadczeń.

⁷ Zdolność do szczerego i otwartego wypowiadania się, mimo różnych niebezpieczeństw, w tym obawy przed śmiesznością, kompromitacją i krytyką innych. W dyskursie publicznym (szczególnie polityce) jest wyrazem przekonania o prawdzie (wiedzy) lub wiary mówiącego.

Na podstawie wyników wyróżniono następujące strategie udostępniania prywatnych informacji: a) informowanie bez szczegółów, b) uczciwe, ale nieszczegółowe udzielanie informacji, c) unikanie ogólników i udzielania szczegółowych informacji, d) uczciwe i szczegółowe udzielanie informacji, e) dzielenie się informacjami w ramach spotkania terapeutycznego. Podczas weryfikacji hipotez okazało się, że okoliczności udzielania pomocy psychologicznej nie sprzyjają dzieleniu się osobistymi informacjami i spostrzeganiu jej jako mniej zagrażającej prywatności niż inne okoliczności. Inaczej mówiąc, w opinii części osób badanych rozmowa z psychologiem nie cechuje się wyższym poziomem prywatności niż pozostałe analizowane sytuacje.

Można wnioskować, że okoliczność udzielania pomocy psychologicznej straciła swoją historycznie uprzywilejowaną pozycję w zakresie ujawniania osobistych informacji. Jednocześnie osoby stosujące strategię „otwartego udzielania informacji” mimo wysokiego poczucia zagrożenia w rozmowie z psychoterapeutą deklarują wysoki poziom odsłaniania się, co świadczy o tym, że wyżej cenią one korzyści wynikające z kontaktu terapeutycznego niż ewentualne ryzyko. Potwierdziły to inne badania, które wykazały, że zagrożenie prywatności nie wpływa bezpośrednio na poziom samoujawniania, bo istotnymi czynnikami są zaufanie i kontrola informacji na swój temat (Taddei i Contena, 2013).

W badaniach nad komunikacją z wykorzystaniem komputera (CMC) potwierdzono znacznie wyższy poziom spontanicznego ujawniania siebie w dyskusjach prowadzonych za pośrednictwem komputera w porównaniu z dyskusjami „twarzą w twarz” oraz to, że uczestnicy anonimowi wizualnie ujawniali znacznie więcej informacji o sobie niż uczestnicy nieanonimowi (Joinson, 2001; Taddei i Contena, 2013).

Stwierdzono także, że na ujawnianie siebie wpływają świadomość prywatna i publiczna. Z prywatną samoświadomością mamy do czynienia wówczas, gdy ludzie są świadomi czegoś o sobie, czego inni mogą nie być świadomi, natomiast samoświadomość publiczna odnosi się do sytuacji, gdy ludzie są świadomi tego, jak postrzegają ich inni, i towarzyszy temu doświadczanie wstydu (Strus i Ślaski, 2007). W badaniach (Joinson, 2001) stwierdzono, że podwyższona samoświadomość prywatna w połączeniu z obniżoną samoświadomością publiczną wiązała się ze znacznie wyższym poziomem spontanicznego ujawniania siebie podczas komunikacji zapośredniczonej komputerowo.

Karina Leksy (2017, s. 40 i nast.) uważa, że autoprezentacja użytkowników portali społecznościowych jest przejawem społecznego ekshibicjonizmu.

Na Facebooku zaobserwować można dwie strategie autoprezentacji: jedna z nich to maksymalne przekraczanie granic prywatności, a druga polega na prezentowaniu swojego wyidealizowanego wizerunku. Poziom zaspokojenia potrzeby podziwu i skuteczność autoreklamy dają się tu łatwo zobrazować liczbą reakcji na posty (czy innymi statystykami strony; M. Majewska, 2018). Z jednej strony treści publikowane w mediach społecznościowych mogą obniżać granice prywatności oraz wpływać na to, czym można się dzielić z innymi (podobnie może być z publicznym prowadzeniem prywatnych rozmów przez telefon komórkowy). Z drugiej strony zjawisko hejtingu, rozumianego jako mowa nienawiści, wulgarny atak *ad personam* w celu obrażania, ośmieszania czy poniżania innych (Frącz, 2019) może stanowić sygnał zagrożenia dla ujawniania i upubliczniania treści intymnych.

W ocenie Tobiasza Dienlina i Johannes Breuera (2023) wnioski z badań i opinie na temat obecnego stanu i przyszłości prywatności są rozbieżne: jedni uważają, że żyjemy w świecie postprywatności i że musimy traktować prywatność w inny sposób (koncepcje liberalne), inni zaś twierdzą, że prywatność pozostaje istotną koncepcją w naszym społeczeństwie (koncepcje konserwatywne). Ich zdaniem zmienił się sposób, w jaki prywatność jest wdrażana i kontrolowana. Stała się ona bardziej społeczna. Jednak to, czym jest prywatność i co oznacza w swej istocie, pozostało takie samo⁸. Użytkownicy mediów społecznościowych akceptują płacenie swoją prywatnością (nieanonimowością) za korzystanie z nich, aczkolwiek są oni dalej zainteresowani kontrolą swojej prywatności, co jest katalizatorem zmian technologicznych i prawnych.

Geneza pojęcia świadomej zgody sięga procesu norymberskiego lekarzy nazistowskich w latach 1946–1947, który dotyczył zakazu prowadzenia eksperymentów medycznych bez zgody badanych osób, co zostało następnie ujęte jako jeden z kluczowych wymogów Kodeksu Norymberskiego (Bołoz, 2012). Ze względów politycznych (tzw. zimnej wojny) wymóg ten w medycynie liberalizowano na korzyść uprawnień badaczy. Budziło to niepokój z bioetycznego punktu widzenia i w efekcie w roku 1978 ukazał się w USA trzytomowy

⁸ Pomijam tu wpływ intymnych treści zawartych w powszechnie dostępnych reklamach, np. środków na erekcję, podpasek pochłaniających zapachy czy zapobiegających skutkom nietrzymania moczu, środków higieny intymnej itp. Pierwsza polska reklama upowszechniająca podpaski pojawiła się „z pewną nieśmiałością” w 1991 roku. Niewątpliwie reklamy również wyznaczają obszar treści publicznie akceptowalnych i włączania do niego tego, co wcześniej uznawano za tabu.

twz. Belmont Report, który określał podstawowe warunki eksperymentów medycznych. Czasami używa się sformułowania „zgoda uświadomiona” lub „poinformowana zgoda” (ang. *informed consent*). Wydaje się to niezgodne z regułami języka polskiego, ponieważ to nie zgoda ma być „poinformowana” czy świadoma, ale osoba wyrażająca tę zgodę. Moim zdaniem intencje twórców najlepiej oddaje określenie „zgoda świadoma i oparta na wiedzy”.

W bioetyce europejskiej kładzie się większy nacisk na zdolności jednostki do samostanowienia niż na egoistycznie rozumianą autonomię pacjenta i lekarza. Praktyczne stosowanie tej zasady zależy oczywiście od kontekstu – inny jest zakres odpowiedzialności lekarza rodzinnego, inny chirurga, a jeszcze inny badacza w eksperymencie medycznym (Bołoz, 2012). W doktrynie prawnej pojęcie świadomej zgody zdefiniowane jest w przepisach prawa ochrony danych osobowych. Jak pisze Mariusz Jagielski (2012, s. 22) oznacza ona (za: Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679): „[...] konkretne i świadome, dobrowolne wskazanie przez osobę, której dane dotyczą, na to, że wyraża przyzwolenie na przetwarzanie odnoszących się do niej danych osobowych [...] wymogi, jakie musi spełniać oświadczenie podmiotu danych, by mogło być uznane za zgodę 1. [musi] stanowić jasny i jednoznaczny wyraz woli podmiotu danych; 2. musi być wyrażone w sposób swobodny; 3. jego przedmiot musi być wyraźnie określony; 4. wyrażająca go osoba musi być świadoma wszystkich konsekwencji udzielenia zgody”.

Jedną z konsekwencji przyjęcia założenia, że zawód psychologa jest zawodem społecznego zaufania, jest wyrażenie indywidualnej zgody przyjęcia roli odbiorcy działań zawodowych psychologa. Zgodnie z założeniem zawodu społecznego zaufania w odniesieniu do roli zawodowej psychologa dobrovolność rezygnacji osób z niektórych swoich praw nie jest pełna, ponieważ albo są one zmuszone do korzystania z usługi psychologicznej w efekcie określonych przepisów, albo mają nadzieję na uzyskanie pomocy lub informacji. Kodeksy etyczne w obszarze ochrony zdrowia wiele uwagi poświęcają tzw. świadomej zgodzie i potrzebie jej uzyskania w odniesieniu do wszystkich istotnych okoliczności świadczenia usługi zawodowej (Boratyńska, 2012). Stanowi ona realizację obowiązku respektowania prawa jednostki do autonomii (Kosmowski, 2019). Jest także – obok warunku i narzędzia realizacji autonomii odbiorcy – podstawą budowania relacji opartej na zaufaniu (Wnukiewicz-Kozłowska, 2019, s. 205 i nast.). Jak pisze Kazimierz Szewczyk (2009): „Świadoma zgoda jest [...] podstawowym kryterium lojalności i miernikiem zaufania w praktyce lekarskiej” (s. 28).

Można przyjąć, że odbiorcom należy udzielać wszystkich ważnych i niezbędnych dla nich informacji. Powstaje oczywisty problem, kto ową „ważność” określa (Galewicz, 2012). W literaturze bioetycznej wskazuje się na trzy modele: profesjonalny, racjonalnego pacjenta i subiektywistyczny (Galewicz, 2012). Zgodnie z pierwszym modelem należy udzielać informacji typowych („większościowych”) dla danego rodzaju działania specjalisty. Drugi model odnosi się do „racjonalnego odbiorcy” (czyli także typowego, choć pojawia się tu problem definicyjnego kryterium tej typowości), natomiast w modelu trzecim odbiorcą jest konkretna jednostka, dlatego „ważność” należy odnieść bezpośrednio do niej (Galewicz, 2012).

Udzielając zgody, osoba uczestnicząca w działaniach zawodowych psychologa powinna mieć pełne rozeznanie w obszarze następujących okoliczności:

- cel i charakter prowadzonych działań zawodowych psychologa;
- zakres odpowiedzialności obu stron (własnej i psychologa);
- ochrona poufności i jej ograniczenia odnośnie do przedmiotu tajemnicy;
- okres, jakiego dotyczy udzielana zgoda;
- spodziewane korzyści ze swego udziału;
- ewentualne ryzyko związane z tym udziałem;
- możliwość uzyskania odpowiedzi na pytania dotyczące swego udziału;
- możliwość wycofania się w dowolnym momencie z udziału w działaniach psychologa;
- sposób i forma unieważnienia udzielonej zgody w razie takiej potrzeby.

Te informacje powinny przede wszystkim pomóc odbiorcy w podjęciu decyzji, z uwzględnieniem własnego dobrostanu, dobrostanu i interesów społeczeństwa oraz kosztu (ceny) osiągnięcia tego dobrostanu, a także czasu – podczas specjalistycznej interwencji i po osiągnięciu jej celu.

Ze względu na obiektywne różnice w poziomie wiedzy i kompetencji uzyskanie pełnej wiedzy przez odbiorcę wydaje się mało prawdopodobne (Soboń, 2021; Szewczyk, 2009), co nie zwalnia psychologa z obowiązku prowadzenia w tym celu dialogu (tym bardziej że psycholog ograniczony jest często także wymaganiami organizacyjnymi zatrudniającej go instytucji). Jednocześnie nie może być to tzw. zgoda blankietowa, czyli ogólnikowa (Gulla i in., 2019, s. 158 i nast.), lub odsyłająca np. do formularza z firmowej strony internetowej. Ponadto uzyskanie zgody nigdy nie powinno sprowadzać się jedynie do prośby o złożenie podpisu. Wiele istotnych elementów może pojawić się na późniejszych etapach relacji z psychologiem i wówczas każdorazowo konieczne

jest omówienie ich oraz upewnienie się, że są akceptowane przez odbiorcę. Wskazane jest, aby informacja i zgoda zostały przygotowane w dwóch egzemplarzach – po jednym dla każdej ze stron.

Sformułowanie, iż zgoda ma być „świadoma”, oznacza, że odbiorca posiada zdolność psychiczną do rozumienia informacji i ich przekazywania, a także do podjęcia decyzji odnośnie do swojego udziału w działaniach psychologa. Ograniczenie tej zdolności może mieć charakter względnie stały (zaburzenia poznawcze itp.) lub tymczasowy (np. działanie pod wpływem alkoholu itp.). Ponadto powinien on w pełni rozumieć wszystkie istotne okoliczności, na które się zgadza, wraz z ich różnorodnymi konsekwencjami. Odpowiedzialność za właściwe wyjaśnienie wskazanych okoliczności i konsekwencji spoczywa na psychologu. Specjalista powinien się upewnić, że udzielane przez niego informacje są zrozumiałe dla odbiorcy i przekazane w sposób dostosowany do jego zdolności poznawczych (w tym także dziecka lub osoby o ograniczonej zdolności do podejmowania autonomicznych decyzji).

Zgoda powinna być dobrowolna (niewymuszona, ang. *voluntary consent*), tzn. podjęta bez przymusu w jakiegokolwiek postaci oraz bez ewentualnych różnych form nacisku, związanych również z wykorzystaniem stosunku zależności przez osoby trzecie. Perswazja ze strony najbliższych lub psychologa, odwołująca się deklarowanego przez odbiorcę dobra i interesu (Boratyńska, 2012, s. 25), nie może być *a priori* uznana za formę niedopuszczalnego nacisku na jego wolę. Należy bowiem odróżnić perswazję od manipulacji (Aksman, 2010). Oba pojęcia (obok propagandy) należą do obszaru środków uzyskiwania wpływu społecznego, w wyniku którego dochodzi do zmian w zachowaniu ludzi. Perswazja jest formą dwukierunkowej komunikacji, nastawionej na zwiększenie zakresu wspólnej wiedzy, koordynację działania (konsensus) i porozumienie, pozostawiającej wolność wyboru. Natomiast manipulacja to planowe działanie, którego celem jest sterowanie zachowaniem drugiego człowieka tak, aby zrealizować interes manipulanta kosztem osoby manipulowanej, niezdającej sobie z tego sprawy. Cel ten jest niewidoczny dla drugiej strony, a komunikacja ma charakter jednostronny i jest realizowana za pomocą pozaracjonalnych środków wywierania wpływu. Jej istotny element stanowi wywoływanie poczucia, że osoba manipulowana działa w pełni dobrowolnie i autonomicznie (Konieczny, 2023). Jak pisze Zofia Warzyńska-Bartczak (2013): „Powinna być [...] zgodą świadomą (zgoda wewnętrzna), zakomunikowaną (zgoda zewnętrzna), udzieloną pozytywnie (brak sprzeciwu nie jest zgodą) oraz uprzednią – wyrażoną przed przystąpieniem do planowanych procedur” (s. 207).

Istotne, aby odbiorca miał rzeczywistą swobodę decydowania. Zapewnienie tego jest obowiązkiem psychologa, który powinien upewnić się, że zgoda nie jest wyrażana w warunkach presji, przymusu lub w nadziei na uzyskanie ubocznych korzyści. Pod tym względem zgoda może bowiem mieć różne formy:

- zgoda dobrowolna, świadoma i oparta na przekazanej przez specjalistę pełnej informacji (wiedzy);
- zgoda pozornie dobrowolna; może być wynikiem stanu psychicznego (depresji) klienta, następstwem nacisków rodziny (lub innych osób) działającej z różnych egoistycznych pobudek lub wymuszona innymi okolicznościami (np. podczas procesu rekrutacji zawodowej czy stosunkiem zależności); jest to sytuacja szczególnie trudna etycznie i wymaga szczególnej wrażliwości ze strony psychologa w trakcie zawierania kontraktu;
- brak prawnego obowiązku uzyskiwania zgody, kiedy działania psychologa realizowane są na zlecenie wskazanych w prawie osób lub instytucji (nakaz sądowy, także tzw. badania psychotechniczne itp.); nie zwalnia to psychologa z udzielenia zrozumiałych informacji.

Zgoda nie musi mieć charakteru pisemnego i zazwyczaj wystarcza zgoda werbalna (Podgórnjak i in., 2016). Zgoda pisemna natomiast to standardowy i bezwyjątkowy wymóg proceduralno-etyczny w badaniach naukowych (Nowak, 2024). Zapewne w tym przypadku względy formalno-finansowe przeważają nad etycznymi.

Jeżeli odbiorcą usługi psychologicznej jest osoba małoletnia, to należy dodatkowo uzyskać zgodę jej obojga rodziców lub prawnych opiekunów (zgoda substytucyjna). Jeżeli osoba małoletnia ukończyła 16 lat (lub nie ukończyła 16 lat, ale jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć się na temat swojego uczestnictwa w badaniu), konieczna jest także jej zgoda (tzw. zgoda kumulatywna).

Z punktu widzenia społecznego obrazu etosu zawodowego psychologów warty uwagi jest kontekst nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nowelizacja miała umożliwić osobom od 13. roku życia dostęp do ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych w gabinetach mających umowę z NFZ bez zgody rodzica lub opiekuna. Ustawa zakładała obowiązek powiadomienia rodziców o wizycie w ciągu siedmiu dni od wizyty, chyba że zagrażało to dobru pacjenta. Wprowadzała także wymóg zgody sądu opiekuńczego w przypadku rozbieżności zdań co do leczenia między

nastolatkiem (powyżej 16. roku życia) a jego przedstawicielem ustawowym (PAP, 2025; Pruszkiewicz, 2025). Prezydent Andrzej Duda skierował ustawę do Trybunału Konstytucyjnego w trybie kontroli prewencyjnej. Prezydent, uzasadniając swoją decyzję, stwierdził, że ustawa jest „bardzo wątpliwa konstytucyjnie, jeżeli chodzi o prawa rodziców [...] wprowadza nowe regulacje, będące de facto wyłomem w polskim systemie prawa rodzinnego [...] [odbiera – przyp. W.J.P.] rodzicom możliwości interwencji i akceptacji tego, z kim dziecko się spotyka, kto oddziałuje na jego psychikę [...] 13-latek nie ma jeszcze pełnego rozeznania [co stwarza] niebezpieczeństwo, że może trafić na różnego rodzaju szarlatanów” (Pruszkiewicz, 2025).

Artur Dąbrowski, szef częstochowskiej Akcji Katolickiej, stwierdził, że ustawa to „ruch wymierzony w fundament rodziny jako wspólnoty odpowiedzialności [...] stwarza sytuację, w której opiekun odpowiada prawnie za dziecko, ale nie ma dostępu do informacji o jego emocjonalnym czy psychicznym stanie [...] dziecko może bez wiedzy rodziców przekazywać terapii informacje dotyczące sytuacji domowej [...] Nastolatek nie może kupić energetyka, oglądać filmów od 16. roku życia, ale 13-latek będzie decydował, że pójdzie sobie do jednego, drugiego lub trzeciego psychologa, któremu będzie mówił o różnych sprawach. Pozbawia się rodziców do ich konstytucyjnego prawa do wychowania człowieka [...] Ktoś świadomie otwiera drzwi do najintymniejszych przestrzeni rodziny” (Jałowiczor, 2025; Ordo Iuris, 2025).

Zgoda nie jest oświadczeniem woli *sensu stricto*. Zgoda ma być aktem realizującym ochronę autonomii danej osoby w odniesieniu do podstawowych dóbr człowieka. Należy odróżniać oświadczenie woli od oświadczenia wiedzy (Stopiak, 2019). Oświadczenie woli to (w prawie) takie zachowanie, z którego wynika wola spełnienia zobowiązania. Oświadczenie wiedzy to wypowiedź o faktach wskazująca na wiedzę o okolicznościach zobowiązania, jest więc zdarzeniem polegającym na przekazaniu przez podmiot informacji będących uzewnętrznieniem treści intelektualnych przez niego posiadanych. Oświadczenia wiedzy co do zasady nie wywołują żadnych skutków prawnych. W tym sensie zgoda osoby badanej jest raczej oświadczeniem wiedzy niż oświadczeniem woli i gdy wiedza o okolicznościach zobowiązania się zmienia, osoba badana może się ze swego zobowiązania wycofać (ang. *freedom of consent*).

Ciekawy asumpt do rozważań na temat przedmiotu i granic zgody daje decyzja o nowym art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który zaczął obowiązywać od 1 stycznia 2025 roku (NIL, 2024). W medycynie coraz częściej znajdują zastosowanie systemy sztucznej inteligencji (AI). Przykładem może być

diagnostyka obrazowa (RTG, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny), wstępna „segregacja” pacjentów na podstawie objawów, analiza danych kardiologicznych czy wykrywanie niekorzystnych interakcji przepisywanych leków. Artykuł ten brzmi: „Lekarz może w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym korzystać z algorytmów sztucznej inteligencji przy spełnieniu następujących warunków: 1) poinformowania pacjenta, że przy stawianiu diagnozy lub w procesie terapeutycznym będzie wykorzystana sztuczna inteligencja; 2) uzyskania świadomej zgody pacjenta na zastosowanie sztucznej inteligencji w procesie diagnostycznym lub terapeutycznym; 3) zastosowania algorytmów sztucznej inteligencji, które są dopuszczalne do użytku medycznego i posiadają odpowiednie certyfikaty; 4) ostateczną decyzję diagnostyczną i terapeutyczną zawsze podejmuje lekarz” (NIL, 2024, s. 3). Kodeks nie wprowadza wymogu zgody pisemnej. Wydaje się oczywiste, że wykorzystywane w procesie diagnostycznym, terapeutycznym lub profilaktycznym systemy AI muszą mieć odpowiedni certyfikat, jak inne wyroby medyczne. Jednak w przypadku korzystania z takich urządzeń jak np. tomograf komputerowy czy rezonans magnetyczny stosuje się zasadę domniemanej zgody bez informowania pacjentów. Skąd więc ten wyjątek? Wyjaśnienie pacjentowi zasady działania sztucznej inteligencji czy jej algorytmów oraz wynikających z tego potencjalnych skutków ubocznych czy zagrożeń, a także opis alternatywy odmowy stanowi wyzwanie komunikacyjne (szczególnie w sytuacji wystąpienia przeciwwskazań; OSOZ, 2024). Ten kodeksowy artykuł został opatrzony specjalnym komentarzem, wyjaśniającym ewentualne wątpliwości (NIL, 2025). Zaznaczono, że na lekarzu spoczywa obowiązek wyjaśnienia pacjentowi w sposób zrozumiały wpływu AI na przebieg lub charakter udzielanego świadczenia zdrowotnego, tak aby znał on i rozumiał ten wpływ. Opisywana sytuacja wydaje się dość odległa od działań psychologa praktyka. Warto jednak – może z nadmiernym wyprzedzeniem – dostrzec konsekwencje wprowadzenia systemów AI do diagnozowania czy udzielania pomocy psychologicznej. Szczególnie w tym drugim obszarze zawodowych działań psychologów stosowanie AI stwarza również implikacje etyczne, których nie można zignorować (por. dalej).

Reasumując, zgoda odbiorcy usług psychologicznych jest zgodą podjętą przez osobę posiadającą zdolność psychiczną do decydowania o swoim udziale w zawodowych działaniach psychologa oraz opartą na przekazanych informacjach o celu, sposobie i przebiegu tych działań, jak również potencjalnym dyskomforcie wywołanym działaniem psychologa.

2.2.3 Poszanowanie prawa do godności

Słowniki definiują godność jako (w zakresie nas interesującym): „1. poczucie, świadomość własnej wartości, szacunek dla siebie samego; honor, duma” (Szymczak, 1978, s. 673). Według *Cambridge Dictionary* (2024) w języku angielskim *dignity* oznacza „spokojne, poważne i opanowane zachowanie, które sprawia, że ludzie darzą cię szacunkiem” lub „znaczenie i wartość danej osoby, które sprawiają, że inni ludzie ją szanują lub że ona sama siebie szanuje”, natomiast w języku amerykańskim „cecha osoby, która sprawia, że zasługuje ona na szacunek, czasami przejawiająca się w zachowaniu lub wyglądzie”. Ciekawa jest różnica akcentów w tych definicjach – w jednych godność utożsamiana jest z poczuciem dumy i własnej wartości, w innych większy nacisk kładzie się na ocenę zachowań przez ludzi jako „godnych”. Synonimem terminu „godność” może być też przymiotnik „odpowiedni” (np. w odniesieniu do zachowania adekwatnego do oczekiwań dotyczących „człowieczeństwa”) i w tym znaczeniu jest to ujęcie najbliższe prawnemu pojmowaniu godności oraz stały element regulacji z zakresu praw człowieka i konstytucji wielu współczesnych demokratycznych państw prawnych (M. Zieliński, 2010).

Według Marka Kosewskiego (1985) ludzie mają potrzebę godności. Wskaźnikiem jej zaspokojenia jest względnie wysokie, utrwalone na pewnym poziomie poczucie własnej wartości (odpowiedź na pytanie: „Jaki jestem?”). Autonomia to najbardziej dojrzały sposób zaspokajania potrzeby godności (Kosewski, 1985). Polega na porównaniu tego, jaki jestem (osobiście cenionych wartości), z tym, co robię (z własnymi uczynkami). Doświadcza się wtedy „satysfakcji wewnętrznej”, intensywnie odczuwa osobistą dumę. Jej źródłem jest zgodność poznawcza między cenionymi osobiście wartościami i własnym postępowaniem – konsonans godnościowy. Innym opisywanym przez Kosewskiego sposobem zaspokajania potrzeby godności jest jej relacyjne zaspokajanie, typowe dla wieku dziecięcego czy młodzieńczego. Może mieć ono formę aspiracyjną (kiedy osobą odniesienia jest ktoś „lepsz”) lub deprecjacyjną (kiedy wybranym wzorcem jest ktoś „gorszy”). Ze stadium relacyjnego na ogół się wyrasta – u ludzi dorosłych i dojrzałych relacyjność przestaje być głównym sposobem zaspokajania potrzeby własnej wartości oraz godności i zastępuje ją autonomia (Kosewski, 1985).

Zasadniczo regułą, do której odwołują się prawie wszystkie kodeksy etyki zawodowej, jest nakaz poszanowania praw człowieka podczas działań profesjonalnych. Mają one długą historię (Jurczyk, 2009; Biernacka, 2014). Poza

cywilizacją grecką i rzymską prawa człowieka mają swoje korzenie w średniowiecznej Europie – zanim ludzie stali się obywatelami, byli poddani monarchii, którego władza była praktycznie nieograniczona i arbitralna. Prawa człowieka wyprowadzano z aksjologii chrześcijańskiej i tzw. prawa naturalnego. Średniowieczna *Magna Charta Libertatum* (Wielka Księga Swobód) z 1215 roku jest uważana za początek procesu kodyfikacji praw człowieka i stanowiła podstawę swobód obywatelskich oraz konstytucyjnych ograniczeń władzy królewskiej. To symbolicznie sprawiło, że poddani stali się rządzonymi. W okresie oświecenia została rozwinięta racjonalistyczna teoria praw natury i umowy społecznej zawartej między równymi i wolnymi ludźmi a powoływaną przez nich władzą. W momencie, gdy rządzeni mogli już współuczestniczyć w rządzeniu, stali się obywatelami. Stanowiło to punkt wyjścia do akcentowania prawa do życia, wolności, równości i własności.

Trzeba jednak zauważyć, że przez długi czas nie mieliśmy do czynienia z prawami człowieka, lecz z prawami jednostki. Amerykańska Deklaracja Niepodległości (1776) i francuska Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela (1789) opisywały prawa białych mężczyzn posiadających majątek, a więc obejmowały bardzo mały procent społeczeństwa. Wśród wykluczonych były kobiety, dzieci, ludzie biedni i wszyscy, których kolor skóry nie był biały (Bieracka, 2014). Jeszcze na początku XX wieku uznawanie praw człowieka leżało w gestii suwerennych państw. Dopiero II wojna światowa skłoniła zwycięzców do utworzenia międzynarodowego forum rozmów, aby wspólnymi siłami sprostać wyzwaniom powojennej rzeczywistości, ale przede wszystkim, aby nie dopuścić do powtórzenia błędów historii w przyszłości.

Za symboliczny początek praw człowieka obejmujących wszystkich ludzi niezależnie od statusu majątkowego, płci, koloru skóry, wyznania czy wieku należy uznać Powszechną Deklarację Praw Człowieka uchwaloną przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1948 roku. Za podstawę praw człowieka przyjęto jego godność, z interdyscyplinarnym kontekstem tego pojęcia (F.J. Mazurek, 1996). Deklaracja miała jednak z powodu sporów politycznych niewiążący prawnie charakter i dopiero w 1966 roku uchwalono dwie umowy międzynarodowe, wymagające ratyfikacji: Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych oraz Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych.

W dyskusji nad tym, jakie jest źródło godności, obecne są dwa podejścia, według których godność przysługuje każdemu człowiekowi od urodzenia lub jest w trakcie życia nabywana (Nordenfelt, 2021; Gulla i in., 2019; Mariański,

2019; Michalska-Badziak, 2014; Stepulak, 2006; F.J. Mazurek, 1996; Nordenfelt, 2004). W rozumieniu humanizmu chrześcijańskiego jest ona przyrodzona i stała; aksjologiczno-ontyczna godność człowieka (łac. *dignitas hominis*) wynika z tego, że jest on stworzony „na obraz i podobieństwo Boga”; nazywana jest godnością osobową (niem. *Menschenwürde*). Zatem stanowi to istotę bytu człowieka, godność jest niezbywalna, nieutralna, niestopniowalna i absolutna, niezależna od kontekstu historycznego, od przynależności do danego narodu, wieku, płci, tożsamości płciowej, orientacji seksualnej, klasy, rasy, religii, niepełnosprawności, wykształcenia i zawodu czy nawet czynionego zła. Podążając za tą myślą, wszystkie nurty humanistyczne (a szczególnie personalistyczne) przyjmują niestopniowalność człowieczeństwa (godności ludzkiej). Oznacza to, że nie można być bardziej lub mniej człowiekiem, po prostu się nim jest. Każdemu człowiekowi przysługuje elementarny szacunek i prawo do życia w ludzkich warunkach, co wyraża się w przekonaniu: „Jestem ważny, bo istnieję i nie mogę jej utracić”.

W koncepcjach nienormatywnych godność osobista to stopniowalna cecha jednostki, która wyraża się w subiektywnym poczuciu własnej wartości (duma, honor) oraz pragnieniu posiadania szacunku społeczności (innych) z uwagi na swoje walory duchowe, moralne czy też zasługi społeczne. Może być ona efektem wychowania, pracy nad sobą, socjalizacji lub wynikać z zajmowanej pozycji czy pełnionej funkcji w społeczeństwie (ostatnia sytuacja prawdopodobnie odnosi się do najstarszego znaczenia łacińskiego słowa *dignitas*). To o niej najczęściej mówi się w prawie – jestem ważny, bo na to zasłużyłem moim działaniem, ale też wiem, że mogę utracić godność w efekcie niegodnych działań albo pomówień. Może nam ją odebrać także choroba, niesprawność czy wiek. Niektórzy mówią o godności osobowościowej, która dotyczy nabytych cech, ukształtowanych postaw, kwalifikacji moralnych i duchowych; jest ona przedmiotem rozwoju; względnie niezależna od godności osobistej także będącej pod ochroną prawa nawet po śmierci (Gulla i in., 2019).

Jeśli godność rozumie się jako nieodłączną cechę wszystkich istot ludzkich, to jest sprawą drugorzędną to, czy zakładamy, że godność jest „dana przez Boga”, czy po prostu „dana” lub osiągnięta w innej formie. Zasadniczo prawo do godności wyraża się w obowiązku stworzenia każdemu człowiekowi takich warunków, by mógł on autonomicznie realizować swoją godność. Prawo do godności wiąże się w sposób oczywisty z prawem do intymności oraz prywatności, a co za tym idzie – przestrzeganiem tajemnicy zawodowej, unikaniem przekraczania dystansu (w tym kontaktu fizycznego oraz działań

koniecznych, ale poniżających), unikaniem stygmatyzacji, poszanowaniem podmiotowości i autonomii osoby współuczestniczącej w działaniach specjalisty oraz dobrowolnej zgody na te działania.

Ludzie mają prawo do unikania działań koniecznych, lecz poniżających i/lub ograniczania koniecznego poniżenia (też – naruszania intymności). Pracownicy służby zdrowia muszą być świadomi tego, że człowiek nie traci swojej godności, nawet jeśli jego stan fizyczny i psychiczny odbiega od normalności. Jednak nie zawsze jest to rozumiane: „Sama osoba chora powinna być świadoma swej godności. I dobrze byłoby, aby rozumiała ją we właściwy sposób. Chodzi zasadniczo o to, aby nie mieszała ze sobą różnych jej znaczeń, które przecież nie są tak samo ważne dla całokształtu życia i istnienia osoby chorej. Podstawowym niebezpieczeństwem jest tu podejmowanie decyzji w oparciu o odczucie godności osobistej, kosztem godności osobowej. Przykładem tego może być sprzeciw pacjenta wobec określonych działań terapeutycznych, koniecznych dla jego życia i zdrowia, które jednak – ze względów subiektywnych – postrzega on jako poniżające” (Hołub, 2013a).

Hans-Georg Ziebertz (2020) przeprowadził interesujące badanie nad relacją między religią a postawami wobec praw człowieka takich jak godność ludzka, wolność, solidarność i sprawiedliwość. W latach 2014–2015 zbadał ok. 15 000 studentów z 15 krajów. Warte omówienia jest to, jak respondenci rozumieli normę lub wartość godności. Ziebertz (2020, s. 111) przedstawił studentom trzy stwierdzenia, odnoszące się do różnego rodzaju rozumienia godności:

1. Wartość człowieka zależy od uznania, jakim darzą go inni.
2. Zaszczyc, jaki należy się człowiekowi, zależy od jego moralnego postępowania.
3. Każda istota ludzka powinna być uznawana za posiadającą godność tylko dlatego, że jest istotą ludzką.

W badaniach 30% populacji studentów raczej zgodziło się lub całkowicie zgodziło się ze stwierdzeniem pierwszym, 63,5% raczej zgodziło się lub całkowicie zgodziło się ze stwierdzeniem drugim, a 55,8% raczej zgodziło się lub całkowicie zgodziło się ze stwierdzeniem trzecim (oceniano każdą możliwość). Dla wielu studentów godność ludzi zależy głównie od ich moralnego zachowania, akceptacja przyrodzonej godności ludzkiej znalazła się na drugim miejscu jako predyktor wartości człowieka, a zasługi i pozycja społeczna na trzecim. Istotne jest to, że dla studentów istnieje jakieś jedno rozumienie godności ludzkiej.

Jedną z kwestii, jakie pojawiają się przy definiowaniu tzw. wolnych zawodów, jest szczególnie stosunek zaufania łączący osobę wykonującą wolny zawód z jej klientem. Częścią tej swoistej więzi zaufania jest obowiązek zachowania tajemnicy przez osobę wykonującą wolny zawód, klient bowiem powierza jej najbardziej intymne informacje ze sfery swojej prywatności, oczekując jednocześnie ich poszanowania oraz zachowania poufności. Obszary tabu są indywidualne i czasami zaskakujące, dlatego też brakuje precyzyjnej definicji tego, co jest prywatne i intymne. Tym, czym jest aseptyka dla chirurga, tym jest dla psychologa przestrzeganie wymogu zachowania tajemnicy zawodowej (zasady zaufania czy lojalności).

Zbigniew Zaleski (1998) wprowadza rozróżnienie między prywatnością a sekretnością (tajemnicą). Intymność, stany, cechy, procesy, własne ciało, fizjologia, seksualność, związki emocjonalne, a także niepełnosprawności itp. to obszary o charakterze osobistym (prywatnym). Określa je jako prywatność bliższą (ściśłą) i przypisuje do niej pojęcia sekretu czy tajemnicy. Prywatność w szerszym znaczeniu (mniej ściśła, dalsza) odnosi się do terytorium, posiadanych rzeczy, poglądów wypowiedzianych publicznie itp., do których wykorzystywania potrzebna jest nasza zgoda. Jak pisze: „Sekret tym się różni od prywatności, że sekret jest zachowany tylko dla siebie [...] [ponadto – przyp. W.J. Paluchowski] to szczególny przypadek wiedzy na temat swój czy czyjś, którą osoba posiada i którą nie powinna się dzielić z innymi” (Zaleski, 1998, s. 221).

Anna Bogatyńska-Kucharska (2019) odróżnia normę poufności od normy taktu. Ta pierwsza jest normą etyczną obowiązującą zarówno w moralności powszechnej, jak i etyce zawodowej, choć w tym drugim obszarze jest szersza, bo obejmuje nie tylko informacje, lecz także np. składanie na ich temat zeznań w sądzie czy też bycie odbiorcą usługi psychologicznej. Ponadto formalnie nie wymaga od psychologa każdorazowego zobowiązywania się do poufności, ponieważ nieodłącznie stanowi to nakaz związany z wykonywaniem zawodu psychologa. Tymczasem norma taktownego niewnikania w czyjeś sprawy (dyskrecja) jest intencjonalnie naruszana przez psychologów, z konieczności dopytywania się o intymne informacje w celu udzielenia skutecznej pomocy (w granicach racjonalnego zamiaru), nawet kosztem dyskomfortu odbiorcy. Zasadne jest przypuszczenie, że o specyficznie rozumianym zawodowym prawie psychologa do naruszania prywatności i intymności symbolicznie świadczy wymóg obecności psychologa przy wysłuchaniach dzieci (art. 185a § 2 Kodeksu postępowania karnego; art. 216.1 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego; por. też ONZ, 2007, Kuczera, 2024).

Wyróżnia się trzy rodzaje sekretu ze względu na warunki obowiązywalności (Stepulak, 2009):

- sekret przyrzeczony (łac. *secretum promissum*, obiecany) – deklaracja poufności złożona jest po zapoznaniu się z treścią sekretu i zależności od niej; najczęściej na prośbę osoby zainteresowanej;
- sekret powierzony (łac. *secretum commissum*, zlecony) – jego istnienie wynika z wyraźnej lub domyślnej umowy (prawa), zawartej przed powierzeniem sekretu i nie zależy od jego treści; w sytuacjach podlegających etyce zawodowej informacjom udzielanym profesjonalistom status poufności zostaje niejako przypisany przez naturę relacji w przepisach (tajemnica zawodowa, też tajemnica sakramentalna) i nie potrzebuje on żadnych dalszych gwarancji czy potwierdzeń;
- sekret naturalny (łac. *secretum naturale*) – pogwałcenie oczywistych dóbr osobistych osoby (dobrej sławy, zdrowia, życia itp.).

Istnieje wiele argumentów przemawiających za dochowaniem tajemnicy zawodowej. Można wśród nich wyróżnić:

- argument oparty na moralnym prawie do autonomii i prywatności – brak dyskrecji narusza prywatność i integralność osoby ludzkiej;
- argument odwołujący się do wierności (lojalności) wobec klienta i dochowania zobowiązań wynikających z przestrzegania kodeksu etyczno-zawodowego psychologa;
- argument konsekwencjalistyczny (pragmatyczny) – jeżeli psycholog będzie łamał zasady tajemnicy zawodowej, klienci nie będą mu ufali i ujawniali przed nim swoich problemów (a także innym psychologom).

Tajemnicą związaną z wykonywaniem zawodu jest tajemnica określona w przepisach szczególnych regulujących wykonywanie pewnych zawodów (jak np. prawnik, dziennikarz, lekarz, psychoterapeuta, psycholog), a także tajemnica, która może wynikać z przyjętego przez daną osobę zobowiązania do nieujawniania lub niewykorzystywania informacji powiązanych z danymi, mogącymi doprowadzić do identyfikacji klienta/pacjenta, i którą poznała w związku z wykonywaną pracą. Jest więc ona efektem jawnej lub domyślnej umowy, zawartej przed zaznajomieniem się z treścią informacji, co do zapewnienia dyskrecji, czyli nieprzekazywania innym informacji bez zgody osoby zainteresowanej (i/lub instytucji).

Niekiedy prywatność mylona jest z anonimowością. Anonimowość najczęściej wiązana jest z utrzymywaniem w sekrecie swojej tożsamości

(identyfikacji osoby fizycznej)), natomiast prywatność oznacza nieujawnianie osobistych treści czy zachowania innym osobom lub intencjonalne przekazywanie ich wybranym adresatom. Ostatnia sytuacja odnosi się do ochrony prawnej, natomiast o ochronie tożsamości najczęściej mówi się w odniesieniu do funkcjonowania w Internecie.

Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej jest nieograniczony w czasie. Tajemnicą objęte są wszystkie wiadomości, notatki i dokumenty uzyskane od klienta oraz innych osób, niezależnie od miejsca, w którym się znajdują. Psychologowie, minimalizując ingerencję w prywatność, nie szukają prywatnych informacji o klientach, które nie są potrzebne do świadczenia usług. Informują oni swoich klientów o zasadzie oraz granicach poufności na początku nawiązywania relacji zawodowych. Jeśli jest to niemożliwe (np. w przypadku interwencji kryzysowej), dopuszczalne jest opóźnienie informacji na temat poufności do czasu rozwiązania bezpośredniego kryzysu. Jeżeli ktoś posługuje się w pracy zawodowej komputerem lub innymi środkami służącymi elektronicznemu utrwalaniu danych, obowiązany jest stosować środki zabezpieczające dane przed ich niepowołanym ujawnieniem.

Należy także zobowiązać swoich współpracowników, personel oraz wszelkie osoby zatrudnione podczas wykonywania działalności zawodowej (np. stażystów) do przestrzegania obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej. Również podczas koleżeńskich konsultacji lub superwizji psychologowie nie powinni ujawniać poufnych informacji, a jeśli muszą to zrobić, to tylko w zakresie niezbędnym do osiągnięcia celów konsultacji. Na podobnych zasadach psychologowie nie powinni ich ujawniać w swoich publikacjach, wykładach ani mediach publicznych.

Tajemnica zawodowa nie ma swojej prawnej definicji (Fiutak, 2016). Dotyczy ona również dokumentacji, choć jej udostępniany zakres pozostaje w gestii psychologa (Fiutak, 2016; por. też PTP, 2017). Sąd może zwolnić osoby z obowiązku zachowania tajemnicy, jeżeli ustawy szczególne nie stanowią inaczej oraz jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a także gdy okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. Osoba, która jest zwalniana z obowiązku zachowania tajemnicy, może w terminie siedmiu dni od wydania postanowienia złożyć zażalenie (Szymańska, 2012; Fiutak, 2016).

Tajemnica psychologa jest bez wątpienia tajemnicą związaną z wykonywaniem zawodu w rozumieniu Kodeksu postępowania karnego, a czynności wykonywane przez psychologa w innych aktach prawnych określane są jako „zawodowe” (Burdziak i Kowalewska-Łukuć, 2023). Ponadto warto

wiedzieć (gdy psycholog staje czasami w obliczu trudnego wyboru), że zgodnie z art. 266 § 1 Kodeksu karnego (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku. Kodeks karny, Dz.U. 1997 Nr 88, poz. 553) ten, „kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Ściganie tego przestępstwa następuje na wniosek pokrzywdzonego”.

Wyróżnia się trzy rodzaje tajemnicy zawodowej, z zachowania której sąd może zwolnić:

- taką, z której w czasie rozprawy sąd lub prokuratura może zwolnić bez uruchamiania szczególnych procedur przewidzianych w prawie (np. na podstawie art. 180 § 2 Kodeksu postępowania karnego);
- taką, w przypadku której sąd, aby mógł ją uchylić, musi uruchomić specjalne procedury (np. zaangażować lekarza, psychologa, prawnika);
- taką, której sąd nie może uchylić pod żadnym warunkiem (np. ochrona informatorów dziennikarza).

W sprawie prac nad nowelizacją Kodeksu postępowania karnego oraz uchylania tajemnicy zawodowej Rzecznik Praw Obywatelskich w 2018 roku wysłał list do Ministra Sprawiedliwości i Prokuratora Generalnego (RPO, 2018). Jak napisał, obecnie prawo uchylania tajemnicy przysługuje wyłącznie sądowi, niezależnie od etapu postępowania, a jej uchylenie jest nieodwracalne i nieograniczone w czasie. Proponowana zmiana dawałaby takie prawo także prokuratorowi. Rzecznik zwrócił uwagę, że tajemnica zawodowa jest podstawą zaufania dla osób wykonujących zawody zaufania społecznego, fundamentem prawidłowych relacji specjalisty i odbiorcy usługi oraz przekonania, że specjalista zachowa w tajemnicy wszystkie przekazane mu intymne, poufne i istotne życiowo informacje. Ograniczanie jej jest niebezpieczne dla zachowania standardów praw człowieka.

Projektowana ustawa⁹ o zawodzie psychologa (Ustawa o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów. Projekt, 2025)¹⁰ zawiera

⁹ Książka powstawała w czasie dyskusji nad wieloma projektami takiej ustawy i w momencie jej ukończenia w grudniu 2025 roku aktualny był jedynie projekt skierowany do Sejmu, natomiast ustawa została uchwalona w styczniu 2026 roku.

¹⁰ Przepisy regulujące tajemnicę zawodową i zwolnienie z jej zachowania dla psychologów zawarte są również w art. 50 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (tj.: Dz.U. 1994 Nr 111, poz. 535).

obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej oraz wyjątki od jej zachowania (Fiutak, 2016; Minc, 2017). Wyjątkiem jest niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia odbiorcy świadczeń psychologicznych lub innych osób, gdy zachodzi konieczność przekazania niezbędnych informacji o pacjencie innym uprawnionym osobom uczestniczącym w leczeniu bądź gdy pacjent/klient wymaga hospitalizacji, jeśli jest to niezbędne dla celów naukowych (np. publikacja, ujawnienie tajemnicy może wówczas nastąpić tylko w niezbędnym zakresie i za zgodą), kiedy świadczenie psychologiczne wykonano na zlecenie uprawnionego podmiotu, jeśli wynika to z odrębnych przepisów oraz gdy odbiorca świadczeń psychologicznych (lub jego przedstawiciel ustawowy) wyrazi pisemną zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o skutkach jej ujawnienia. Ta ostatnia okoliczność stawia psychologa przed wyborem ujawnienia (lub nie) tajemnicy.

Nie zmienia to faktu, że organy wymiaru sprawiedliwości są zobowiązane do uzyskania postanowienia sądu o zwolnieniu z tajemnicy w sprawach karnych. Jednak należy zauważyć, że Kodeks postępowania cywilnego (w przeciwieństwie do Kodeksu postępowania karnego) nie przewiduje instytucji zwolnienia z zachowania tajemnicy zawodowej. Warto też zwrócić uwagę na to, że poprzednia ustawa o zawodzie psychologa z roku 2001 (Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 roku o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów) nie przewidywała możliwości zwolnienia psychologa przez pacjenta z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej. Należy również uwzględnić to, że Kodeks karny nakłada na każdą osobę obowiązek udzielenia pomocy osobie znajdującej się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jeśli nie narusza to jej bezpieczeństwa lub innej osoby, choć w odniesieniu do psychologa obowiązek ten nie ma formy prawnej (Szeroczyńska, 2012).

Szczególnym rodzajem tajemnicy jest tajemnica zawarta w art. 52 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który nakazuje zachowanie w tajemnicy okoliczności przyznania się osoby z zaburzeniami psychicznymi do popełnienia czynu zabronionego. Ochrona tajemnicy zawodowej polega na obowiązku nie tylko milczenia, ale również aktywnego działania na rzecz chronienia sekretu przed ingerencją osób niepowołanych. Mogą pojawić się takie okoliczności, w których samo milczenie czy gest doprowadzają do jego ujawnienia, dlatego trzeba unikać aluzji, które pozwoliłyby na wnioskowanie o informacjach objętych tajemnicą czy doprowadziłyby do identyfikacji pacjenta. Tajemnicą trzeba objąć nie tylko przebieg czynności zawodowych,

ale także sam fakt ich wykonywania, aby uniknąć stygmatyzacji społecznej osób w nich uczestniczących.

Wyjątkiem jest uzasadnione podejrzenie zagrożenia zdrowia czy życia klienta lub innych osób. W kontekście zagrożenia dla samego siebie przesłanką do ujawnienia tajemnicy zawodowej mogą być informacje uzyskane w toku świadczenia usług psychologicznych – dotyczące myśli samobójczych lub podejmowanych działań w tym zakresie (w tym planów, zamiarów oraz poszukiwania sposobów odebrania sobie życia) – a także treść listu pożegnального oraz występowanie silnych, stresujących wydarzeń życiowych. Sygnałem mogą być również spontanicznie poruszane tematy, przejawy zniechęcenia do życia, monochromatyczny i zawężony obraz świata, skargi na cierpienie psychiczne nie do zniesienia, pragnienie ucieczki z trudnej dla jednostki sytuacji, której nie jest w stanie dłużej znieść, oraz nieudane próby odebrania sobie życia (Harasim i Stradomska, 2018; Harasim, 2018; Rosa, 2015; Witkowska, 2021; Witkowska i in., 2022).

Istnieją specjalne skale kwestionariuszowe do oceny ryzyka samobójstwa i zalecenia w tym obszarze (Jarema, 2018). W literaturze (Juczyński, 1998) opisuje się trzy stadia kształtowania się zamiaru samobójczego: 1) stadium rozważania, czy samobójstwo może być rozwiązaniem doświadczanych problemów, 2) stadium ambiwalencji i wewnętrzną walkę między myślami o zachowaniu życia a myślami o śmierci, zainteresowania tematyką śmierci i umierania oraz 3) stadium decyzji jako rezultatu zamiaru i plany realizacji czynu odebrania sobie życia.

Oczywiście informowanie innych o zagrożeniu samobójstwem nie może być jedynym działaniem – ochrona klienta/pacjenta wymaga od psychologa podjęcia działania, w tym zastosowania formy interwencji kryzysowej (np. w postaci kontaktu z Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym, Całodobową Linią Wsparcia, specjalistyczną placówką służby zdrowia lub policją¹¹; Stelmach, 2016, s. 218 i nast.) lub farmakoterapii

¹¹ W prasie (Serafin, 2023) opisana była głośna i kontrowersyjna historia p. Joanny z Krakowa, kiedy to psychiatrę zadzwoniła (w dobrej wierze) na numer 112 i poinformowała, że jej pacjentka dokonała aborcji i chce popełnić samobójstwo, w wyniku czego na przekazany adres wysłano karetkę pogotowia i patrol policji, który „towarzyszył” jej podczas badań lekarskich. Według Ministerstwa Zdrowia policja zareagowała tak wyłącznie na zagrożenie życia p. Joanny (Wprost, 2023). Pani Joanna doświadczyła licznych przypadków hejtu (Piotrowska, 2023). Powołując się na tę sprawę, Donald Tusk zorganizował antyrządowy protest w ramach kampanii Koalicji Obywatelskiej pod nazwą „Marsz miliona serc” 1 października 2023 roku w Warszawie. Można jednak wskazać pozytywną interwencję

(zawsze wymaga to akceptacji odbiorcy usługi psychologicznej). Przy ocenie ważności wskaźników należy także brać pod uwagę, czy klient/pacjent znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka (depresja, uzależnienie, osobowość niedojrzała, omamy itp.).

Wskazuje się (Rodziński i in., 2017) na liczne czynniki sprzyjające przekształceniu się myśli samobójczych w zamiary samobójcze. Należą do nich: (1) przełamanie lęku przed wyrządzeniem sobie fizycznej krzywdy i bólu, (2) poczucie braku więzi z innymi, osamotnienia, opuszczenia, (3) rezygnacja ze zobowiązań rodzinnych i społecznych, (4) odrzucenie norm kulturowych lub religijnych, (5) odrzucenie dotychczas cenionych celów i wartości, (6) poczucie bezradności i bezsilności, „widzenie tunelowe”, (7) szczegółowe opracowanie i przyjęcie planu zachowań samobójczych, (8) impulsywność, (9) spiętrzenie się agresji kierowanej w akcie samobójczym przeciwko samemu sobie oraz (10) dostępność środków służących samobójstwu. Oczywiście jest, że psycholog nie może unikać osobistej odpowiedzialności za brak profesjonalnego działania, jedynie informując o zagrożeniu życia rodzinę klienta/pacjenta lub bliskie mu osoby.

Informacja o zagrożeniu dla innych, w tym o zamiarze użycia przemocy (dokonania morderstwa), wymaga poinformowania osoby zagrożonej w celu umożliwienia jej podjęcia działań ochronnych. W tym przypadku również nie powinno odbywać się to „za plecami” klienta/pacjenta.

Klasyycznym przykładem ilustrującym, czym może być zagrożenie dla innych osób, jest precedens Tatiany Tarasoff i Prosenjita Poddara (Interdyscyplinarne centrum etyki UJ, 2008; Brenner i Bal, 2013; Wikipedia, 2014; Buckner i Marvin, 2000). Tarasoff i student z Indii (z Bengalu) Poddar spotkali się w 1968 roku na Uniwersytecie Kalifornijskim w Berkeley. Jesienią 1968 roku na kursie tańca ludowego organizowanym w miejscu zamieszkania Poddara poznał on studentkę – Tarasoff. Spotykali się na zajęciach tanecznych raz w tygodniu. W sylwestra Tatiana pocałowała Prosenjita na pożegnanie i powiedziała mu o swoim związku z innym mężczyzną, nie dając mu żadnych nadziei na przyszłość. Poddar, który był członkiem klasy niedotykalnych w Indiach (pariasem), interpretował pocałunek jako zaręczyny, niezależnie od tego, co było intencją Tatiany. Był bardzo zmartwiony tym „odtrąceniem” i miał objawy depresji przez całą wiosnę i lato 1969 roku. Tymczasem Tarasoff wyjechała

policii: opisano przykładową historię, kiedy to potencjalnego samobójcę po informacji telefonicznej uratował patrol policji (Wroczyński, 2023).

w podróż do Brazylii. Kolega Poddara mieszkający z nim w jednym pokoju zaproponował mu w tym czasie szukanie pomocy psychologicznej. W sierpniu objęto go leczeniem ambulatoryjnym w Szpitalu Uniwersyteckim Cowell Memorial Hospital UC Berkeley. Został pacjentem dr. Lawrence'a Moore'a, psychologa. Poddar zwierzył mu się, że zamierza zabić Tarasoff, aby się zemścić. Doktor Moore wysłał list do szefa kampusowej policji, Williama Bealla, aby ta zatrzymała Poddara, bo – jego zdaniem – przejawia on objawy schizofrenii paranoidalnej. Chłopak został zatrzymany. Psychiatrzy – dr Gold, który badał pacjenta tuż po jego zgłoszeniu się do szpitala, i dr Yandell, przełożony Moore'a – potwierdzili diagnozę postawioną przez psychologa i potrzebę hospitalizacji pacjenta. Wkrótce potem Poddar został zwolniony, bo zachowywał się racjonalnie. Harvey Powelson, dyrektor oddziału psychiatrycznego Szpitala Uniwersyteckiego, dowiedziawszy się o liście dotyczącym hospitalizacji Prosenjita, zażądał od Bealla zwrotu pisma i polecił Moore'owi zniszczenie wszystkich jego kopii, a także notatek dotyczących historii choroby pacjenta. Kiedy Tatiana wróciła w październiku, Poddar rzucił leczenie psychologiczne. Ani Tatiana, ani jej rodzice nie zostali poinformowani o zagrożeniu. W dniu 27 października 1969 roku Poddar udał się do domu Tatiany i ją zabił.

Poddar został skazany (podczas pierwszej rozprawy) za morderstwo drugiego stopnia. Rodzice Tarasoff złożyli pozew przeciwko Radzie Nadzorczej Uniwersytetu. Chociaż Poddar był już objęty leczeniem w chwili dokonania zabójstwa i choć policja została powiadomiona, Sąd Najwyższy Kalifornii orzekł, że pracownicy nie wykonali swoich obowiązków, należało bowiem zadbać o bezpieczeństwo nie tylko pacjenta, ale także osób, wobec których mógł on stanowić potencjalne zagrożenie. Sędzia Mathew O. Tobriner napisał w uzasadnieniu wyroku (Brenner i Bal, 2013): „Dochodzimy do wniosku, że polityka publiczna sprzyjająca ochronie poufnego charakteru komunikacji między pacjentem a psychoterapeutą musi ustąpić zakresowi, w jakim ujawnienie jest niezbędne do uniknięcia niebezpieczeństwa dla innych. Przywilej ochronny kończy się tam, gdzie zaczyna się niebezpieczeństwo publiczne”. Jeden z sędziów – Stanley Mosk – nie zgodził się z opinią większości i wyraził odmienne zdanie. Według niego terapeuta nie powinien być stawiany przed dylematem działania zgodnie z etyką zawodową i odpowiedzialnością cywilną czy prawem powszechnym, a zasady jego zawodowej odpowiedzialności oraz wyjątki powinny być jasno określone.

Wyrok w opinii wielu psychiatrów i psychologów był kontrowersyjny. Mimo tego, że w apelacji Sąd Najwyższy Kalifornii go zakwestionował

i Poddarowi nakazano bezzwłocznie opuścić USA, co też uczynił, to stanowisko wyrażone w uzasadnieniu wyroku zostało przyjęte przez większość stanów w Stanach Zjednoczonych i jest powszechnie uznawane na świecie za precedens. Sprawa jednak nie zawsze jest tak oczywista, jak w omówionym przypadku. David Luban (2010) proponuje myślowy eksperyment: „Lekarz leczący nosiciela wirusa HIV dowiaduje się, że jego pacjent miał stosunki z wieloma partnerami, nie zabezpieczając się przed przypadkowym ich zakażeniem. Czy w tej sytuacji lekarz powinien próbować nawiązać kontakt z tymi osobami i zalecić im wykonanie badań?” (s. 229). Jego zdaniem obywatelski obowiązek stawia na pierwszym miejscu dobro partnerów i nakazuje ich zawiadomić. Jednak z punktu widzenia etyki lekarskiej wymóg tajemnicy jest bezwarunkowy.

Zdarzają się przypadki naruszania zasady utrzymywania w tajemnicy informacji uzyskanych w trakcie czynności zawodowych (Boratyńska, b.d.). Jednym z najbardziej znanych przykładów tego zjawiska było wystąpienie 6 października 2014 roku w programie „Dziś wieczorem” TVP Info dr. hab. n. med. Dariusza Zadrożnego z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej w Gdańsku, w którym poinformował szeroką widownię o cierpieniach Anny Przybylskiej, co spotkało się z krytyką (Dziś wieczorem, TVP Info, 2014). Doktor Zadrożny bronił się (MAG, 2014): „To nie ma nic wspólnego z łamaniem tajemnicy lekarskiej. Nie wyjawiłem przebiegu choroby. Pani Ania trafiła do nas ze względu na silny zespół bólowy. Daliśmy sobie z nim radę. Ten typ raka zawsze bardzo boli. To naturalny przebieg tej choroby”.

Redaktor Jacek Żakowski (2014) w Poranku Radia TOK FM potępił wystąpienie lekarza leczącego Annę Przybylską i jego publicystyczny rezonans: „Muszę powiedzieć, że byłem w szoku, czytając w tabloidzie wypowiedzi lekarza o przebiegu choroby jego pacjentki. Nie wiem, co gremia lekarskie na to, ale to narusza elementarny wymóg pewności, że intymność naszej relacji z lekarzem będzie w sposób bezwzględny przestrzegana. Mam głębokie przekonanie, że lekarz powinien milczeć jak kamień, kiedy pada nazwisko pacjenta!”. Członek Komisji ds. Etyki przy Ministerstwie Zdrowia prof. Paweł Łuków bronił lekarza (Kublik, 2014): „Wydaje mi się, że opinia pana Jacka Żakowskiego jest przesadzona. Lekarz nie wypowiadał się na temat szczegółów choroby, raczej dzielił się wrażeniami z tego jak aktorka znosiła chorobę. Nie znalazłem tam żadnej wzmianki na temat stanu zdrowia pani Przybylskiej, ani na temat wyników badań, ani życia osobistego. Trudno to uznać

za naruszenie tajemnicy lekarskiej”. Innego zdania był prof. Zbigniew Szawarski, przewodniczący Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk: „Pacjent ufa, że lekarz nigdy nikomu nie ujawni szczegółów choroby. [...] Lekarz, który na użytek gawiedzi ujawnia ostatnie chwile życia swojej pacjentki, sprzeniewierza się fundamentalnej zasadzie etyki lekarskiej – poszanowania intymności, prywatności i godności pacjenta. Obnażając się przed lekarzem w sensie fizycznym, psychicznym i moralnym, pacjent ufa, że lekarz nigdy nikomu nie ujawni szczegółów przeżywanej przezeń choroby, bólu, cierpienia, słabości, bezradności czy też rozpaczliwej nadziei. To właśnie zaufanie do lekarza jest podstawą świętej dla etyki lekarskiej zasady tajemnicy zawodowej. Niestety, żyjemy w czasach, kiedy także i zaufanie staje się dobrem rzadkim. Źle to wróży profesji lekarskiej” (Party, 2014). Doktor Zadrozny stanął przed Okręgowym Sądem Lekarskim, który uznał go za winnego złamania tajemnicy zawodowej i został ukarany upomnieniem. Decyzję podtrzymał Naczelny Sąd Lekarski (KD, 2016). Stronom postępowania przysługuje możliwość złożenia kasacji do Sądu Najwyższego.

W praktyce ujawniają się konflikty między standardami etyki zawodowej a obowiązującymi przepisami prawnymi lub wymaganiami organizacji, w której specjaliści pracują (Bocheński, 2018). Zasadniczo główną zasadą, jaką kierują się twórcy kodeksów etyki zawodowej, jest niesprzeczność zawartych w nich zasad etycznych z normami obowiązującego prawa. Jeśli tak się jednak dzieje, to – przypomnijmy – w sytuacji konfliktu etycznego etyka zawodowa ma pierwszeństwo przed prawem, lecz to prawo będzie podstawą ewentualnego wyroku sądowego.

Konflikty te dotyczą głównie poufności: dotrzymania tajemnicy nie tylko przed sądem, gdy występuje się jako świadek lub biegły, ale też w związku z nakazami przepisów o informowaniu o przestępstwie, informowaniu rodziców i innych osób itp. W Konstytucji (Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483) prawa do tajemnicy dotyczą art. 47, 49 i 51. Jak stwierdził Trybunał Konstytucyjny (TK) w wyroku z 12 listopada 2002 roku, ważnym elementem prawa do ochrony życia prywatnego jest tzw. autonomia informacyjna jednostki. Oznacza ona prawo do samodzielnego decydowania o ujawnianiu innym informacji na swój temat, a także prawo do sprawowania kontroli nad takimi informacjami, które znają inne podmioty. W ocenie TK autonomia informacyjna, wyrażona w art. 51 Konstytucji, jest uprawnieniem szczegółowym w stosunku do prawa do ochrony życia prywatnego z art. 47.

W Kodeksie karnym (Ustawa z dnia 29 lipca 2011 roku o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, Dz.U. 2011 Nr 191, poz. 1135 ze zm. z 2017 roku) w art. 266 § 1 wskazuje się, że pod groźbą kary pozostaje ktoś, kto wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu zobowiązaniu ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego. W świetle Kodeksu postępowania karnego (Dz.U. 1997 Nr 89, poz. 555 ze zm.) art. 180 § 1 osoby obowiązane do zachowania tajemnicy służbowej lub tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu lub pełnieniem określonej funkcji mogą odmówić zeznań co do okoliczności, które obejmuje ten obowiązek, chyba że sąd lub prokurator zwolni te osoby z obowiązku zachowania tajemnicy. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111, poz. 535 ze zm.) w art. 50 określa, że osoby wykonujące czynności diagnostyczne i lecznicze wynikające z tej ustawy są zobowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, czego dowiedzą się w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów i z zachowaniem przepisów ustawy.

W innych przepisach prawa zawarte są jednak nakazy informowania odpowiednich organów o przestępstwie. Ten sam Kodeks karny w art. 240 §1 nakazuje pod groźbą kary przekazywanie wiarygodnej informacji m.in. o doprowadzeniu innej osoby do obcowania płciowego i/lub do poddania się innej czynności seksualnej. Wskazuje on także na takie przestępstwa jak np. ludobójstwo, zamach stanu, działanie na szkodę RP, szpiegostwo, zamach na życie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, zamach na jednostkę Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. Warto też wymienić ograniczenia tego nakazu: § 2a. Nie podlega karze pokrzywdzony czynem wymienionym w § 1, który zaniechał zawiadomienia o tym czynie, oraz § 3. Nie podlega karze, kto zaniechał zawiadomienia z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu. Kodeks postępowania karnego (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku, Dz.U. 1997 Nr 89, poz. 555) określa społeczny obowiązek zawiadomienia organów ścigania o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, takiego jak np. zgwałcenie i inne formy nadużycia seksualnego.

Podkreślmy – jest to obowiązek społeczny (obywatelski) osoby fizycznej i jego spełnienie zależy od jej woli. Oznacza to, że nie ma możliwości zastosowania jakiejkolwiek sankcji karnej w wypadku jego niewykonania. Można

tu zastosować jedynie sankcje społeczne (np. wykluczenie, naznaczenie, wyrażenie negatywnej opinii w związku z zachowaniem danej osoby). Sprawa ta wygląda inaczej w odniesieniu do osób na kierowniczych stanowiskach, funkcjonariuszy publicznych oraz spraw podejmowanych w związku z art. 572 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego (Dz.U. 1964 Nr 43, poz. 296 ze zm.). Z urzędu ścigane są wszystkie przestępstwa, które nie są zaliczane do przestępstw ściganych na wniosek lub z oskarżenia prywatnego. Jeśli w Kodeksie karnym nie ma informacji na temat tego, w jakim trybie ściga się dane przestępstwo, oznacza to, że jest ono ścigane z urzędu.

Jeśli wykorzystanie seksualne dotyczy osoby poniżej 15. roku życia, to rodzice lub opiekunowie mają obowiązek powiadomienia organów ścigania. Przyjmuje się, że osoba poniżej 15. roku życia ze względu na etap rozwoju nie posiada możliwości podjęcia w pełni świadomej decyzji o uczestniczeniu w jakiegokolwiek aktywności seksualnej. Jeśli dziecko jest klientem psychologa, to albo poinformuje on (przekona) rodziców lub opiekunów o takim obowiązku, albo sam dokona zgłoszenia przestępstwa. Jak wynika z dokumentu Wytyczne do standardów ochrony dzieci (por. gov.pl, 2024): „podmiotowy stosunek do dziecka oznacza, że podejmując decyzje dotyczące dziecka, należy poinformować je o tym, wysłuchać jego opinii oraz, o ile to zgodne z prawem, możliwe i bezpieczne, uwzględniać jego potrzeby, zawsze, nawet jeśli przepisy prawa bezpośrednio tego nie wymagają”.

Psycholog, który dowiedział się o wykorzystaniu seksualnym osoby nieletniej, może wskazać miejsca, gdzie można uzyskać bezpłatną pomoc prawną, socjalną itp. W przypadku osoby dorosłej, mając wiedzę o takim zdarzeniu, powinien on powiadomić organy ścigania. Gdy wykorzystywanie seksualne trwa, można przypuszczać, że istnieje okoliczność zwalniająca z tajemnicy – zagrożenie życia klienta lub innej osoby. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz.U. 2005 Nr 180, poz. 1493) w art. 12 wskazuje, że osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym policję lub prokuratora, podobnie jak osoby będące świadkami takiej przemocy¹².

¹² Dnia 27 lipca 2012 roku Rzecznik Praw Dziecka Marek Michalak zwrócił się do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza o podjęcie pilnych działań dyscyplinujących i uświadamiających lekarzy o nałożonym na nich prawnym obowiązku

Nie są to oczywiście przepisy kierowane szczególnie do psychologów. Nie ma wątpliwości co do tego, że obywatelski (społeczny) obowiązek powiadomienia o przestępstwie pozostaje w kolizji z obowiązkiem prawnym dochowywania tajemnicy. Jednak żaden z tych przepisów nie zwalnia automatycznie psychologa z obowiązku zachowania tajemnicy. Oznacza to, że może on złożyć zawiadomienie o przestępstwie jedynie w porozumieniu z pokrzywdzonym pacjentem bądź jego przedstawicielem ustawowym i za ich zgodą. W przeciwnym razie nastąpi naruszenie zasad etyki zawodowej. Najlepiej, gdy to ofiara lub sprawca przestępstwa sami złożą zawiadomienie do organów ścigania¹³.

Jednym z ważnych argumentów za włączeniem usługobiorcy w proces udzielania informacji przekazanych psychologowi w tajemnicy jest to, że psycholog nie posiada kompetencji ani chęci zastępowania osoby śledczego, czyli prowadzenia śledztwa lub dochodzenia, gdy podejrzewa popełnienie przestępstwa. W języku potocznym przypuszczenie i podejrzenie są prawie synonimami. Według Słownika Języka Polskiego podejrzewanie kogoś wiąże się z przekonaniem, że dana osoba jest winna jakiegoś złego czynu, przypuszczanie to domyślanie się lub uważanie czegoś za prawdziwe, mimo braku pewności (Szymczyk, 2017).

W pracy psychologa wewnętrzne przekonanie dotyczące sprawcy i jego czynu najczęściej opiera się na relacji odbiorcy usługi psychologicznej. Uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa zachodzi wtedy, gdy zebrane w sprawie obiektywne dowody są dostatecznie wystarczające (adekwatne, w miarę możliwości empiryczne), aby przedstawić osobie podejrzanej taki zarzut (Szymczyk, 2017). Żeby tak było, nie wystarczy jedynie relacja osoby pokrzywdzonej, potrzebna jest także wiedza o kontekście podejrzewanego czynu (a więc np. przeprowadzenie wywiadu wśród członków rodziny usługobiorcy) i jego okolicznościach. Ważny dla wiarygodności relacji jest też sposób stawiania pytań przez psychologa podczas rozmowy (Resler-Maj, 2007) i stosowanie pytań otwartych pozwalających na udzielanie swobodnych odpowiedzi na temat doświadczeń badanych osób, w przeciwieństwie

wszczynania procedury Niebieskiej Karty w każdym przypadku ujawnienia przemocy w rodzinie (Biuletyn Informacji Publicznej, 2012).

¹³ Zarządy Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, SNP Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i SNTR Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w 2015 roku zwróciły się do Kancelarii Prawnej Radwan-Rohrenscheff z wnioskiem o sporządzenie interesującej opinii prawnej na temat tajemnicy zawodowej w psychoterapii (por. SPPTP, 2023).

do pytań zamkniętych. Dopiero całościowa wiedza i stanowisko zaangażowanych stron mogą być podstawą decyzji psychologa w sprawie uzasadnionego podejrzenia.

Ponadto przy rozważaniu zgłoszenia przestępstwa należy wziąć pod uwagę wtórną wiktyimizację ofiary: „negatywne przeżycia ofiary przestępstwa będące skutkiem jej kontaktów z organami ścigania i wymiarem sprawiedliwości” (Kaczorkiewicz, 2021). Jest to nieintencjonalny efekt instrumentalnego traktowania ofiary jako źródła informacji o przestępstwie i dowodów. Organy ścigania powinny z jednej strony zmierzać do ustalenia, czy zgłoszenie przestępstwa nie jest fałszywym oskarżeniem, a z drugiej chronić ofiary przestępstw przed wtórną wiktyimizacją (Kaczorkiewicz, 2021). Na podstawie informacji prasowych można odnieść wrażenie, że to drugie działanie bywa mało skuteczne.

Jak wynika z raportów NIK (2024, 2025), wykorzystywanie specyficznego narzędzia do walki z przemocą domową, jakim jest procedura Niebieskiej Karty, jest często niepełne, nieskuteczne i nieadekwatne. Pomoc osobom dotkniętym przemocą często następuje z opóźnieniem, co obejmuje również zwłokę w przekazaniu sporządzonych dokumentów Niebieskiej Karty członkom zespołów interdyscyplinarnych lub grup roboczych/diagnostyczno-pomocowych zajmujących się udzielaniem pomocy. Podejście do sporządzania programów przeciwdziałania przemocy domowej ma często charakter czysto formalny. W opinii NIK brakuje centralnego, zintegrowanego z innymi systemami, krajowego rejestru, dostępnego dla wszystkich publicznych instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie przemocy domowej.

Kontekst kulturowy i stereotypy związane z płcią, np. w przypadku zgwałcenia czy przemocy, mają także olbrzymi wpływ na empatyczne zrozumienie i proces pomagania ofiarom (Szymańska-Pytlińska i Chodecka, 2014; Wysoka-Pleczyk i Passowicz, 2005). Należy wziąć pod uwagę, że są to przestępstwa ścigane z urzędu i możliwość wpływu psychologa czy jego klienta na rozwój zdarzeń jest ograniczona, choć ofiara może brać udział w postępowaniu przygotowawczym oraz być oskarżycielem posiłkowym. Jednak zarazem zwiększa to ryzyko wtórnej wiktyimizacji (Kaczorkiewicz, 2021). W związku z tym psycholog, podejmując decyzję, powinien rozważać potencjalne konsekwencje rozpoczynania ścigania z urzędu. W praktyce – z uwagi na dobro pacjenta oraz potencjalnego sprawcy – rozmawiamy po to, aby klient (ofiara lub sprawca) sam chciał to przestępstwo zgłosić, rozważając tego konsekwencje. Można też skontaktować daną osobę ze Specjalistycznym Ośrodkiem Wsparcia

dla Ofiar Przemocy w Rodzinie, Lokalnym Punktem lub Okręgowym Ośrodkiem Pomocy Osobom Pokrzywdzonym Przystępstwem.

Sytuacja zachowania tajemnicy w związku z badaniem psychologicznym dzieci jest specyficzna. Podstawową i oczywistą zasadą psychologa w pracy z osobami małoletnimi stanowi to, że w kontaktach z psychologiem ich prawa nie są mniejsze niż prawa, które mają dorośli klienci. Dziecko powinno mieć pewność, że wszystko, co mówi i robi podczas spotkań z psychologiem, nie zostanie przekazane rodzicom czy opiekunom. Nie mogą oni domagać się przekazywania im tego, czego dowiedział się psycholog podczas świadczenia usług psychologicznych (Fiutak, 2016; Minc, 2017). Oczywiście psycholog może informować, jakie są – jego zdaniem – powody obserwowanych u dziecka określonych zachowań i trudności (np. w szkole), jak się skutecznie z nim komunikować, jak rozwiązywać konflikty w rodzinie czy przekazywać rodzicom zalecenia działań pomagających dziecku funkcjonować.

Jednocześnie psycholog nie powinien informować innych osób (np. nauczycieli) o przebiegu usługi psychologicznej oraz udzielać informacji o dziecku bez zgody jego rodziców czy prawnych opiekunów, gdyż jest to łamanie zasady poufności. Psycholog szkolny¹⁴ zasadniczo potrzebuje zgody rodziców lub prawnych opiekunów, aby móc rozmawiać z dzieckiem, chyba że mamy do czynienia z sytuacyjną interwencją lub realizacją bezpośredniej potrzeby dziecka. To drugie działanie odnosi się do pełnoletniego ucznia, natomiast sytuacja ucznia niepełnoletniego jest inna. W tym przypadku potrzebna jest zgoda – nie jest ona obligatoryjna przy pierwszym spotkaniu, natomiast przy regularnych spotkaniach z psychologiem jej uzyskanie jest niezbędne. Korzystanie z pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest dobrowolne, co oznacza także możliwość rezygnacji z niej przez rodziców czy opiekunów dziecka. Do psychologa nie może ucznia bezpośrednio kierować nauczyciel.

Niekiedy psycholog powoływany jest jako świadek, mimo że nie ma to ścisłego związku z jego rolą zawodową. Zgodnie z obowiązującymi zasadami (Bocheński, 2018; Minc, 2017) psycholog nie może zeznawać na temat tego, czego dowiedział się podczas świadczenia usługi psychologicznej, bez zwolnienia go z tajemnicy przez właściwy organ w trybie art. 180 k.p.k.

¹⁴ Sytuacja psychologa szkolnego jest skomplikowana, co widać w treści Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2023, poz. 1798).

(por. SN, 2012). Regulacja w art. 180 k.p.k. dzieli tajemnice ze względu na procedurę ich uchylania (Burdziak i Kowalewska-Łukuć, 2023): łatwiejszą (uchylanie decyzją sądu lub prokuratora) i trudniejszą (uchylanie postanowieniem sądu).

Warto przypomnieć, że odpowiedni organ (sąd, prokurator) w uzasadnieniu powinien określić, dlaczego uzyskanie dowodu istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy jest niemożliwe bez uchYLENIA tajemnicy zawodowej. Podczas postępowania w sprawie cywilnej na podstawie art. 262 § 2 k.p.c. psycholog może odmówić odpowiedzi na zadane pytanie, jeżeli zeznanie dotyczy przedmiotu tajemnicy zawodowej.

Zgoda na ujawnienie tajemnicy zawodowej wyrażona przez odbiorcę usługi psychologicznej nie ma w tym przypadku mocy prawnej i nie zwalnia psychologa z ochrony tajemnicy. Związana z tym jest kwestia udostępniania dokumentacji psychologa w sprawach karnych, odpowiedni organ może bowiem zarządzić wydanie od psychologa rzeczy mogących stanowić dowód w sprawie. Z prawnego punktu widzenia problem stanowi to, że nie ma formalnej definicji dokumentacji psychologicznej, więc nie jest określone, co ją stanowi (jest tak natomiast w projekcie ustawy o zawodzie psychologa; Ustawa o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów. Projekt, 2025, art. 28). Przyjmuje się, że to psycholog lub sąd decyduje o zakresie udostępnianej dokumentacji (Fiutak, 2016). Decyzja w tej sprawie nie jest prosta, gdy dotyczy opisu przeprowadzonych badań psychologicznych oraz wyników diagnozy psychologicznej (por. dalej).

Zakłada się, że decyzje zarówno psychologa, jak i jego klienta oparte są na wiedzy, jednak to na psychologu spoczywa większa odpowiedzialność za merytoryczną treść dialogu i jego efekty (Paluchowski, 2021). Z punktu widzenia relacji specjalista – usługobiorca istotne jest to, czy na pierwszym miejscu stawia się „dobro” usługobiorcy czy „autonomię” specjalisty i usługobiorcy (Boratyńska, 2012). Gdy pierwszorzędne staje się „dobro”, to z powodu asymetrii kompetencji niejako automatycznie na mocy standardów zawodowych owo „dobro” definiuje specjalista, co czyni tę relację paternalistyczną, bazującą na obowiązku realizacji misji opieki. Gdy pierwszeństwo przed „dobrem” ma „autonomia”, to relacja opiera się na zasadach partnerskich, kontraktowych (Boratyńska, 2012). Według Słownika Języka Polskiego (b.d.) autonomia to:

- prawo jakiejś zbiorowości do samodzielnego rozstrzygania swoich spraw wewnętrznych;

- samodzielność i niezależność w decydowaniu o sobie;
- w etyce: niezależność od norm etycznych zewnętrznych, innych niż własne sumienie.

W kontekście omawianej problematyki interesujące są dwa ostatnie znaczenia: jedno akcentujące zdolność jednostki do samostanowienia (ang. *self-determination*) i samozarządzania (ang. *self-governance*) i drugie oznaczające zdolność jednostki do samozarządzania w sferze moralności i samodzielnego podejmowania decyzji na podstawie motywów wynikających z własnych przekonań (Wnukiewicz-Kozłowska, 2019), w tym indywidualnego określania dobra jednostki. Podobnie, poczucie autonomii w teorii autodeterminacji (ang. *self-determination theory*) Edwarda Deciego i Richarda Ryana dotyczy działania wolicjonalnego (doświadczenie wyboru) i odróżniane jest przez nich od niezależności, czyli działania w pojedynkę, bez polegania na innych (Tokarz, 2005).

Pojęcie autonomii może odnosić się nie tylko do osób, ale też do działań i zasad (Bogatyńska-Kucharska i in., 2019a). Autonomia w kontekście zachowań i wypowiedzi jednostki oznacza realizowanie ich bez nacisku, manipulacji czy przemocy wywieranej przez jakąkolwiek władzę lub innych ludzi, co pozwala jej zachować własną tożsamość. Jest to szczególnie istotne w przypadku pomocy czy poradnictwa (Bogatyńska-Kucharska i in., 2019a).

W obu znaczeniach autonomię przeciwstawić można paternalizmowi, którego podstawą jest akceptacja asymetrii wiedzy (mądrości) i kompetencji. Paternalizm w leksykalnym znaczeniu nawiązuje do postawy ojca rodziny (ang. *pater familias*), który troszczy się o dobro jej członków bez uwzględniania ich zdania w tej sprawie (Biesaga, 2005), a bardziej ogólnie – gdy dochodzi do ograniczania wolności jednostek bez ich zgody. Paternalizm nabiera pejoratywnego charakteru wówczas, gdy jest stosowany wobec osób dorosłych, zdolnych do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących własnego dobra.

Wymiarowi autonomia – paternalizm towarzyszy też inna dymensja, określająca, kto i w jakim stopniu ponosi konsekwencje podjętych decyzji i działań. W kontekście omawianej problematyki wyraźnie widać, że paternalizm abstrahuje od realnych konsekwencji decyzji podejmowanych przez lekarza, a ponoszonych głównie przez pacjenta. Autonomia odbiorcy usługi psychologicznej wyraża się w jego niepodważalnym prawie do wyrażania świadomej i opartej na wiedzy zgody (Wnukiewicz-Kozłowska, 2019).

Jednocześnie jednak nie można ujmować zero-jedynkowo tego, kto powinien być (jest) decydem. W praktyce stosunek pacjentów do decydowania

ma zróżnicowany charakter: jedni wolą, by decyzje były podejmowane przez inne osoby (lekarza, rodzinę itd.), i nie dążą do uzyskania specjalistycznej wiedzy, drudzy zaś domagają się pełnej informacji i akceptowania ich decyzji (Szewczyk, 2009). Ponadto powstanie społeczeństwa sieciowego i wykorzystywanie Internetu zmienia tradycyjny układ zależności w relacji lekarz – pacjent, oparty na władzy pochodzącej z wiedzy (Gałuszka, 2012). Źródła tej wiedzy mają oczywiście różną wiarygodność, co nie zmienia jednak faktu demokratyzacji wiedzy specjalistycznej. Fundacja Health On the Net Foundation (HON) wydała kodeks postępowania (HONcode) dla stron internetowych poświęconych medycynie i zdrowiu w celu zapewnienia wiarygodności i użyteczności informacji medycznych w Internecie (por. Chocholska i Osipczuk, 2010, s. 14).

Współczesna medycyna nie jest, jak kiedyś, zorientowana na chorobę, ale na pacjenta (przynajmniej na poziomie deklaracji; Szewczyk, 2009). Podkreślenie autonomii pacjenta usunęło jakby w cień drugiego uczestnika relacji terapeutycznej – lekarza (Machinek, 2018a). Jak pisze Marian Machinek (2011): „O ile autonomia pacjenta, jeśli ma być rozumiana jako zakaz ingerencji lekarskich bez zgody pacjenta, należy do słuszych, zarówno etycznych, jak i prawnych standardów postępowania medycznego, o tyle rozumienie jej jako żądanie, które lekarz musiałby spełnić, nie może być uznane za właściwe” (s. 106). Krytyka paternalizmu i absolutyzacja autonomii specjalisty prowadzą do absolutyzacji autonomii odbiorcy jego usługi (Biesaga, 2013).

Nie można więc pominąć potencjalnego konfliktu między autonomią specjalisty a autonomią jego klienta, nawet gdy ich relacja ma charakter partnerski (Biesaga, 2005; Hołub, 2013b). Nie chodzi jednak o autonomię w znaczeniu absolutnym, lecz o autonomię moralną. Ze względu na asymetrię kompetencji to nie pacjent decyduje o sposobie leczenia. Oczywiście może i powinien on wyrazić swoją opinię oraz oczekiwania wobec przebiegu leczenia, a także zdrowia, subiektywnego dobrostanu. Dotyczy to również decyzji pacjenta o niepodejmowaniu leczenia, uszanowania jego decyzji i tego, co uznaje za swoje dobro. Nie odnosi się to oczywiście do aktywnego działania lekarza na rzecz śmierci swojego pacjenta (eutanazji). Nie umniejsza to znaczenia dialogu ani wysiłku ukierunkowanego na uwspólnianie wiedzy: z jednej strony rozumienie i akceptację decyzji klienta, z drugiej – uznanie specjalisty za źródło wiedzy zawodowej (lekarz jako geograf wartości i praw pacjenta; Szewczyk, 2009). Współpraca z odbiorcą usługi psychologicznej,

informowanie o tym, co robi psycholog i dlaczego to robi, a także kształtowanie i poszanowanie autonomii odbiorcy to ważne kryteria oceny jakości profesjonalnych działań psychologów.

Warto także zwrócić uwagę na konieczność rozróżnienia autonomicznej osoby od autonomicznego wyboru działania (Hołub, 2013b; Szatkowski, 1998). Autonomiczna jednostka może dokonywać nieautonomicznych wyborów z powodu okazjonalnych uwarunkowań zewnętrznych bądź wewnętrznych (np. przymus osobisty bądź instytucjonalny, brak wiedzy specjalistycznej). Autonomiczność wyboru ma więc charakter dymensyjny, a nie kategorialny (zero-jedynkowy). Prowadzi to do trudności w ustaleniu, czy w konkretnej sytuacji nie powinno się przedkładać autonomii specjalisty nad autonomię usługobiorcy (Hołub, 2013b). W takim przypadku pomoc może wprowadzenie nowego czynnika: racjonalności jako podstawy decyzji opartej na efektywnym, niespontanicznym namyśle nad różnymi możliwościami (Hołub, 2013b; Szatkowski, 1998).

Jedną z form prawa do autonomii jest prawo do wolności sumienia i religii (por. art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej). Z założenia wolność sumienia i uprawnienie do odmowy wykonania działania prawnie dozwolonego ze względu na wymogi własnego sumienia (odwołania się do władzy odróżniania dobra od zła i nakazu wyboru dobra) nie muszą odwoływać się do wartości religijnych, bo może to być też racja moralna czy filozoficzna (Nowacka i Kopania, 2014). Jednak powszechnie są one związane z racjami religijnymi (nakazem wiary), a „sumienie” i „wyznanie” w kontekście tej wolności uważa się za synonimy.

Wolność sumienia obejmuje trzy kwestie (Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 stycznia 1991 roku): 1) wolność posiadania wybranego światopoglądu (zespołu „ogólnych przekonań, dotyczących natury świata człowieka w świecie, sensu jego życia oraz wynikających z tych przekonań ideałów [...]”, Szymczak, 1981, s. 462) oraz dokonywania wyborów moralnych, 2) wolność postępowania zgodnie z własnym sumieniem na podstawie światopoglądu i 3) wolność od przymusu postępowania wbrew własnemu sumieniu (Szabliński, 2017; por. też inne podejście: Olszówka, b.d.). Realizacja tego prawa w ostatnim przypadku może przyjąć formę obywatelskiego nieposłuszeństwa (ang. *civil disobedience*) (Słupik, 2021) lub sprzeciwu sumienia (ang. *conscientious objection*). Jako modelowy można podać przykład specyficznej klauzuli sumienia w zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Pawlikowski, 2014; Szabliński, 2017). Obie formy chronią autonomię jednostki w sferze jej

poglądów filozoficznych, aksjologicznych, moralnych, politycznych i religijnych (integralność moralna; Machinek, 2018a).

Obywatelskie nieposłuszeństwo to celowe działanie o charakterze publicznym z intencją moralnej perswazji. Łamie ono konkretne przepisy prawne lub nakazy władzy bez użycia przemocy, w imię przekonania, że owe przepisy bądź nakazy rażąco naruszają wartości istotne dla przejawiającego nieposłuszeństwo obywatelskie, w celu zmiany prawa, połączone ze świadomością możliwości poniesienia negatywnych konsekwencji prawnych (Szabliński, 2017).

Klauzula sumienia (sprzeciw sumienia, zastrzeżenie) jest prawną propozycją rozwiązania sytuacji, w której dochodzi do kolizji norm prawa z normami światopoglądowymi lub religijnymi indywidualnej osoby, czyli sposobu korzystania ze sprzeciwu sumienia. Przejawia się w prawnie zagwarantowanej możliwości odmowy wykonania obowiązku nałożonego zgodnie z prawem z powołaniem się na przekonania (Pawlikowski, 2014). Sprzeciw sumienia wynika z wyznawania jakiejś zasady moralnej i nie służy do ochrony egoistycznego interesu. Odmowa (sprzeciw) sumienia nie jest co do zasady aktem o charakterze publicznym ze względu na odwołanie się do indywidualnych przekonań spoza systemu prawnego korzystającego ze sprzeciwu sumienia. Najczęściej są to normy o charakterze religijnym bądź moralnym.

Odmowa dyktowana sumieniem nie ma na celu zmiany przepisu prawa. Działania o charakterze obywatelskiego nieposłuszeństwa są sprzeczne z prawem, podczas gdy sprzeciw sumienia najczęściej jest z nim zgodny (Szabliński, 2017). W polskim prawie informacje o klauzuli sumienia umieszczone są w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (1996) oraz w art. 12 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (2011). W projekcie ustawy o zawodzie psychologa brak odniesień do klauzuli sumienia.

Należy też podkreślić, że pojęcie klauzuli sumienia nie jest związane wyłącznie z problematyką wykonywania terminacji ciąży. W obszarze świadczeń zdrowotnych od 1966 roku stanowi nieodłączny element decyzji w obszarze diagnostycznym, profilaktycznym i terapeutycznym lekarza (Müldner-Nieckowski, 2017), a od 2011 roku pielęgniarki i położnej. O możliwość odwoływania się do niej starają się także farmaceuci. Wykonawcy innych zawodów mają podobne aspiracje¹⁵.

¹⁵ Drukarz z Łodzi odmówił przyjęcia zlecenia na druk plakatu od organizacji Fundacja LGBT Business Forum, a Sąd Rejonowy w Łodzi w marcu 2017 roku ukarał grzywną pracownika drukarni. Sąd Najwyższy nie uwzględnił kasacji Ministra

Ciekawym przykładem ewolucji podejścia do swobody sumienia jest sprzeciw wobec obowiązkowej służby wojskowej (por. Wikipedia, 2025b), który z czasem przeszedł od formy nieposłuszeństwa obywatelskiego do ujęcia w kategorii klauzuli sumienia. W Europie od średniowiecza dominował negatywny stosunek do osób odmawiających z powodu przekonań religijnych służby wojskowej (poza duchownymi) i stosowano wobec nich karę śmierci, pozbawienie wolności i tortury. Polska, tak jak pozostałe kraje europejskie, represjonowała osoby o poglądach pacyfistycznych, a przede wszystkim grupy religijne głoszące takie poglądy. Między innymi z tego powodu jedyną grupą wyznaniową przymusowo wydaloną z Polski byli pacyfistyczni bracia polscy w 1658 roku.

Sytuacja nie uległa zmianie w okresie międzywojennym. Konstytucja RP wprost zakazywała sprzeciwu sumienia i uchylania się od obowiązków publicznych z powodu swoich wierzeń religijnych. Podobnie było w Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 1952 roku, która nakazywała karanie za nadużywanie wolności sumienia i wyznania w celach godzących w interesy PRL, co w praktyce oznaczało karalność sprzeciwu sumienia m.in. wobec obowiązkowej służby wojskowej. W drugiej połowie lat 80. osoby odmawiające odbycia służby wojskowej współtworzyły ruch „Wolność i Pokój”.

W Polsce zaprzestano wydawania wyroków skazujących związanych z odmową pełnienia służby wojskowej w 1988 roku. Po zmianie Konstytucji w 1989 roku prawo do sprzeciwu sumienia zostało włączone do ówczesnego prawodawstwa i obejmowało osoby zarówno podlegające obowiązkowej zasadniczej służbie wojskowej, jak i wykonujące zawody medyczne. Wyrażne złagodzenie w tej kwestii nastąpiło w III Rzeczypospolitej, kiedy uznano prawo niektórych osób do odmowy służby wojskowej, głównie z powodów religijnych. Dotyczyło to przede wszystkim wyznawców pacyfistycznych grup religijnych: Hare Kryszna, buddystów zen i świadków Jehowy, a także osób o poglądach pacyfistycznych. Zgodnie z Ustawą z dnia 11 marca 2022 roku o obronie Ojczyzny osoby, którym przekonania religijne lub wyznawane zasady moralne nie pozwalają na pełnienie służby wojskowej, odbywają służbę

Sprawiedliwości – Prokuratora Generalnego Zbigniewa Ziobry (<https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/ziobro-drukarz-z-lodzi-nie-dyskryminowal-ludzi-tylko-homoseksualne-tresci.67068.html>, dostęp: 15.12.2025). Sprawa ta była przedmiotem ożywionej dyskusji społecznej (<https://www.gosc.pl/doc/3357647.LGBT-drukarz-i-wolnosc-sumienia>, dostęp: 15.12.2025). Podobna sytuacja miała miejsce w USA (<https://replika-online.pl/tag/klauzula-sumienia/>, dostęp: 15.12.2025).

zastępczą w formacjach nieuzbrojonych oraz w formacjach uzbrojonych nie-wchodzących w skład Sił Zbrojnych. Zasadnicza służba wojskowa zawieszona została w celu uzawodowienia armii w 2010 roku. Problem ten pojawił się nie tylko w polskim prawie – Sobór Watykański II w konstytucji duszpasterskiej o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes* (b.a., 1965) w art. 79 wskazuje: „[...] Ponadto wydaje się słuszne, żeby ustawodawstwo humanitarnie ustosunkowało się do tych, którzy z motywów swego sumienia odmawiają noszenia broni, jeżeli tylko godzą się na inny sposób służenia wspólnotie ludzkiej [...]”.

Rola sumienia została już uwzględniona w przysiędze Hipokratesa: „Czyste i prawe zachowam życie swoje i sztukę swoją” (Wesoły, b.d.). Klauzula sumienia pojawiła się w polskim prawie w Ustawie o zawodzie lekarza z 1996 roku w art. 39. Jej istotą jest przyznanie prawa sprzeciwu do wykonywania działań zgodnych z prawem i ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej na podstawie odwołania się do sprzeciwu sumienia. Zgodnie z nią prawo klauzuli sumienia nie dotyczy wszystkich okoliczności realizowania świadczeń zdrowotnych. Wśród sytuacji wyjątkowych, gdy klauzula jest zawieszona, znajduje się zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta i/ lub innych osób spowodowane zwłoką (brakiem) w wykonaniu świadczenia. Trybunał Konstytucyjny miał także wątpliwości co do konstytucyjności tych wyjątków, a dokładniej zawartego w tekście ustawy warunku: „[...] oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki” (por. dyskusję tego postanowienia w np. Raczyński, 2017).

Zgodnie z tą ustawą osoba, która chce się powołać na klauzulę sumienia, musi powiadomić o tym przełożonych, uzasadnić swoją decyzję i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej, poinformować o legalnych możliwościach uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym, a także wskazać pacjentowi realne możliwości uzyskania świadczenia w innym miejscu.

Naczelna Rada Lekarska skierowała do TK wnioski o zbadanie konstytucyjności elementów tzw. klauzuli sumienia z powodu naruszania wolności sumienia lekarza (Szczypiński i Walinowicz, 2016). Jednym z nich był obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania odmawianego świadczenia. Zaznaczono, że taki obowiązek powinien spoczywać na władzach publicznych, ewentualnie na osobach kierujących podmiotami leczniczymi, które posiadają kontrakty z NFZ na świadczenie odmawianej usługi, nie zaś na lekarzu powołującym się na klauzulę sumienia, gdyż byłby

to współudział w odrzucanym świadczeniu medycznym. Komitet Bioetyki Polskiej Akademii Nauk uznał (KB, 2013; Pawlikowski, 2014), że klauzula sumienia jest w Polsce nadużywana, staje się przedmiotem publicznej krytyki oraz postępowań sądowych i choć działa na rzecz autonomii przedstawicieli zawodów medycznych, to ogranicza autonomię pacjentów i służy narzucaniu im przekonań moralnych lekarzy.

Trudno przyjąć, że – z założenia – uznanie klauzuli sumienia jest przyznaniem większego znaczenia prawu do autonomii lekarza czy też wyrazem postawy paternalistycznej (Pawlikowski, 2014). Niewątpliwie jednak mamy do czynienia z konfliktem sumień i w tym kontekście spotykamy się z asymetrią położenia lekarza i pacjenta, który znajduje się w sytuacji skrajnej (Nowacka i Kopania, 2014)¹⁶. Utożsamianie dowolnych przekonań moralnych z głosem sumienia pozwala oceniać tych, którzy mają odmienne przekonania moralne, jako gorszych (Nowacka i Kopania, 2014). Gdy dochodzi do konfliktu autonomii lekarza i jego pacjenta, nie można go łatwo rozwiązać poprzez eliminację spornych wartości, z jednoczesnym wymogiem, że to tylko lekarz ma być neutralny (Biesaga, 2005). Klauzula sumienia może też być spostrzegana jako częściowe ograniczenie dostępu pacjentom do świadczeń zdrowotnych (Raczyński, 2017). Analogiczne debaty prowadzone są również w innych krajach. Aktem prawa europejskiego obejmującym problematykę klauzuli sumienia jest Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej przyjęta 7 grudnia 2000 roku podczas posiedzenia Rady Europejskiej w Nicei przez Parlament Europejski, Radę i Komisję Europejską (KAI, 2014).

Można zgodzić się z tezą (Wyrzykowska, 2008), że „[...] większość z profesjonalnych czynności psychologa jako badacza, diagnosty i przede wszystkim terapeuty nie jest neutralna w sensie etycznym” (s. 62). W związku z tym pojawia się problem neutralności światopoglądowej osób realizujących rolę zawodową psychologa, szczególnie jaskrawo widoczny w psychoterapii. Neutralność rozumiana jest jako etyczny obowiązek i praktyka zachowania bezstronności oraz przyjmowania tolerancyjnego,

¹⁶ „[...] jeśli w danej specjalności medycznej prawo pozwala na działania, które pozostają w sprzeczności z przekonaniami moralnymi danej osoby, to osoba ta powinna wybrać sobie inną specjalizację. [...] człowiek nie akceptujący aborcji nawet w sytuacjach przewidzianych prawem, nie powinien być dyrektorem szpitala z oddziałem ginekologiczno-położniczym, a świadek Jehowy nie powinien być dyrektorem stacji krwiodawstwa – analogicznie, jak buddysta nie powinien być dyrektorem rzeźni, mimo że dyrektor nie bierze osobiście udziału w uboju zwierząt” (Nowacka i Kopania, 2014, s. 76).

nieoceniającego i empatycznego stosunku do wartości klienta podczas realizacji roli zawodowej.

Warto jednak podkreślić, że pojęcie neutralności światopoglądowej oznacza wolność instytucji państwowych lub dyskursu publicznego od perswazji określanej jako zabarwiona światopoglądowo (Chrudzimski, 2016). W dyskusjach publicznych najczęściej mówi się o neutralności światopoglądowej państwa w odniesieniu do wzajemnych relacji między państwem a Kościołem, co sprowadza się do odpowiedzi na pytanie: czy władze państwowe i system prawny powinny respektować wartości religijne i etyczne, czy – przeciwnie – mają zająć wobec nich stanowisko neutralne? Dawniej postulat światopoglądowej neutralności był aksjomatem, ale na przełomie lat 70. i 80. stracił swoją oczywistość (Marchewka i Sikora, 2013). W obrębie jakiej dymensji znajduje się owa „neutralność”: między stronnictwością a bezstronnością; wtrącaniem się a *désintéressement*, fanatyzmem a indyferencją czy może religijnością a ateizmem? Czy zadeklarowanie neutralności aksjologicznej samo w sobie likwiduje konflikt sumienia (Drozdowski, 2010)? Czy światopoglądowa neutralność jest gwarantem osobistej autonomii klienta w obszarze wolności przekonań i wolności dokonywania wyborów (Marchewka i Sikora, 2013)? To nie brak światopoglądu, ale samoświadomość pozwala określić tę granicę różnic światopoglądowych między psychologiem a jego klientem, by unikać wywierania presji oraz indoktrynacji (Marchewka i Sikora, 2013). Być może ma rację Tomasz Niemirowski (2020), twierdząc, że gdy naszym celem jest przywrócenie wolności klienta, to „jeśli zaufanie klienta spotka się z odpowiedzialnością terapeuty, psychoterapia osiągnie swój cel. Zasadę neutralności należy więc zastąpić zasadą odpowiedzialności [...]. Staranie się o zwiększenie wolności klienta polega na pomocy w samodzielnym dokonaniu dobrego wyboru [zmniejszającego jego cierpienia – przyp. W.J.P.], a nie na trosce o niewpływanie na jego wybory” (s. 426, 439). Poszukujemy zatem odpowiedzi na pytanie (Marchewka, 2014): czy neutralność terapeuty ma polegać na nieposiadaniu przekonań czy nieporuszaniu problematyki wartości w czasie sesji, nawet gdy klient wyraża taką chęć? Inaczej mówiąc – czy neutralność ma być (tymczasowym) brakiem światopoglądu (co trudno sobie wyobrazić), czy też wstrzymaniem się od jego ekspresji podczas działań zawodowych (nawet gdy jest to oczekiwane)?

Z uwagi na różne obszary aktywności zawodowej psychologów nasuwają się bardziej szczegółowe pytania. Czy może oczywistym skutkiem braku neutralności psychologa jest brak zaufania do niego, bo to objaw uzasadniający podejrzenie (pewność) braku akceptacji i empatii oraz negatywnej

oceny usługobiorcy? Czy też może skutkiem braku neutralności psychologa jest narzucanie swojego światopoglądu odbiorcy usługi psychologicznej? Odpowiedź wydaje się oczywista – z jednej strony światopoglądu i przekonań nie można „zostawić w szatni”¹⁷, ale należy unikać wartościowania, nie dawać rad oraz towarzyszyć odbiorcy usługi psychologicznej w poszukiwaniu sposobu życia bez dyskomfortu. Z drugiej strony neutralna tolerancja może być odbierana jako obojętność i brak szacunku, jako wyższościowa wyrozumiałość. Ponadto postulat neutralności światopoglądowej ma swoje przeciwieństwo. Czy deklaracja światopoglądu może stanowić element zawodowej charakterystyki psychologa? Oczywiście tak również bywa.

2.2.4 Zawodowa, naukowa i społeczna odpowiedzialność

Zasadniczo osobista odpowiedzialność zawodowa to gotowość i/lub konieczność ponoszenia konsekwencji swoich działań zawodowych, wynikająca zarówno z wewnętrznego przekonania opartego na osądzie moralnym i sumieniu, jak i z wymogów prawnych¹⁸ (w tym kodeksowych). Zasadne jest określenie, wobec kogo tę odpowiedzialność ponosimy. Może ona bowiem dotyczyć pacjentów, klientów czy ogólnie odbiorców usługi psychologicznej, środowiska zawodowego oraz instytucji zatrudniających psychologów, a także psychologii jako nauki czy też społeczeństwa. Zawodowe i pozazawodowe zachowanie psychologów może zmniejszyć zaufanie społeczne do psychologii oraz psychologów.

Dla racjonalnego uzasadnienia odpowiedzialności kluczowe znaczenie ma ustalenie związku przyczynowo-skutkowego między nieprzestrzeganiem standardów zawodowych a szkodą poniesioną przez odbiorcę usługi psychologicznej. Zaniechanie należytej staranności może wystąpić z powodu braku wiedzy specjalistycznej, lekkomyślności lub zaniedbania oraz specyficznych okoliczności podejmowanych decyzji i realizowanych działań profesjonalnych. Refleksja nad własną praktyką zawodową jest zatem istotnym elementem rozwoju zawodowego. Prawdopodobieństwo powstania szkody w procesie nabywania kompetencji jest wyraźnie wyższe niż podczas wykonywania rutynowych czynności zawodowych. Odpowiedzialność za błąd jest

¹⁷ „Legitymacje partyjne zostawiamy w szatni” – słynne powiedzenie Andrzeja Drajwicza (przewodniczącego Komitetu ds. Radia i Telewizji na początku lat 90.) oznaczało postulat całkowitej bezstronności.

¹⁸ Opracowany został program ubezpieczenia zawodowego psychologów: <https://polisadlpsychologa.pl/> (dostęp: 15.12.2025).

wtedy akceptowana jako cena zdobywania wiedzy inaczej niż w instytucjonalnym kształceniu ogólnym. W tym ujęciu odpowiedzialność odnosi się do sytuacji, w której specjalista nie nabył umiejętności profesjonalnego działania. W ostatniej części tego rozdziału zaprezentowano model podejmowania decyzji etycznych w psychologii.

Analizując odpowiedzialność psychologów wobec klientów, omówiono kompetencje zawodowe z perspektywy oczekiwań społecznych i standardów profesjonalnych. Przedstawiono także zagadnienie wielorakich relacji oraz konfliktu interesów, podkreślając etyczne wyzwania i różne stanowiska w tej kwestii. Wskazano również na znaczenie superwizji i mentoringu w rozwoju zawodowym psychologów oraz obowiązek reagowania na nieetyczne zachowania kolegów. Wreszcie, rozważono kwestię neutralności światopoglądowej w praktyce psychologicznej, konfrontując historyczne założenia ze współczesnymi dyskusjami i wyzwaniami.

Mając na względzie odpowiedzialność wobec odbiorców usług psychologicznych, w kodeksach etyki zawodowej zazwyczaj zwraca się uwagę na takie aspekty, jak (CTPB 2019; EFPA, 1995/2005; Józefik i in., 2007; PFP, 2019; PSPTiR, 2011; PTP, 2018b): kompetencje i rozwój zawodowy (w tym autorefleksja), sposób prezentacji kwalifikacji zawodowych oraz świadczonych usług (w tym rola kontraktu), rodzaj realizowanych ról i priorytetów zawodowych, a także relacji zawodowych i pozazawodowych (w tym konfliktu interesów).

Na kompetencje zawodowe można spojrzeć z dwóch perspektyw: oczekiwań odbiorców usługi psychologicznej i wymagań profesjonalnych. W wypowiedziach internetowych dotyczących oczekiwanych cech psychologa użytkownicy wymieniali: asertywność, brak powierzchownej rutyny, bycie zainteresowanym ludźmi i zadawaniem sobie pytań o ich motywację, ciepło, cierpliwość, delikatność, dobroduszość, drobiazgowość, dyskrecję, empatię, estetyczność, etyczność, komunikatywność, łagodność, umiejętność komunikowania się, obiektywność, obowiązkowość, odpowiedzialność, opanowanie, otwartość, pewność siebie, refleksyjność, schludność, słowność, słuchanie innych ludzi i bycie wrażliwym na ich problemy, spokój, spostrzegawczość, sprawiedliwość, stałość, sumiennność, takt, umiejętność słuchania, wnikliwość, wrażliwość, współpracę, wyobraźnię, wzbudzanie zaufania, zaangażowanie, zrozumienie innych, zrównoważenie (Bilska, 2010). Psycholog postrzegany był jako miła i sympatyczna kobieta w wieku między 30 a 40 lat, w okularach (Brumirska, 2013).

W sieci i prasie popularnej psychologowie są opisywani jako specjaliści zajmujący się osobami, które nie potrafią sobie poradzić, mają problemy lub szukają pomocy w drodze do samorozwoju. Osoba korzystająca z usług psychologa przedstawiana jest jako zagubiona, smutna, cierpiąca i nerwowa. Praca psychologów polega na rozmowie i słuchaniu, pomaganiu oraz doradzaniu, a z pomocy psychologicznej najczęściej korzysta się w sytuacji problemów w relacjach z ludźmi oraz przy chorobach i zaburzeniach (Brumirska, 2013).

W badaniach porównujących wizerunek psychiatrów (32 artykuły i wypowiedzi), psychologów (77 artykułów) i psychoterapeutów (27 artykułów) na podstawie oceny przez sędziów kompetentnych treści 208 artykułów z 2013 roku z polskich tygodników mających opinię najlepiej się sprzedających okazało się, że wizerunek był najczęściej pozytywny lub neutralny i nie stwierdzono istotnej różnicy między sposobem przedstawiania poszczególnych zawodów według kryterium kompetencji czy etyczności (Hoss i in., 2020). Wśród psychologów pozytywny obraz występował w 60% artykułach, w 27% był on neutralny, a w 13% negatywny. W 53% artykułów ukazywano psychiatrów pozytywnie, w 40% neutralnie, a w 6% negatywnie. W przypadku psychoterapeutów było to odpowiednio: 33%, 52% i 15%. Większość specjalistów (88%) w swoich wypowiedziach w prasie odwoływała się do wiedzy pochodzącej z doświadczenia klinicznego, a znacznie rzadziej odnosili się oni do specjalistycznej literatury naukowej (Hoss i in., 2020).

W opinii społecznej pojawiają się też treści określające „złego psychologa” (najczęściej psychoterapeutę). Wymieniane są następujące zachowania: odbiera telefon w czasie sesji, często odwołuje sesje lub spóźnia się na nie, przez większość czasu zatopiony jest w notatkach, nie słucha, nie interesuje go, co klient mówi, opowiada o swoim życiu prywatnym bez związku z terapią, prowadzi zdalną sesję w czasie jazdy samochodem, ocenia, umniejsza zgłaszane problemy, mówi, że cierpienie uszlachetnia, jest nastawiony na fakty, a nie na emocje, ma na wszystko gotową diagnozę, wymijająco odpowiada na pytania o kompetencje, erotycznie komentuje wygląd i wypowiedzi, łamie zasadę poufności, proponuje kontakty towarzyskie lub seksualne (P. Kowalczyk, 2024; Troszczyńska, 2024).

Kompetencje właściwe dla psychologa są odmiennie definiowane przez uczelnie akademickie, organizacje certyfikujące oraz stowarzyszenia zawodowe (Roberts i in., 2005). Zasadniczo przyjmuje się, że kompetencja zawodowa to „powszechne (powtarzalne) i rozsądne wykorzystywanie komunikowania się, wiedzy, technicznej biegłości, klinicznego rozumowania, wartości

i refleksji w codziennej praktyce, która służy odnoszeniu korzyści przez jednostki i społeczności” (Paluchowski, 2008, s. 38). W listopadzie 2002 roku Stowarzyszenie APPIC (Association of Psychology Postdoctoral and Internship Centers) zorganizowało w Scottsdale spotkanie pod nazwą *Competencies Conference: Future Directions in Education and Credentialing in Professional Psychology*. Podczas konferencji zespoły robocze zajmowały się m.in. kompetencjami niezbędnymi w procesie diagnozowania i interwencji psychologicznej czy też w realizacji działań w obszarze zdrowia psychicznego (Kaslow i in., 2004, 2007). Rezultatem tej konferencji poświęcony był wydany w maju 2004 roku numer specjalny *Journal of Clinical Psychology* pod redakcją Nadine J. Kaslow. W konsekwencji APA powołało w 2006 roku grupę Assessment of Competency Benchmarks Work Group, która w 2007 roku opracowała specjalny raport (APA, 2007). Charakterystycznym elementem prezentowanych propozycji był silny nacisk na rozwojowy charakter kompetencji zawodowych.

Natomiast takim europejskim przedsięwzięciem była dyskusja w latach 2001–2003 nad Europejskim Dyplomem Psychologa oraz ogłoszenie jej efektów przez Europejską Federację Zawodowych Towarzystw Psychologicznych w specjalnym raporcie (EuroPsy, 2022). Przyjęto, że zawodowe kompetencje psychologiczne podzielić można na dwie grupy: kompetencje podstawowe, które są specyficzne dla zawodu psychologa i odnoszą się do psychologicznych aspektów procesu praktyki zawodowej oraz kompetencje realizacyjne (wspomagające), które umożliwiają praktykowi skuteczne świadczenie usług zawodowych i są współdzielone z innymi zawodami tego typu. Zarówno kompetencje podstawowe, jak i wspomagające są niezbędne do świadczenia usług w profesjonalnie akceptowalny sposób (EuroPsy, 2022). Kompetencje podstawowe obejmujące 20 kompetencji podzielono na sześć grup:

1. Określanie celów usługi psychologicznej (analiza potrzeb klientów oraz określanie i negocjowanie celów; ang. *goal specification*).
2. Diagnoza psychologiczna (zarówno jednostek, jak i grup, organizacji czy sytuacji oraz znajomość odpowiednich narzędzi; ang. *assessment*).
3. Projektowanie usług psychologicznych (określenie – na podstawie psychologicznych teorii i metod – celu, beneficjentów, dostosowanie do warunków, określenie użyteczności i sposobu badania poziomu zadowolenia; ang. *development*).
4. Przeprowadzanie interwencji (umiejętność identyfikowania i planowania, konkretyzacja potrzeb i warunków interwencji bezpośredniej i pośredniej w celu rozwoju działalności; ang. *intervention*).

5. Monitorowanie i ocena realizacji interwencji (wybór i stosowanie odpowiednich technik pomiarowych; ang. *evaluation*).
6. Zwrotne przekazywanie informacji ustne i pisemne (komunikowanie klientom informacji w sposób dostosowany do ich możliwości; ang. *communication*).

Wyróżniono też osiem kompetencji realizacyjnych, którym powinna towarzyszyć krytyczna refleksja nad własną praktyką zawodową i posiadanymi kompetencjami:

1. Umiejętność wyboru profesjonalnej strategii rozwiązywania problemów zawodowych.
2. Stały rozwój zawodowy, aktualizowanie i rozwijanie swoich podstawowych i realizacyjnych kompetencji, wiedzy i umiejętności zgodnie ze standardami i wymaganiami zawodu psychologa.
3. Podtrzymywanie relacji z innymi specjalistami i organizacjami.
4. Opracowywanie nowych interwencji, usług i produktów oraz generowanie nowych form działalności zawodowej (ang. *research & development*).
5. Wykorzystywanie aktualnych lub nowych produktów i usług oraz kontaktowanie się z obecnymi lub potencjalnymi klientami (ang. *marketing & sales*).
6. Umiejętność zarządzania własną działalnością zawodową, monitorowanie potrzeb i satysfakcji klientów, identyfikowanie możliwości rozszerzenia działalności zawodowej (ang. *account management*).
7. Zarządzanie personelem (ang. *practice management*).
8. Stała dbałość o jakość świadczonych usług.

Ciekawym rozwiązaniem przyjętym w Europejskim Dyplomie Psychologa jest zastosowanie 4-stopniowej skali do określenia poziomu kompetencji psychologa: 1) posiada podstawową wiedzę i umiejętności, ale nie są one wystarczająco rozwinięte, 2) posiada kompetencje do wykonywania zadań, lecz wymagające wskazówek i nadzoru, 3) posiada kompetencje do wykonywania podstawowych zadań bez wskazówek lub nadzoru oraz 4) posiada kompetencje do wykonywania złożonych zadań bez wskazówek lub nadzoru (EuroPsy, 2022).

Kodeksowe ujęcie kompetencji zawodowych i zawarte tam postulaty tworzą pozytywny obraz pracy psychologa (CTPB, 2019; Józefik i in., 2007; PFP, 2019; PSPI, 2024; PTP, 2018b). Psychologowie przyjmują odpowiedzialność za swoją pracę zawodową, decyduje i zalecenia (rekomendacje), monitorują skuteczność swoich usług i pracują nad poprawą nieskutecznych zaleceń.

Starają się przewidzieć zarówno krótko-, jak i długofalowe skutki swoich działań i biorą za nie odpowiedzialność. Kodeksy etyki zawodowej psychologów zobowiązują ich do kontynuowania rozwoju i aktualizacji kompetencji zawodowych przez systematyczne uczestnictwo w dodatkowych szkoleniach, warsztatach, treningach, seminariach, konferencjach, w superwizjach koleżeńskich oraz poprzez lekturę specjalistycznych publikacji i wyników badań naukowych, a w razie możliwości prowadzenie własnej pracy badawczej.

Ważnymi elementami kompetencji zawodowych są znajomość standardów etycznych, stosowanie się do nich, wrażliwość na zawodowe problemy etyczne oraz umiejętność podejmowania decyzji w tym obszarze. Psychologowie rozumieją znaczenie i rolę różnic indywidualnych, a co za tym idzie – przejawiają szacunek wobec ludzi niezależnie od różnic między nimi. Ich działania zawodowe nie mają charakteru dyskryminacyjnego ani nie prowadzą do etykietyzacji w zależności od płci, orientacji seksualnej, wieku, narodowości, pochodzenia etnicznego, religii, statusu społeczno-ekonomicznego czy stanu zdrowia odbiorcy. Jednocześnie psycholog powinien posiadać kompetencje w zakresie kulturowej wrażliwości. Wydaje się naturalne, że – przyjmując za punkt wyjścia poszanowanie autonomii jednostki – informacje o stanie zdrowia, wynikach badań diagnostycznych czy postępach w leczeniu przekazuje się najpierw pacjentowi, a potem (za jego zgodą) rodzinie. W kulturze arabskiej lekarz powinien przekazać diagnozę najpierw członkom rodziny pacjenta, a oni decydują, czy i w jakim zakresie poinformować chorego. Szczerość w informowaniu pacjenta o jego chorobie nie jest uważana za cnotę, a raczej brak wiary i nadziei (Marchewka i Amin, 2021).

Zgodnie z zaleceniami kodeksów psychologowie starają się utrzymać wysoki standard kompetencji w swojej pracy. Psycholog powinien być świadomy granic swojej specjalistycznej wiedzy, własnych umiejętności i respektować je, a także znać ograniczenia stosowanych metod, które mogłyby istotnie wpływać na jakość podejmowanych działań zawodowych. Swoje umiejętności i wiedzę zawodową powinien przedstawiać zgodnie z prawdą i nie wprowadzać w błąd w kwestii m.in. swojego wykształcenia, doświadczenia, kompetencji zawodowych, stopnia akademickiego, przynależności do organizacji zawodowych czy naukowej podstawy swoich działań zawodowych. Obszar wskazywanej specjalizacji zawodowej powinien znajdować potwierdzenie w posiadanym wykształceniu, udokumentowanych osiągnięciach bądź być poświadczony odpowiednimi certyfikatami, zaświadczeniami lub dyplomami.

Psycholog powinien być świadomy, że kompetencje wymagane w świadczeniu usług różnią się w zależności od specyficznych cech poszczególnych grup odbiorców. Powinien oferować jedynie te usługi, które są zgodne z jego wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, istniejącym stanem wiedzy, czynnikami osobistymi, środowiskowymi i kulturowymi. W dziedzinach, w których nie istnieją jeszcze jasno określone standardy, psycholog zobowiązany jest do przestrzegania koniecznych środków ostrożności, kierując się dobrem swoich klientów (CTPB, 2019; Józefik i in., 2007; PFP, 2019; PSPI, 2024; PTP, 2018b).

Osoby realizujące rolę zawodową psychologa współdzielą odpowiedzialność za poziom swoich kompetencji z uczelniami prowadzącymi kształcenie na kierunku psychologia, stowarzyszeniami takimi jak Polskie Towarzystwo Psychologiczne (PTP, 2023), Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów (OZZP, 2024), organizacjami psychoterapeutów, Komitetem Psychologii PAN (KPPAN, 2020), instytucjami organizującymi studia podyplomowe, kursy i warsztaty, a także psychologicznymi czasopismami naukowymi, w tym popularnonaukowym czasopismem *Charaktery* (Brzeziński, 2014). W dyskusji prowadzonej w 2011 roku na łamach *Roczników Psychologicznych* Jerzy Brzeziński (2011b) wskazał kilka ważnych problemów dotyczących studiów psychologicznych oraz standardów akademickich.

Studia psychologiczne cieszą się nieustającą popularnością. W 2023 roku w stosunku do roku 2019 liczba studentów na kierunku psychologia wzrosła o 165,01%, podczas gdy na kierunkach z dziedziny nauk społecznych ten wzrost wynosił 155,79% (Koszur i in., 2024, s. 10; Koszur i in., 2025, s. 13). Nie jest to więc efekt wzrostu zapotrzebowania na usługi psychologiczne ani szczególnej popularności tego kierunku, choć oczywiście relatywnie wzrost ten jest zauważalny. Nie towarzyszy temu kontrola instytucjonalna nad prowadzonymi studiami, kursami podyplomowymi i szkoleniami mającymi w tytule nazwę „psychologia”¹⁹, co sugeruje, że ich ukończenie daje wykształcenie

¹⁹ Negatywnymi przykładami mogą być: Instytut Psychologii Stosowanej (<https://www.psychologia.org/wykladowcy/>, dostęp: 15.12.2025), Bałtycki Instytut Psychologii (<https://www.bipa.edu.pl/>, dostęp: 15.12.2025), korespondencyjny kurs psychologii (<https://eskk.pl/kurs-psychologia>, dostęp: 15.12.2025), liczne kursy Instytutu Neurolingwistyki (https://nlp.pl/?product_cat=praktyczne-nlp, dostęp: 15.12.2025), oparte na koncepcji neurolingwistycznej szkolenia w zakresie uwodzenia prowadzone przez firmę zarejestrowaną w Wielkiej Brytanii NLS (<http://www.nls.pl/index.php/trenerzy>, dostęp: 15.12.2025) czy Chirurgia Głębinowa Psychologiczna księcia Marka Światopełka Świętopełka Zawadzkiego (<https://>

uprawnijące do świadczenia usług psychologicznych (Koszur i in., 2025), i jednocześnie pokazuje, jak bardzo potrzebne jest podkreślanie, że nauczanie psychologii musi opierać się na empirycznych badaniach naukowych (Brzeziński, 2011a). Prowadzi to do dopuszczania do zawodu osób o coraz niższych kwalifikacjach, a w efekcie obniżania rangi społecznej zawodu psychologa. Pożądanym rozwiązaniem wydaje się wprowadzenie wymogu zdania egzaminu państwowego jako warunku uzyskania licencji zawodowej, analogicznie jak w przypadku zawodu lekarza (typu LEK – Lekarski Egzamin Końcowy). Taki egzamin to istotny etap przejścia z edukacji akademickiej do praktyki klinicznej.

Inną perspektywę w tej dyskusji prezentuje Toeplitz-Winiewska. Jej zdaniem (Toeplitz-Winiewska, 2011; por. też Łukaszewski, 2011) ważnym elementem społecznych oczekiwań wobec psychologów jest wąsko spostrzegany aspekt misyjny zawodu psychologa praktyka – niesienie ludziom pomocy w rozwiązaniu ich trudnych życiowych problemów. Z tego punktu widzenia dla studentów psychologii wiedza naukowa przydaje się jedynie do zaliczania semestrów studiów i wydaje się „niepraktyczna”. Jednocześnie studenci nie są świadomi, że większość praktycznych działań to diagnozowanie dla celów opiniowania czy orzekania, a nie psychoterapia czy ogólniej pomaganie. Tego można się nauczyć raczej po zakończeniu studiów, w ramach kursów podyplomowych. Studia psychologiczne nie są bowiem *sensu stricto* studiami zawodowymi – dają jedynie podstawę do późniejszej specjalizacji i zdobywania doświadczenia zawodowego. Zdaniem Toeplitz-Winiewskiej (2011) lepszym rozwiązaniem od państwowej licencji byłoby wydawanie odpowiednich certyfikatów przez samorząd zawodowy.

W dyskusji pojawiły się też głosy (Kowalik, 2011), że wizja zaprezentowana przez Brzezińskiego (2011a) jest nadmiernie scjentyistyczna i promuje wyłącznie doświadczenie zawodowe, a pomija ważność doświadczenia życiowego (tożsamego z wiedzą zdroworozsądkową; Maruszewski, 1989). Jednak w jego opinii (Brzeziński, 2011b) skuteczną realizację zadań zawodowych zapewnia empiryczna wiedza naukowa z zakresu psychologii i „[a]by być dobrym psychologiem, profesjonalista nie musi [...] kochać ludzi” (s. 94). Trudno też pogodzić jego zdaniem propagowanie niejednorodnych studiów psychologicznych (3 + 2 lata) z dobrym przygotowaniem do zawodu.

Z inicjatywy Uniwersytetu SWPS oraz Uniwersytetu Jagiellońskiego 22 kwietnia 2024 roku odbyła się konferencja „Kształcenie psychologiczne w Polsce” (Koszur i in., 2024). W odpowiedzi na zróżnicowanie efektów uczenia się w programach studiów psychologicznych i – co za tym idzie – poziomu kształcenia na konferencji padła propozycja Pełnomocnika Ministra Nauki ds. jakości kształcenia dotycząca powołania przez Ministra Nauki zespołu ds. opracowania standardów kształcenia na kierunku psychologia. Takie standardy opublikowano już w 2000 roku (por. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, 2007; Brzezińska i in., 2000; Brzeziński i in., 2004; D. Doliński, 2004). Odpowiedzialność uczelni wykracza poza funkcję miejsca tworzenia i przekazywania wiedzy o otaczającej nas rzeczywistości – obejmuje ona także propagowanie wartości akademickich i wrażliwości społecznej oraz akcentowanie wartości etycznych w realizacji przyszłej roli zawodowej (D. Doliński, 2011; Jastrzębska i Przybysz, 2019).

Pojawia się zasadnicze pytanie o potrzebę wprowadzania i rolę takich standardów po blisko 20 latach ich braku w kształceniu psychologów. Z jednej strony istnieje przekonanie o autonomii uczelni wyższych, a z drugiej akceptuje się zwyczajowe jej ograniczanie przez przepisy ustawowe (Błażejowski, 2004). Dyplomy ukończenia studiów są dokumentem państwowym, więc ustawowe określanie także standardów kształcenia nie budzi zasadniczych wątpliwości, szczególnie jeśli weźmie się pod uwagę to, że w roku akademickim 2024/25 w Polsce działały 352 uczelnie, w tym ok. 60% to uczelnie prywatne (GUS, 2025). Pod pojęciem standardów kształcenia rozumie się w ujęciu ogólnym zestaw wymagań dotyczących programu studiów, których realizacja jest obligatoryjna na danym kierunku studiów we wszystkich uczelniach w kraju (Rocki i Macioł, 2004). W efekcie ustaleń został powołany Zespół ds. opracowania propozycji reguł i wymagań w zakresie kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu psychologa (Ministerstwo Nauki, 2024). Według Aleksandry Pilarskiej (komunikacja osobista, 5 sierpnia 2025 roku) Zespół opracował i złożył standardy w przewidzianym przez rozporządzenie Ministra terminie, tzn. przed 31 grudnia 2024 roku²⁰. Przygotowując standardy dla psychologii, Zespół bazował m.in. na standardach Komitetu Nauk Psychologicznych PAN z 2004 roku oraz standardach EuroPsy.

²⁰ Propozycja nie została opublikowana.

Nasza propozycja była również opiniowana przez ekspertów PKA. Na posiedzeniu nadzwyczajnej podkomisji sejmowej dotyczącej projektu ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządu zawodowego psychologów została przyjęta poprawka nowelizująca ustawę Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, która wprowadza zapis o obowiązku ogłoszenia przez ministra właściwego ds. nauki standardów kształcenia na kierunku psychologia. Standardy te mają mieć zastosowanie w procesie kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu psychologa, niezależnie od statusu instytucji kształcącej.

Analiza oceny własnych kompetencji dokonanej przez 239 studentów psychologii (Mleczkowska, 2023) wskazuje, że oceniali je oni stosunkowo wysoko, przy czym wyższe oceny kompetencji deklarowały osoby studiujące w trybie stacjonarnym. W badaniach przeprowadzonych z wykorzystaniem autorskiej metody, tj. Listy Kompetencji Psychologa, obejmujących incydentalną próbę 128 studentów psychologii (I i V rok studiów), pedagogiki, medycyny i prawa, w wyniku eksploracyjnej analizy czynnikowej stwierdzono możliwość wyodrębnienia czterech czynników kompetencji: znajomość metod psychologicznych i metod pracy psychologa, współpracę i dostosowanie się do klienta, prowadzenie pracy naukowej i profilaktyki oraz współpracę ze specjalistami (Bilska, 2010). Porównując znaczenie przypisywane poszczególnym kompetencjom z listy 41 kompetencji analizowanych przez studentów I i ostatniego roku psychologii, Agnieszka Bilska (2010) wykazała, że ci ostatni niżej oceniają wagę umiejętności samodzielnego konstruowania metod przez psychologów, umiejętności rehabilitacji psychologicznej chorych po przebytych ostrych chorobach internistycznych, prowadzenia naukowych badań psychologicznych oraz przygotowywania naukowych referatów i raportów (kompetencje te były oceniane istotnie niżej także w porównaniu ze studentami niestudującymi psychologii).

W odniesieniu do dobra odbiorców usług psychologicznych o charakterze pomocy czy terapii można stwierdzić, że w pewnym stopniu chronią je listy certyfikatów: Lista Certyfikowanych Psychoterapeutów i Supervisorów Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (PTP, b.d.; na podstawie art. 9 Statutu PTP) obejmująca 455 nazwisk i instytucji czy lista 11 członków Związku Stowarzyszeń Polska Rada Psychoterapii wydających certyfikaty psychoterapeuty (Polska Rada Psychoterapii, b.d.). Istnieje też Lista Certyfikowanych Konsultantów Kryzysowych (IPTK, b.d.), Lista Psychologów Klinicznych (Sitnik-Warchulska i Warchulski, 2025) oraz Centralny Rejestr Lekarzy (NIL, 2019).

W ramach postulatu zawodowej i społecznej odpowiedzialności kodeksy etyki zawodowej psychologów zobowiązują ich m.in. do kontynuowania rozwoju i aktualizacji kompetencji zawodowych zarówno w obszarze opiniowania oraz orzekania, jak i pomocy psychologicznej oraz psychoterapii (de Barbaro, 2013; Filipiak i in., 2015; Kalita i in., 2021; Makara-Studzińska i in., 2010; Oleś, 2015; Paluchowski, 2012a). W projekcie ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów skierowanym do Sejmu (Ustawa o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów. Projekt, 2025) w art. 29 przewiduje się obowiązek doskonalenia zawodowego w formie kształcenia ustawicznego w tzw. okresach edukacyjnych. Przebieg doskonalenia zawodowego dokumentuje się w karcie doskonalenia zawodowego, którą prowadzi regionalna rada.

Zasady doskonalenia zawodowego psychologów określi Krajowa Rada Psychologów. Brakuje jednak szczegółowych regulacji, można natomiast – *per analogiam* – odwołać się w tym zakresie do zawodu lekarza i jego obowiązku doskonalenia zawodowego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 roku w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków, Dz.U. 2022, poz. 464). W przypadku lekarzy okres edukacyjny (rozliczeniowy) trwa cztery lata i w tym czasie trzeba zebrać co najmniej 200 punktów edukacyjnych, jednak ich nadwyżka nie przechodzi na następny okres. Najwyżej punktowane jest uzyskanie stopnia naukowego doktora²¹, doktora habilitowanego lub tytułu profesora w zakresie nauk medycznych, za co przysługuje 200 punktów. Napisanie i publikacja fachowej książki medycznej, rozdziału w takiej książce lub edukacyjnego programu multimedialnego pozwala na uzyskanie 100 punktów, a tłumaczenie takiej książki – 30 punktów. Poza punktami za szkolenia specjalizacyjne (50 punktów za każdy rok określony w programie danej specjalizacji) punkty można otrzymać np. za opublikowanie artykułu w recenzowanym, specjalistycznym czasopiśmie medycznym (liczba punktów określona w wykazie ministerialnym lub 20 punktów za inne czasopismo), za referat, doniesienie lub plakat konferencyjny (15 punktów), za indywidualną prenumeratę fachowego czasopisma medycznego wymienionego w ministerialnym wykazie

²¹ Stopień naukowy to nie to samo, co tytuł zawodowy. Doktorat nauk medycznych może zdobyć też osoba, która nie musi posiadać dyplomu ukończenia studiów na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym, co reguluje Ustawa z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz.U. 2024, poz. 1571). Zasadniczo podstawowym wymogiem jest posiadanie tytułu magistra lub magistra inżyniera.

czasopism (po pięć punktów za tytuł, łącznie nie więcej niż dziesięć punktów), za posiadanie aktywnego indywidualnego konta na internetowych edukacyjnych platformach medycznych wskazanych przez Naczelną Radę Lekarską (po pięć punktów, łącznie nie więcej niż dziesięć punktów), za udział w krajowym lub zagranicznym kongresie lub zjeździe, krajowej lub zagranicznej konferencji bądź krajowym lub zagranicznym sympozjum naukowym (jeden punkt za jedną godzinę programu merytorycznego). Odbiorcy powinni mieć możliwość uzyskania dostępu do źródłowych informacji dotyczących poziomu posiadanych kompetencji zawodowych.

Innym ważnym problemem etycznym w praktyce psychologicznej jest potencjalny konflikt interesów wynikający z wiązania ról. Psychologa z odbiorcą rzadko łączy tylko jedna relacja i często specjalista musi balansować między różnymi rolami w stosunku do swojego klienta, co więcej – nie zawsze można przewidzieć pojawienie się podwójnej relacji lub tego uniknąć. W badaniach losowa próba członków Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA) opisała 703 incydenty uznane za etycznie trudne lub niepokojące i podwójne relacje znalazły się na drugim miejscu pod względem częstości występowania (Pope i Vetter, 1992; Szymańska, 2012). Podejmując działania w celu ochrony odbiorców usług psychologicznych, zakłada się, że to psychologowie są odpowiedzialni za wyznaczanie jasnych granic w relacjach zawodowych z klientem. Z etycznego punktu widzenia szczególnie ważny jest konflikt interesów, pojawiający się w przypadku podwójnych czy wielorakich relacji. Pojawia się on wówczas, gdy psycholog przyjmuje jednocześnie lub kolejno (np. zmiana wzajemnych pozycji w czasie) dwie lub więcej ról w stosunku do swojego klienta.

Problem podwójnych (czy wielorakich) relacji można rozpatrywać w kategoriach związanego z nimi zagrożenia (Anderson, 2010). Z jednej strony niektórzy przyjmują, że takie relacje z klientami mogą być i często są korzystne, że w zawodach pomocowych należy oczekiwać nakładania się granic, co może w rzeczywistości stanowić korzystny aspekt relacji zawodowej. Ponadto kontakt poza terapią może ułatwić korzystanie z usług psychologicznych osobom z małych, względnie zamkniętych społeczności czy też mieszkającym na obszarach wiejskich. Z tego punktu widzenia ograniczenia wynikające z kodeksów etycznych jawią się jako niepraktyczne i nieproduktywne. Z drugiej strony inni twierdzą, że podwójne czy wielokrotne relacje mogą prowadzić do niepotrzebnych komplikacji w relacjach zawodowych i być szkodliwe w terapii, nawet jeśli nie wiążą się z kontaktami seksualnymi, więc

należy ich unikać, gdy tylko jest to możliwe. Zatem stanowisko w tej kwestii nie jest konkluzywne, a sformułowanie ostatecznych i bezkontekstowych wskazań jest utrudnione.

Problem podwójnych relacji można rozpatrywać także w społecznej perspektywie. W dyskursie publicznym często oczekuje się od osób publicznych spójności między funkcjonowaniem zawodowym a pozazawodowym. W przypadku oceny polityka często wyciąga się wniosek dotyczący jego kompetencji zawodowych na podstawie moralnej oceny jego zachowań w sferze prywatnej. W odniesieniu do osoby stosującej przemoc fizyczną wobec dziecka dodatkowym argumentem potęgującym społeczne potępienie bywa wskazanie, że sprawca jest z zawodu np. psychoterapeutą. Widoczne jest to także w społecznych oczekiwaniach wobec „dobrego” psychologa – wiele przypisywanych mu cech ma charakter bardziej „prywatny” niż „zawodowy”.

Konflikt interesów ma miejsce wówczas, gdy człowiek zobowiązany jest – w wyniku zewnętrznych okoliczności lub własnych działań – do podwójnej lojalności, czyli powinien realizować cele, których jednoczesne osiągnięcie nie jest możliwe w danej sytuacji. Pojawia się on najczęściej wtedy, gdy w kolizję wchodzi interes prywatny i odpowiedzialność publiczna osoby czy instytucji mającej prawo do podjęcia konkretnej decyzji. Konflikt interesów to osobista sytuacja kogoś, kto dysponuje uprawnieniami do decydowania w sprawach mogących sprzyjać jego własnym interesom, co daje mu przewagę kosztem interesu innych (Różyńska i in., 2021). Znalezienie się w tej sytuacji, o ile nie wynika z celowych działań i zaniechań, nie jest czymś złym samo w sobie. Specyficznym rodzajem konfliktu interesów jest taki przypadek, kiedy interesy jednego z odbiorców usługi psychologicznej są bezpośrednio lub pośrednio niekorzystne dla innego klienta i potencjalnie ograniczają z tego powodu odpowiedzialność usługodawcy (ang. *concurrent conflict of interest*).

Konflikt interesów może mieć charakter rzeczywisty i potencjalny. W pierwszym przypadku człowiek realizuje swój prywatny interes kosztem interesu osoby korzystającej z jego usług lub interesu publicznego. Z kolei konflikt interesów ma charakter potencjalny, gdy istnieje prawdopodobieństwo, że interes firmy bądź publiczny zostanie zdominowany przez interes prywatny. Okolicznością, która szczególnie sprzyja przekształceniu się potencjalnego konfliktu interesów w konflikt rzeczywisty, jest reguła wzajemności. Stanowi ona jedno z najsilniejszych narzędzi wpływu społecznego. Naganne jest nie tylko faktyczne wykorzystywanie swojej pozycji dla własnych interesów,

leczyć także samo dopuszczenie do takiej możliwości. Pogląd ten w uogólnionej postaci wyraża stare chińskie powiedzenie, że nie ma nic złego w tym, iż klasztor żeński znajduje się naprzeciw męskiego, ale może być, dlatego należy takiej sytuacji unikać.

Przypadek wielorakich relacji obejmuje co najmniej dwie role dla psychologa (zawodową i pozazawodową) i co najmniej dwie dla odbiorcy (usługobiorcy i prywatną). Ogólnie, z relacją wieloraką mamy do czynienia, gdy oprócz roli profesjonalnej psycholog aktualnie pełni lub w przeszłości pełnił też inną pozazawodową rolę wobec klienta lub osoby blisko z klientem związanej bądź może w przyszłości pełnić inną rolę (Zur, 2017). Zazwyczaj w kodeksach takie relacje nazywane są „nieprofesjonalnymi interakcjami”, choć bardziej trafne jest określenie „pozaprofesjonalne relacje”.

W praktyce wskazanie, co jest taką podwójną relacją, może budzić wątpliwości (Sonne, 2006). W rzeczywistych warunkach niemożliwe jest wyraźne rozgraniczenie roli zawodowej i pozostałych ról społecznych konkretnej osoby. Intensywność relacji w ramach tych ról rzadko jest taka sama, co utrudnia jednoznaczne rozpoznanie nieseksualnej wielokrotnej relacji z klientem, a następnie podjęcie decyzji, czy się w nią zaangażować (Pope i Vetter, 1992). W konkretnej sytuacji zdefiniowanie sytuacji wymaga uwzględnienia różnych czynników, leżących po stronie zarówno terapeuty, jak i klienta, a także treści relacji terapeutycznej i innych czynników kontekstowych (Sonne, 2006). Niektórzy psychologowie są krytycznie nastawieni do ustalania sztywnych granic zawodowych, argumentując, że sprowadza to relację zawodową do mechanicznego realizowania ogólnych standardów, upraszcza jej złożoną naturę (szczególnie podczas psychoterapii, choć wbrew potocznej opinii są to rzadkie przypadki; Gottlieb i Younggren, 2009) oraz redukuje ją do przestrzegania swoistej „instrukcji obsługi” (Koocher i Keith-Spiegel, 2021). Nie zmienia to jednak faktu, że relacja, w której wykorzystuje się odbiorcę usługi psychologicznej i przekracza granice ról dla własnej satysfakcji psychologa, zawsze powinna być analizowana pod względem etycznym oraz efektywnościowym i z perspektywy odbiorcy (Koocher i Keith-Spiegel, 2021; Pope i Keith-Spiegel, 2008).

Relacja psycholog – klient jest asymetryczna pod względem władzy, a to może nieść ryzyko wykorzystania tej przewagi (Gottlieb, 1993). Im większa jest ta asymetria (i co za tym idzie – władza), tym większe prawdopodobieństwo nawiązania takiej relacji. Istotne jest to, jak długo trwa relacja profesjonalna, ponieważ zakłada się, że zakres władzy zwiększa się z czasem.

Istotne jest również określenie, czy odbiorca i psycholog będą kontynuować kontakt zawodowy. Zapewne sytuacja ta różni się w zależności od formy pracy: podczas orzekania relacja kończy się wraz z zakończeniem działań psychologa, natomiast w terapii rodzinnej może pojawiać się poczucie ciągłości zobowiązań wobec rodziny (Gottlieb, 1993).

W kodeksach etyki zawodowej postuluje się, aby nie wchodzić w relacje intymne (romantyczne, miłosne, erotyczne, seksualne) z klientami (niekiedy wskazuje się minimalny czas od zakończenia relacji profesjonalnej), nie nawiązywać z odbiorcami relacji towarzyskich (zaprzyjaźniać się), nie wchodzić z nimi w relacje służbowe (typu przełożony – podwładny) ani biznesowe i/lub usługowe. Ostatni przypadek dotyczy zakazu realizacji jakichkolwiek wspólnych z odbiorcą przedsięwzięć czy interesów (jedyną dopuszczalną wymianą pieniężną jest ustalone honorarium będące zapłatą za pracę psychologa). Psycholog powinien więc unikać jednoczesnego i/lub rozłożonego w czasie łączenia ról zawodowych z rolami pozazawodowymi i pozostawać wyłącznie w relacji zawodowej z odbiorcą usługi psychologicznej.

Zasadniczo należy być wrażliwym na takie etyczne wskazania, jak nieszkodzenie, niewykorzystywanie, ochrona poufności, działanie wyłącznie po uzyskaniu świadomej i opartej na wiedzy zgody oraz traktowanie ludzi z szacunkiem dla ich godności jako istot ludzkich. Jeżeli klientów jest więcej (np. w przypadku terapii rodzinnej), wówczas należy możliwie jasno zdefiniować granice relacji i naturę zobowiązań, w tym także między klientami (np. zakres poufności). Jeśli postępowanie się toczy z inicjatywy trzeciej strony (np. sądu), należy od początku wyraźnie określić naturę relacji między stronami i potencjalny sposób wykorzystania wyników (konsekwencje prawne, finansowe itp.), by unikać fałszywych oczekiwań.

Ofer Zur (2014) opisuje 26 różnych typów relacji podwójnych lub wielorakich w psychoterapii i poradnictwie, ujętych w kilka grup. Jego zdaniem należy wyraźnie wskazać, że nie wszystkie wielokrotne relacje są nieetyczne i często szkodliwe, oraz wyraźnie odróżnić nieetyczne relacje wielokrotne od etycznych, korzystnych dla klientów i skuteczności procesu terapeutycznego. Bywają relacje prawnie nakazane i obowiązkowe (np. w wojsku, więzieniach, zakładach psychiatrycznych itd.), relacje nieuniknione o charakterze społecznym (np. w małych miastach czy wsiach), nieoczekiwane wielokrotne relacje (kiedy np. okazuje się, że osoba bliska klientowi jest też związana z osobą bliską specjalście lub gdy znają się oni np. ze szkoły lub internetu itp.). Zur zwraca uwagę również na to, że pomocne relacje wielokrotne to takie, w których

klienci wyraźnie z nich korzystają, a neutralne relacje mają miejsce wtedy, gdy role zawodowe i inne współistnieją bez znaczącego wpływu na klienta. Podkreśla on, że etyczne relacje wielokrotne muszą mieścić się w parametrach określonych przez różne kodeksy etyczne na podstawie dominującego w środowisku zawodowym osądu psychologów zaangażowanych w podobne działania w podobnych okolicznościach (Zur, 2014).

W badaniach obejmujących 2130 osób, z wykorzystaniem analizy czynnikowej, wyodrębniono trzy grupy podwójnych relacji (Borys i Pope, 1989):

1. Jednorazowe, incydentalne zaangażowanie (ang. *incidental involvements*) – dotyczy sytuacji, w których granice profesjonalne zostały przekroczone z inicjatywy klienta (np. przyjmowanie prezentów lub przyjęcie zaproszenia od klienta z okazji szczególnego wydarzenia).
2. Zaangażowanie społeczne/finansowe (ang. *social/financial involvements*) – obejmuje takie zachowania, jak np. przyjęcie usługi lub produktu jako zapłaty za terapię, sprzedaż produktu klientowi, kupowanie towarów lub usług od klienta, zapraszanie klientów na otwarcie biura/kliniki, ujawnianie klientowi szczegółów swoich aktualnych stresów osobistych, wychodzenie z klientem na posiłek po sesji, zapraszanie klientów na prywatne imprezy lub wydarzenia towarzyskie, zatrudnienie klienta, zaprzyjaźnienie się z klientem po zakończeniu terapii czy angażowanie się w aktywność seksualną z klientem po zakończeniu terapii.
3. Podwójne role zawodowe (ang. *dual professional roles*) – obejmują takie działania, jak np. prowadzenie terapii dla swojego pracownika lub osoby bliskiej klientowi, zapewnienie terapii obecnemu studentowi lub supervisorowi.

Dwie ostatnie grupy wskazane są jako naganne w kodeksie etyki zawodowej APA.

Oczywiste jest, że stosunkowo łatwo dochodzi do powstawania wielorakich relacji oraz związanych z nimi dylematów wymagających rozstrzygnięcia (Lankster i in., 2019). Zawsze jest szansa na spotkanie kogoś znajomego (pośrednio lub bezpośrednio), a to może prowadzić do naruszania różnych kodeksowych zakazów. Jednak nie każda relacja podwójna czy wieloraka jest z definicji naganna (Glass, 2003). Jeżeli psycholog uważa, że podwójna relacja może być potencjalnie korzystna (w ramach relacji zawodowej) dla (aktualnego lub byłego) odbiorcy, powinien przed zainicjowaniem takiej relacji przeanalizować przesłanki do jej nawiązania, potencjalne korzyści

i przewidywane konsekwencje (w tym możliwości uniknięcia/zmniejszenia negatywnych skutków).

Dobrze, jeśli potrafimy spojrzeć z perspektywy odbiorcy, zanalizować i opisać taką sytuację oraz ocenić stopień naruszenia odrębności ról (Gottlieb, 1993). Ułatwi to poszukiwanie odpowiedzi na kilka podstawowych pytań (Younggren, 2002):

Czy ta podwójna relacja jest konieczna (nieunikniona, nakazana)?

To podstawowe pytanie. Jeśli podwójna relacja jest konieczna, profesjonalista musi odpowiedzieć na kolejne pytanie:

Czy relacja ta prowadzi do wykorzystania jednej ze stron?

Wykorzystywanie odbiorców jest nieetyczne, a jeśli ta konkretna podwójna relacja prowadzi do tego, jest to niedopuszczalne. Jeżeli realizowanie własnych celów profesjonalisty w tej relacji nie jest oczywiste lub można go uniknąć, specjalista jest zmuszony odpowiedzieć na następne pytanie:

Kto odnosi korzyści z tej podwójnej relacji?

Ocena korzyści z podwójnej relacji nie zawsze jest prosta. Na przykład w małych społecznościach, gdzie tylko jedna osoba świadczy usługi psychologiczne, unikanie przez psychologa podwójnej relacji byłoby ewidentnie niekorzystne dla jego potencjalnych usługobiorców, bo utrudniałoby osobie w trudnej sytuacji uzyskanie pomocy lub stygmatyzowałoby członka tej społeczności, z którą psycholog nie nawiązałby pozaprofesjonalnej relacji biznesowej.

Czy istnieje ryzyko, że ta relacja może ranić odbiorcę, naruszyć jego autonomię czy zasadę poufności?

To także bywa czasami trudne do jednoznacznej oceny. Pozostaje więc zminimalizowanie ryzyka wystąpienia potencjalnej szkody.

Czy istnieje ryzyko, że ta relacja naruszy relację terapeutyczną (profesjonalną) i w efekcie zmniejszy jej efektywność czy okazjonalnie obniży kompetencje psychologa?

Podobnie jak wcześniej, odpowiedź nie jest prosta ze względu na konkretne okoliczności i kontekst. Kwestia ta również powinna zostać omówiona i uzgodniona z odbiorcą przed nawiązaniem pozaprofesjonalnej relacji.

Czy ze względu na tę relację psycholog jest stronniczy w ocenie jej skutków?

Odpowiedź na to pytanie jest bardzo trudna, ponieważ stronniczość osłabia obiektywizm oceny. Dlatego w takiej sytuacji korzystna jest zawodowa superwizja formalna czy koleżeńska lub nawet konsultacja z innym specjalistą

(np. prawnikiem). Konsultacja powinna być uznana za rutynowy element przy podejmowaniu decyzji.

Czy psycholog w sposób możliwie kompletny udokumentował sposób podejmowania decyzji we wskazanych kwestiach?

W przypadku ziszczenia się najgorszego scenariusza i powstania szkody po stronie odbiorcy brak dokumentacji w opisanych sprawach zawsze świadczy na niekorzyść psychologa, niezależnie od jego słów, deklaracji i zapewnień. Oczywiście, z dokumentacji może wynikać zbyt mała aktywność psychologa na rzecz minimalizowania szkody, jednak jej istnienie świadczy o tym, że rozważał on sposób zarządzania potencjalnym ryzykiem. Prowadzenie dokumentacji odzwierciedlającej starannie przemyślany proces decyzyjny może stanowić ważny element obrony przed zarzutami o wykroczenia zawodowe oraz zaniedbania ze strony psychologa, który zdecyduje się zaangażować w podwójną relację.

Czy odbiorca posiada wiedzę o konsekwencjach takiej relacji (i/lub innych ryzykach) i na tej podstawie wyraził na nią swoją zgodę? Czy rozważano te konsekwencje możliwie wcześniej (na początku)? Podobnie jak w innych okolicznościach pojawia się problem związany z wyrażeniem opartej na wiedzy zgody na działania profesjonalne. Oznacza to w tym przypadku pozytywną odpowiedź na pytanie, czy odbiorca zna i rozumie możliwe dylematy i zagrożenia (niedotyczące odejścia od standardów postępowania lub wiążące się z poważnym ryzykiem) wynikające z istnienia relacji pozaprofesjonalnej. Jeśli tak jest, to pojawia się następne pytanie o to, czy dokumentacja potwierdza, że pacjent został poinformowany i wyraża zgodę na taką relację. Decyzja o wejściu w podwójną relację z odbiorcą nie powinna być podejmowana w sposób przypadkowy i pochopny.

Także środowisko zawodowe i instytucje stawiają nam wymagania odnośnie do konsekwencji naszych działań i ich wpływu na utrzymanie zaufania publicznego oraz reputacji zawodu poprzez samokontrolę zawodową, w tym kontrolę narzędzi i metod działań zawodowych. Z tego punktu widzenia ważne jest też kształtowanie tożsamości zawodowej oraz przyczynianie się do rozwoju zawodu poprzez mentoring, nauczanie i superwizję. Dariusz Doliński (2011) wskazuje, że środowisko zawodowe może być rozumiane szeroko: „[...] psychologia jako nauka dostarcza wiedzy o mechanizmach różnych ludzkich zachowań i wszędzie tam, gdzie chodzi o przewidywanie, wyjaśnianie i wpływanie na ludzkie zachowania, właśnie psycholog może i powinien odgrywać konstruktywną rolę” (s. 49). W tym przypadku jednak

środowisko zawodowe rozumiane jest w sposób węższy i dotyczy „zawodu regulowanego”.

Superwizja jest istotnym sposobem dzielenia się z innymi specjalistami swoją wiedzą i doświadczeniem oraz ponoszenia odpowiedzialności za usługi świadczone przez innych psychologów. Superwizję realizuje się nie tylko w psychoterapii (Gilbert i Evans, 2004; Kennedy i in., 2024; Popiel i Pragłowska, 2013; Skowrońska i Łodej-Sobańska, 2023), ale także w diagnozowaniu oraz innych obszarach działalności zawodowej psychologów (Serkowska, 2012).

Superwizja zazwyczaj obejmuje trzy aspekty: formacyjny, normatywny oraz niekiedy wzmacniający. Przez superwizję rozumie się działania związane z zawodową i społeczną odpowiedzialnością za profesjonalne usługi świadczone pod nadzorem bardziej doświadczonego członka społeczności zawodowej na rzecz młodszego członka lub członków tego samego zawodu (Canadian Psychological Association, 2017). Obejmują one obserwację profesjonalnych usług oferowanych klientom, monitorowanie ich jakości i etyki zawodowej, ewaluację, informacje zwrotne, ułatwianie samooceny oraz wzmacnianie samoświadomości superwizowanego, a także nabywanie wiedzy i umiejętności (zarówno profesjonalnych, jak i interpersonalnych) poprzez instruktaż, modelowanie i wzajemne rozwiązywanie problemów w celu rozwijania lub zwiększania kompetencji osoby superwizowanej w ramach procesu interpersonalnego. Superwizja jest zawsze anonimowa – oznacza to, że specjalista, który poddaje swoją pracę superwizji, nie wyjawia w jej trakcie żadnych danych, które pozwoliłyby na zidentyfikowanie któregośkolwiek z jego pacjentów.

Istnieją różne kategorie superwizji. W przypadku superwizji rozwojowej nacisk kładzie się na nauczanie w celu poprawy kompetencji superwizanta. Superwizja administracyjna jest natomiast formą społecznej odpowiedzialności lub kontroli jakości świadczonych usług i certyfikacji osób superwizowanych oraz wymaga od superwizorów i superwizowanych dbania o dobro i interesy osób i grup, które odnoszą bezpośrednie korzyści z usług psychologów (Canadian Psychological Association, 2017). Istnieje też superwizja konsultacyjna, superwizja natychmiastowa lub odroczone (Józefik, 2010). Relacja nadzorcza, jaką jest superwizja, może wiązać się z konfliktem ról, szczególnie gdy obie osoby współpracują ze sobą w innych obszarach niezwiązanych z nadzorem (Anderson, 2010). Często superwizja łączy się z mentoringiem, a superwizor uznawany jest za wzór do naśladowania.

Superwizja wiąże się z oczekiwaniami dotyczącymi technicznych funkcji doradczych, takich jak śledzenie postępów i monitorowanie wyników działań profesjonalnych. Innymi słowy, asymetryczna relacja między superwizorem a osobą superwizowaną obejmuje formalną interakcję, która zapewnia, że superwizowani są odpowiednio monitorowani, aby zagwarantować brak szkód dla ich potencjalnych klientów (Galiński i Gierus, 2023). W tym sensie superwizja ma charakter relacji hierarchicznej, która koncentruje się na nadzorze i transferze wiedzy (Amparbeng i Pillay, 2021).

Mentoring to partnerska relacja, w ramach której wykwalifikowany i doświadczony profesjonalista dzieli się z mniej wykwalifikowaną osobą wiedzą, umiejętnościami oraz informacjami w złożonym, długoterminowym procesie wspierania rozwoju zawodowego i/lub osobistego tej osoby, będąc jednocześnie wzorem do naśladowania, nauczycielem, sponsorem i trenerem (Maślankiewicz, 2016). Wskazuje się na pięć wartości definiujących mentoring: autonomię, niekrzywdzenie, czynienie dobra, sprawiedliwość oraz lojalność (Bakiera, 2016). Mentoring pod wieloma względami jest pojęciem szerszym niż inne formy oddziaływań społecznych, takie jak coaching, tutoring, nauczanie czy psychoterapia, i sprzyja również rozwojowi mentora, a nie tylko rozwojowi psychospołecznemu jego podopiecznego (Bakiera, 2016). Superwizja nie jest synonimem mentoringu i superwizorzy nie zawsze stają się automatycznie mentorami. Mogą oni jednak przyjąć i odgrywać formalnie rolę mentora, celowo pomagając superwizantom w rozwoju zawodowym i osiąganiu sukcesów poprzez zapewnianie stażystom wsparcia zawodowego, emocjonalnego i psychospołecznego (Amparbeng i Pillay, 2021).

Stając w obronie klienta oraz reputacji zawodu, psycholog reaguje na błędy czy naruszenia standardów etycznych przez inne osoby realizujące rolę zawodową psychologa (CTPB, 2019; Józefik i in., 2007; PFP, 2019; PSPI, 2024; PTP, 2018b). Dobro klienta powinno znajdować się bowiem wyżej w hierarchii niż lojalność wobec środowiska zawodowego. Donosicielstwo jest postrzegane negatywnie i uznawane za działanie „poniżej godności”, choć wydaje się, że niekiedy jest ono uzasadnione. Problem wydaje się wynikać z wagi naruszonych powinności etycznych. Normy te, podobnie jak inne, obejmują nakazy o różnym stopniu istotności i intensywności moralnej.

W przypadku problemów etycznych o mniejszej intensywności moralnej może nie być konieczne informowanie przełożonych o każdym przypadku ich przekroczenia, choć wskazane byłoby podjęcie jakichś innych działań

w obliczu naganego postępowania. Taką reakcją może być zwrócenie uwagi, szczerza rozmowa, próba przekonania do własnych racji oraz inne działania naprawcze. W razie potrzeby można się skonsultować z koleżankami lub kolegami, aby zapobiec nieetycznym zachowaniom. Jeżeli te działania okażą się nieskuteczne i/lub naruszenie norm stanowi problem o dużej intensywności czy dotyczy istotnego nakazu bądź zakazu etycznego, wówczas psycholog, aby zapobiec wyrządzeniu szkody pacjentowi, powinien niezwłocznie poinformować o tej sprawie przełożonego danej osoby. Dowodem na to, że nie jest to pomysł z ostatnich lat, jest cytat dotyczący tzw. braterskiego upomnienia (Biblia Tysiąclecia, 2003): „Gdy brat twój zgrzeszy, idź i upomnij go w cztery oczy. Jeśli cię usłucha, pozyskasz swego brata. Jeśli zaś nie usłucha, weź z sobą jeszcze jednego albo dwóch, żeby na słowie dwóch albo trzech świadków oparła się cała sprawa. Jeśli i tych nie usłucha, donieś Kościołowi! A jeśli nawet Kościoła nie usłucha, niech ci będzie jak poganin i celnik!”

Zakłada się (PTPa, b.d.), że na psychologa spoczywa obowiązek odpowiedniego reagowania na naganne zachowania innych osób, obejmujący konieczność uzasadnionego imiennego powiadamiania przełożonych osoby działającej nieetycznie i/lub Komisję Etyczną o nieetycznym postępowaniu koleżanek i kolegów. Poinformowany powinien być tylko bezpośredni przełożony osoby działającej nieetycznie, bez naruszania hierarchii urzędowej. Powinno się to odbyć z zachowaniem pełnej dyskrecji, podczas spotkania „twarzą w twarz”. Dane osobowe osoby, wobec której złożono skargę, oraz osoby ją składającej mają charakter poufny. W czasie rozmowy należy przedstawić sprawę bez wartościowania działania i postawy danej osoby, bez oceniania jej wedle własnych poglądów. Trzeba rzeczowo opisać czyn danej osoby, tak aby przełożony samodzielnie, bez sugestii zgłaszającego problem, mógł ocenić stopień naruszenia norm etycznych i podjąć odpowiednie kroki. Jeśli to działanie nie przyniesie rezultatu, przełożony powinien formalnie powiadomić odpowiednie organy stowarzyszenia zawodowego. Zawiadamiający musi czynić to w poczuciu odpowiedzialności za interes ogółu, ochrony prestiżu zawodu, a nie dlatego, że takie działanie jest dla niego korzystne. Innymi słowy, nie będzie zgodne z zasadami etyki składanie skarg na koleżanki i kolegów z pracy, jeżeli czyni się to np. z zamiarem zemsty czy degradacji danej osoby.

Działania odwetowe wobec osoby składającej skargę również stanowią naruszenie zasad etyki. Również waga przewinienia, o którym przełożony jest informowany, powinna być dość istotna, w przeciwnym razie osoba składająca

skargę zostanie uznana za środowisko raczej za nadgorliwą niż postępującą zgodnie ze zbiorem zasad etyki zawodowej. Jeśli postępowanie toczyć się będzie przed komisją etyki, sądem koleżeńskim czy komisją deontologiczną, to droga i sposób procedowania skarg oraz procedury mediacyjne, korygujące i dyscyplinarne powinny być opisane w odpowiednim kodeksie etyki zawodowej. W badaniach CBOS dotyczących poglądów Polaków na temat sygnalistów prawie 69% respondentów powiadomiłoby zwierzchnika o zauważonych nieprawidłowościach w pracy współpracownika (CBOS, 2012).

Biorąc pod uwagę zespołowość niektórych działań zawodowych, oczekuje się od psychologów szanowania autonomii innych profesjonalistów, z którymi współpracują. Psychologowie konsultują się i współpracują z innymi profesjonalistami i instytucjami oraz przekazują im informacje w zakresie niezbędnym do zapewnienia jak najwyższej jakości usług pacjentom, klientom lub innym odbiorcom. Psychologowie starają się przyczyniać do dobrostanu osób, z którymi współdziałają zawodowo. W działaniach zawodowych na pierwszym miejscu stawiają oni prawa i dobrostan swoich pacjentów, klientów, studentów, podwładnych, uczestników badań naukowych lub innych osób, na które wpływają, oraz dobrostan zwierząt biorących udział w badaniach. Gdy wśród spraw i wymagań psychologów pojawiają się konflikty, podejmują oni działania, aby je rozwiązać i/lub minimalizować szkody.

Psycholog, wygłaszając publiczne oświadczenia, powinien opierać się na aktualnej wiedzy naukowej i klinicznej, a także standardach etycznych, a nie dążyć do autopromocji czy wywołania sensacji. Występując jako ekspert i przedstawiciel swojego zawodu w środkach masowego przekazu, powinien powstrzymać się od formułowania opinii na tematy, które nie są mu dobrze znane z naukowego punktu widzenia. Jego wypowiedź musi bazować na wiedzy teoretycznej lub/i praktycznej. Psycholog, pełniąc funkcję popularyzatora lub nauczyciela, upowszechniając aktualną wiedzę z zakresu swojej działalności zawodowej, powinien zaznaczać, które treści odzwierciedlają jego własny punkt widzenia, a które mają charakter empirycznie potwierdzony (PSPTiR, 2011).

W ramach wystąpień publicznych psycholog szczególną uwagę powinien zwracać na sposób przedstawiania możliwości i ograniczeń usług psychologicznych. Powinien mieć świadomość, że te publiczne wystąpienia kształtują także sposób spostrzegania zawodu psychologa wśród osób, które nie są zawodowo związane z tą dziedziną. Psycholog nie może wypowiadać się na temat psychologicznej interpretacji zachowań, poglądów i motywacji

konkretnych osób. Jego wypowiedzi powinny dotyczyć jedynie popularyzacji wiedzy psychologicznej w zakresie, w jakim posiada on rzeczywiste kompetencje. Należy unikać upubliczniania twierdzeń mogących spowodować negatywne skutki dla konkretnych osób lub grup społecznych. Jeśli wystąpienia innych psychologów zawierają nieprawdziwe twierdzenia na temat psychologii lub konkretnych usług psychologicznych, powinien starać się je skorygować. Wielu psychologów zajmuje się także poradnictwem w różnych popularnych pismach czy w sieci. Często popularność wśród odbiorców (przejawiająca się w „klikalności” czy „zasięgach”) zdobywają treści pozbawione podstaw naukowych. Niestety, odbiorcy przekazu mogą czasami mieć trudność z odróżnieniem osobistych przekonań od obiektywnych informacji. Dotyczy to zarówno komentarzy odnoszących się do aktualnych wydarzeń, jak i udzielanych publicznie rad w ważnych dla odbiorców sprawach (Stepulak, 2008). Psycholog nie powinien wykorzystywać swojego wizerunku w środkach masowego przekazu jako własnej kryptoreklamy ani brać udziału w ogłoszeniach komercyjnych. Kiedy upowszechnia on materiały ze swojej działalności zawodowej w wystąpieniach publicznych, publikacjach, a także dla celów badawczych i dydaktycznych, powinien zapewnić całkowitą anonimowość odbiorcy usługi psychologicznej, niezależnie od jego zgody na upowszechnianie.

Pomijając jednak kulturowe uniwersalia dobra i zła oraz zasadę niedyskryminacji, należy zauważyć, że ludzie różnią się w swoich poglądach na świat. Psychologia nie redukuje złożoności natury człowieka, różnorodność jest dla niej jako nauki wartością. Metaforycznie można powiedzieć, że psycholog chce widzieć drzewa, a nie las.

W psychologii przyjmowano różne koncepcje człowieka i wskazywano je jako złożone źródła zachowania (Hall i Lindzey, 2001; Kozielski, 2000; Łukaszewski, 2000, 2011). Przykładem jest klasyfikacja obejmująca koncepcję behawiorystyczną (jej twórcy to Iwan Pawłow, John Watson, Burrhus F. Skinner i Jerzy Konorski), humanistyczną (Carl Rogers, Abraham Maslow), psychoanalityczną (Zygmunt Freud, Alfred Adler) oraz poznawczą (Ulric Neisser, George Kelly, Fritz Heider). Podobnie jest w przypadku koncepcji psychoterapeutycznych. Zarówno pacjent psychoterapii, jak i psychoterapeuta posiadają własny światopogląd (Prusak, 2007a). Także u podstaw szkół psychoterapeutycznych leżą różne koncepcje człowieka oraz odmienne ujęcia przeszkód w rozwoju pacjentów. Wpływa to nie tylko na kryteria diagnostyczne i określanie celów psychoterapii, lecz także na wybór strategii terapeutycznych oraz

ocenę ich skutków (Prusak, 2007b). Ortodoksyjny scjentyzm i wyizolowana z kontekstu codziennego życia pacjentów, naukowo ugruntowana psychoterapia pozbawiają relację terapeutyczną jej zdolności rozumienia człowieka i niesienia mu pomocy (Prusak, 2007b). Zatem kwestia neutralności nie jest ani prosta, ani oczywista.

Biorąc pod uwagę naukową odpowiedzialność psychologów, przede wszystkim należy wskazać, że „naukowość” opiera się na metodologii charakteryzującej się jawnością, replikowalnością i intersubiektywnością, a nie na konkretnej dziedzinie wiedzy. W szczególności odpowiedzialność ta wykracza poza rygorystyczność metodologiczną, obejmując tematy badań, sposób ich prowadzenia oraz wpływ wyników na społeczeństwo. Psychologowie, realizując badania empiryczne, mają za zadanie rozwijać wiedzę psychologiczną i przyczyniać się do rozwoju praktyki zawodowej, uwzględniając potencjalne konsekwencje swoich odkryć dla dobra pacjentów i społeczeństwa.

Odrzucenie przez naukowców jakiejś dziedziny wiedzy, traktowanej przez wielu ludzi jako prawdziwa, zawsze bazuje na przesłankach metodologicznych. Co więcej, sama nauka także ciągle się zmienia – wiedza dzisiaj uznawana za naukową jutro może okazać się nienaukowa. Nauka nie odnosi się zatem do jakiejś ogólnej lub konkretnej wiedzy, lecz do specyficznej metodologii. Wśród cech metodologii naukowej znajdują się jawność warsztatu, replikowalność badań i repozytoria danych, intersubiektywna komunikowalność, źródło procedur oraz metod obserwacji i weryfikacji (Wojciszke, 2004). Społeczna odpowiedzialność nauki (podobnie jak społeczna odpowiedzialność biznesu) wychodzi poza kryteria rdzeniowe dla danego obszaru – w tym przypadku poza realizację postulatu metodologicznej wiarygodności. Dotyczy ona również podejmowanych tematów badawczych, sposobu prowadzenia badań naukowych oraz odpowiedzialności naukowców i innych interesariuszy za ich wyniki, a także wpływ wyników badań na ludzkie zdrowie, środowisko i społeczeństwo (Żemigła, 2022). Dotyczy ona nie tylko badań stosowanych, ale również podstawowych, czyli całej działalności badawczo-rozwojowej: pracy twórczej podejmowanej w sposób metodyczny w celu zwiększenia zasobów wiedzy – w tym wiedzy o rodzaju ludzkim, kulturze i społeczeństwie – oraz w celu tworzenia nowych zastosowań dla istniejącej wiedzy (GUS, 2015).

Psychologowie prowadzą empiryczne badania naukowe, tworząc opartą na nich wiarygodną i rzetelną wiedzę (Brzeziński, 2014). Ponadto oczekuje się od nich przyczyniania się do rozwoju wiedzy z zakresu psychologii i praktyki

zawodowej, m.in. współpracy z badaczami, oraz odpowiadania na zapotrzebowanie praktyki psychologicznej (ang. *inside-in*) i inicjowania nowych kierunków jej oddziaływania (ang. *inside-out*). Nawet podstawowe badania mogą mieć ukierunkowane skutki i rozwiązywać problemy społeczne, np. poszukiwanie przyczyn w celu zahamowania określonych negatywnych zjawisk czy procesów i ograniczania ich skutków (Żemigła, 2022).

Psycholog, wybierając tematy badawcze, powinien kierować się tym, aby działać na rzecz pacjentów i społeczeństwa, analizując możliwe pozytywne i negatywne konsekwencje wyników tych badań (PTPa, b.d.). Jak pisał Brzeziński (2014): „Psychologii polskiej potrzebne są poważne syntezy, monografie twórczo przetwarzające dane częściowe i kreślące nowe obrazy psychologiczne człowieka i jego społecznego otoczenia. Od razu powiem, że same, statystycznie wyrefinowane metaanalizy nie zastąpią indywidualnego, twórczego ogarnięcia tematu. Potrzebne są monografie na miarę: «O zastosowaniach teorii zachowania» Andrzeja Malewskiego czy «Kodów orientacji i struktury procesów emocjonalnych» Kazimierza Obuchowskiego” (s. 295). Naukowe badania w psychologii mają tę specyficzną cechę (podzielaną zapewne przez wiele innych nauk), że zarówno rozwijają tę dyscyplinę naukową, jak i służą rozwojowi praktyki zawodowej. Teoria jest więc wkładem w naukę, ale także bazą dla praktyki.

Odnosnie do społecznej odpowiedzialności psychologów, podkreślić należy ich rolę w służeniu dobru publicznemu i wykorzystywaniu wiedzy do pomocy innym. W dalszej części opisano pozytywne wpływy psychologii, takie jak przyczynienie się do poprawy bezpieczeństwa drogowego poprzez wprowadzenie trzeciego światła „stop”. Jednocześnie przedstawiono negatywne przykłady, w tym zaangażowanie psychologów w program tortur CIA po atakach z 11 września 2001 roku, co wywołało kontrowersje i krytykę wobec Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego. Wskazano także na etyczne dylematy i napięcia między zawodową neutralnością a odpowiedzialnością za reagowanie na kwestie społeczne i polityczne. Podkreślono również znaczenie etyki zawodowej w kontekście publicznego zaangażowania psychologów.

Zasada odpowiedzialności wobec społeczeństwa to służenie interesowi publicznemu oraz przyczynianie się do zapewnienia wszystkim ludziom możliwości, których potrzebują, aby zaspokoić swoje podstawowe ludzkie potrzeby i w pełni się rozwijać. Psychologowie stosują swoją wiedzę psychologiczną, aby przyczyniać się do dobra ludzi, co implikuje unikanie niewłaściwego

używania wiedzy psychologicznej i krzywdzenia, oraz przejawiają troskę, a celem ich pracy jest ograniczenie przyczyn, z powodu których ludzie cierpią. Nie unikają przeznaczania swojego zawodowego czasu na zajęcia bezinteresowne (non profit), jak np. bezpłatne porady i konsultacje psychologiczne czy popularnonaukowe artykuły z dziedziny psychologii.

Psychologia jest zarówno nauką podstawową, jak i stosowaną. Oznacza to, że nie tylko rozwija teorię i metody badawcze w celach wyłącznie poznawczych, ale także wykorzystuje te zdobycze do rozwiązywania konkretnych problemów praktycznych. Analogicznie do społecznej odpowiedzialności społeczeństwa można mówić o społecznej odpowiedzialności nauki oraz uczelni i badaczy (Żemigła, 2022, s. 12–33). Nauka i uczelnie powiązane są ze społeczeństwem siecią współzależnych relacji na wiele różnych sposobów. Obie strony tej relacji potrzebują się wzajemnie. Nauka potrzebuje od swojego otoczenia społecznego m.in. wsparcia finansowego i instytucjonalnego, a także wykorzystuje je jako źródło uczestników badań czy inspiracji. Nie powinno się zapominać o dbałości o środowisko naturalne, zrównoważony rozwój czy ogólnie maksymalizację pozytywnych wpływów społecznych. W zakresie potrzeb społeczeństwa realizowanych przez naukę i uczelnie są m.in. zaspokajanie potrzeby kształcenia na poziomie akademickim oraz dbałość o jego poziom i aktualność, motywowanie pracowników do prowadzenia badań w obszarach ważnych społecznie, wdrożenie procedur zapobiegających nieuczciwym praktykom, angażowanie w dyfuzję wyników badań naukowych i transfer wiedzy, a także wydajne i racjonalne gospodarowanie otrzymanymi zasobami (Żemigła, 2022). Z etycznego punktu widzenia ważne jest przyjęcie zasady, że etyczne postępowanie nie ogranicza się do spełniania przepisów prawa i obejmuje wspieranie aktywności wykraczającej poza standardowy program kształcenia oraz obowiązków pracowników i studentów, w tym działanie *pro bono* na rzecz lokalnych społeczności.

Psychologowie często zabierają głos w społecznych dyskusjach na temat dyskryminacji, mowy nienawiści itp., a także godnego środowiska szkolnego, rodzinnego i społecznego. Niekiedy wskazuje się, że powinni oni ukrywać swoje zaangażowanie polityczne i unikać ekspresji politycznego światopoglądu, aby zapobiec ich negatywnemu wpływowi na relacje zawodowe. Ustawodawstwo może jednak mieć zamierzone i niezamierzone negatywne konsekwencje, które wpływają na dobrostan jednostek i społeczeństwa. Czasami psychologowie w poczuciu odpowiedzialności wychodzą poza sferę

zawodową i prywatną, wkraczając w domenę polityków i wskazując na niedostosowanie prowadzonej polityki czy rozwiązań prawnych do wiedzy psychologicznej (Allen i Dodd, 2018). Wykraczając poza swoją rolę zawodową, muszą brać pod uwagę zasady zawodowego kodeksu etycznego, gdy publicznie uczestniczą w procesie politycznym. Przykładowo, analiza wyników wielu badań psychologicznych dowiodła, że egzekwowanie przepisów dotyczących prohibicji narkotykowej prowadzi do poważnych naruszeń autonomii jednostek i powoduje znaczne szkody zarówno dla użytkowników substancji, jak i całego społeczeństwa (Allen i Dodd, 2018). W Polsce zdarzały się protesty psychologów przeciwko np. książkom propagującym bicie dzieci czy stygmatyzacji osób z niepełnosprawnością.

Ciekawym przykładem pozytywnego wkładu dorobku psychologii w życie społeczne jest zastosowanie sygnalizacji świetlnej typu „stop” w samochodach (Voevodsky, 1974; Witkowski, 2013). W 1974 roku psycholog John Voevodsky sprawdził skuteczność trzeciego światła hamowania, zamontowanego w podstawie tylnej szyby, dzięki czemu gdy kierowcy naciskali hamulec, czerwone światło ostrzegało kierowców jadących za nimi o potrzebie zwolnienia. Voevodsky wyposażył 343 taksówki z San Francisco w trzecie światło hamowania i porównał je z 160 taksówkami bez tego dodatkowego światła, a kierowcy do wszystkich tych taksówek dobierani byli losowo. Badanie trwało 10 miesięcy. Okazało się, że taksówki z grupy eksperymentalnej miały o 60,6% mniej kolizji w postaci uderzeń w tył samochodu niż taksówki z grupy kontrolnej, ponadto taksówkarze z pierwszej grupy odnosili obrażenia o 61,1% rzadziej niż kierowcy taksówek bez światła „stop”, a naprawy wszystkich taksówek z tym światłem kosztowały o 61,8% mniej niż naprawy taksówek bez tego światła. Zainteresowana wynikami tego eksperymentu Krajowa Administracja Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (National Highway Traffic Safety Administration) przeprowadziła go we własnym zakresie, lecz na większą skalę. Po uzyskaniu równie pozytywnych rezultatów rząd USA doszedł do wniosku, iż trzecie światło „stop” przyczynia się do redukcji wypadków i obrażeń. Począwszy od 1986 roku, stało się ono obowiązkowym wyposażeniem nowo rejestrowanych samochodów osobowych w USA i w Kanadzie.

Można wskazać również negatywne przypadki. W listopadzie 2013 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne wydało oświadczenie (APA, 2013): „Przez ponad 25 lat stowarzyszenie absolutnie potępiało jakikolwiek udział psychologów w torturach; [wydawane oświadczenia – przyp. W.J.P.]

zabraniały psychologom popełniania lub wspierania tortur; zobowiązywały psychologów do zgłaszania tortur i nadużyć; oraz zakazywały określonych «wzmocnionych» technik przesłuchań, takich jak podtapianie i deprywacja sensoryczna”. Było ono odpowiedzią na zarzuty, że APA nie zajmowała jasnego stanowiska i ukrywała nazwiska psychologów, którzy zaangażowali się w program poprawy skuteczności tortur, a także utworzyła podkomisję ds. współpracy z CIA, Departamentem Obrony (DoD) i innymi agencjami bezpieczeństwa narodowego (Eidelson i in., 2014; Zimbardo, 2007). Po zamachu terrorystycznym na nowojorskie wieże World Trade Center 11 września 2001 roku psychologowie John Bruce Jessen i James Elmer Mitchell byli bezpośrednio zaangażowani w brutalne traktowanie więźniów „wojny z terroryzmem” w areszcie USA przy wykorzystaniu „wzmocnionych technik przesłuchań” CIA. Obaj ci psychologowie na zlecenie CIA zaprojektowali, wdrożyli i nadzorowali program tortur. Zakładali, że wywołanie stanu wyuczonej bezradności u jeńców przez długotrwałe pozbawienie snu, zamknięcie w małych celach oraz podtapianie podczas przesłuchań wyeliminuje wszelki opór, jaki mogliby oni stawiać podczas przesłuchań. CIA przyjęła propozycje Mitchella oraz Jessena i w sierpniu 2002 roku agencja uzyskała zgodę Departamentu Sprawiedliwości na stosowanie metod zaproponowanych przez psychologów (zidentyfikowano 119 ofiar). W części tych tortur obaj psychologowie brali osobisty udział (ACLU, 2017). Jak wskazują materiały zebrane przez dziennikarza Jamesa Risena, CIA i administracja Busha odegrały bezpośrednią rolę w kierowaniu stanowiskiem i działaniami APA w tej sprawie (Eidelson i in., 2014). Amerykańska Unia Wolności Obywatelskich (ACLU) złożyła w październiku 2015 roku pozew w imieniu trzech ofiar tego programu przeciwko Mitchellowi i Jessenowi (ACLU, 2017). W sierpniu 2017 roku po tym, jak sędzia odrzucił próby oddalenia sprawy i zbliżał się proces, psychologowie zgodzili się na ugodę.

Uczciwość, integralność i sprawiedliwość to nierozłączne aspekty odpowiedzialności zawodowej, szczególnie w kontekście psychologii. Uczciwość jest definiowana jako prawość, rzetelność i sumienność, obejmuje zarówno konkretne działania, jak i trwałą cechę charakteru, manifestuje się w życiu osobistym i zawodowym poprzez zgodność z zasadami moralnymi, transparentność i odpowiedzialność. Ważna w tym obszarze jest też troska o zdrowie psychologów, obejmująca świadomość ryzyka wypalenia zawodowego wynikającego z charakteru ich pracy oraz podkreślenie znaczenia dbania o siebie poprzez zachowanie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, superwizję

i inne formy wsparcia. Ważne jest też łączenie uczciwości z akceptacją różnorodności i sprawiedliwością, definiowaną jako traktowanie innych z szacunkiem i bezstronnością, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i potencjału.

Z kwestią odpowiedzialności nierozzerwalnie wiąże się pojęcie uczciwości i rzetelności (Bogatyńska-Kucharska i in., 2019a). Do typowych kodeksowych oczekiwań etycznych zalicza się też integralność, sprawiedliwość, dotrzymywanie obietnic, troskę o innych oraz szacunek dla innych (PFP, 2019; PTP, 2018b; PTPa, b.d.; PTPP, 2012). Argumentem uzasadniającym wagę tych oczekiwań jest asymetria relacji psychologa z odbiorcą psychologicznej usługi (PSPI, 2024). Według Słownika Języka Polskiego (Szymczak, 1981, s. 577) człowiek uczciwy to człowiek prawy, rzetelny i sumienny w postępowaniu, szanujący cudzą własność, niezdolny do oszustwa i nieprawdy, a potocznie „taki jak należy”. Uczciwość obejmuje również przestrzeganie uznanych norm moralnych, rzetelność w ich spełnianiu, trzymanie się faktów, prostolinijność postępowania, wywiązywanie się z danego słowa, przestrzeganie reguł społecznych oraz niewykorzystywanie innych dla korzyści osobistych, zawodowych lub finansowych. Osoba uczciwa zasługuje na cześć i szacunek, nawet gdy inni nie dostrzegają bądź nie oczekują jej uczciwych działań.

Słowo „uczciwość” określa zarówno konkretne postępowanie w danych okolicznościach, jak i trwałą cechę osoby. W charakterologicznym sensie (Tomala, 2019) uczciwość przejawia się przede wszystkim w integralności osoby, zgodzie czynów z głoszonymi zasadami moralnymi nie tylko w działaniach profesjonalnych, lecz także pozaprofesjonalnych. W życiu osobistym uczciwość objawia się przede wszystkim w poszukiwaniu prawdy oraz unikaniu przekazywania nierzetelnych, nieprawdziwych i mylących informacji, otwartym wyrażaniu swoich myśli, uczuć i intencji, wierności sobie i swoim zobowiązaniom. Uczciwa osoba szanuje innych i nie działa na ich szkodę. W życiu zawodowym uczciwość manifestuje się poprzez znajomość zasad i standardów w pracy oraz ich przestrzeganie, transparentność w działaniach, profesjonalny obiektywizm, branie na siebie odpowiedzialności za błędy, odmowę wykorzystywania błędów lub niewiedzy odbiorców i unikanie konfliktu interesów. Obejmuje również promowanie prawości w badaniach, nauczaniu i praktyce psychologicznej. Psycholog w opisywaniu swoich kwalifikacji, usług, produktów, honorariów, badań oraz informowaniu o nich, a także w nauczaniu innych osób nie odwołuje się do fałszywych lub zwodniczych twierdzeń. Uczciwość jest podstawą budowania relacji opartych na wzajemnym zaufaniu i szacunku.

Elementem uczciwego traktowania odbiorców usługi psychologicznej jest też troska usługodawcy o ich zdrowie. Psychologowie spotykają na swojej drodze zawodowej ludzi poszukujących pomocy z różnych przyczyn. W praktyce zawodowej doświadczają oni stresu z powodu poczucia odpowiedzialności i wymagań roli zawodowej w warunkach ograniczonej kontroli nad wynikami swoich działań profesjonalnych (APA, 2008). Pomaganie innym w radzeniu sobie z ich problemami emocjonalnymi i psychicznymi oraz empatyczne zaangażowanie w relacje bywa obciążające (Fengler, 2000; Kleszczewska-Albińska, 2020; Nissen-Lie i in., 2021; Van Hoy i Rzeszutek, 2022).

W badaniach obejmujących 52 psychologów (90% kobiet) w województwie kujawsko-pomorskim (Rentflejš i Aouil, 2005) wykazano, że najliczniejsza grupa prezentuje oszczędnościowy typ zachowania z niskim subiektywnym znaczeniem pracy, 15% osób prezentuje wypalony typ zachowania, a u 13% badanych istnieje ryzyko wypalenia zawodowego. W innym badaniu (Rzeszutek, 2013) wzięła udział grupa 200 psychoterapeutów i psychoterapeutek. Okazało się, że istnieje istotny statystycznie dodatni związek między długością stażu zawodowego psychoterapeutów a poziomem wypalenia zawodowego. Ogólny poziom wypalenia zawodowego w grupie mężczyzn psychoterapeutów był istotnie wyższy niż wśród terapeutek. W badaniach obejmujących 28 psychoterapeutów (ponad 80% kobiet), którzy mieli przeciętny staż pracy wynoszący 12 lat i w większości ukończyli szkołę terapeutyczną (71%) wykazano (Kruszyńska, 2017), że istnieje dodatni związek między liczbą lat pracy i poziomem wykształcenia a wynikami kwestionariusza wypalenia. Im dłuższy staż pracy, tym mniejszy poziom wyczerpania, a także większy poziom poczucia kompetencji. Podobnie było z poziomem wykształcenia terapeutycznego – osoby po szkoleniu są mniej wyczerpane i mają większe poczucie własnych kompetencji.

W związku z tym należy stwierdzić, że troska o siebie stanowi obowiązek, a jego zaniedbywanie jest powiązane z misyjnym traktowaniem swojej pracy, przyjmowaniem standardów doskonałości i wysokich oczekiwań wobec własnego profesjonalizmu. Często skutkuje to wypaleniem zawodowym, któremu towarzyszą bóle głowy, trudności w podejmowaniu decyzji czy brak zaangażowania (Ackerley i in., 1988; Kleszczewska-Albińska, 2020; Tragantzopoulou i in., 2024). Do potencjalnych skutków ignorowania zagrożeń zawodowych należą również konflikty w związkach, różne formy uzależnień, a także nieprofesjonalne zachowania, naruszenia etyki zawodowej, utrata wiarygodności indywidualnej i środowiska zawodowego (APA, 2008). Ochronie

przed konsekwencjami stresu zawodowego sprzyja utrzymywanie równowagi między pracą a życiem pozazawodowym oraz porównywalny poziom zaangażowania w obie te sfery. Pomocą mogą być terapia własna, programy medytacji lub relaksacji, autorefleksji oraz superwizja, a także wsparcie koleżeńskie i interwencje organizacyjne (APA, 2008). Wiedza o technikach radzenia sobie i samopomocy nie jest wystarczająca w tym względzie (Kleszczewska-Albińska, 2020). Obowiązek odbycia własnej terapii jest integralnym elementem zajęć w wielu szkołach przygotowujących do zawodu terapeuty i choć ma inne cele, może być też doraźnie wykorzystywany w kryzysie osobistym. Problem jakości życia psychoterapeutów jest stosunkowo słabo zbadany (Heinonen i in., 2022; Nissen-Lie i in., 2021).

Uczciwość wymaga akceptowania różnorodności i w konsekwencji bezstronności, poszukiwania równowagi między sprzecznymi interesami oraz rozwiązań, które są korzystne dla wszystkich zaangażowanych stron. Inaczej mówiąc – wymaga sprawiedliwości. Najprościej ujmując, sprawiedliwość to traktowanie innych w taki sam sposób, w jaki samemu chciałoby się być traktowanym. Podstawą sprawiedliwości jest szacunek do godności drugiego człowieka: klienta, pacjenta, współpracownika, studenta, osoby poddanej superwizji, osoby uczestniczącej w badaniu naukowym i innych. Przejawia się w traktowaniu bezstronnym, bez faworyzowania lub dyskryminacji, byciu fair i pozwalaniu każdemu na realizację indywidualnego potencjału. Jeśli okoliczności wymagają odstąpienia od traktowania ludzi jednakowo, sprawiedliwość polega na tym, aby zróżnicowanie to było adekwatne i uzasadnione okolicznościami.

2.2.5 Model podejmowania decyzji

Psychologowie w pracy zawodowej mogą napotykać dylematy etyczne związane z moralną oceną działań zawodowych. W sytuacjach zawodowych intuicja nie wystarcza, potrzeba racjonalizacji opartej na zasadach deontologicznych. Dylemat etyczny charakteryzuje się trudnością poznawczą i wymaga wyboru między sprzecznymi obowiązkami. Kluczowe jest rozróżnienie między problemami etycznymi a dylematami etycznymi. Te ostatnie nie mają jednoznacznych rozwiązań. Proces podejmowania decyzji w obliczu problemu etycznego zależy od sytuacji (kontekstu), w której występuje dylemat. W swojej pracy zawodowej psychologowie niekiedy zadają sobie pytanie: czy moje zachowanie jest moralnie dobre czy złe, słuszne czy niesłuszne? W przypadku etyki zawodowej konflikt etyczny (moralny) pojawia się albo wówczas,

gdy psycholog uczestniczy bezpośrednio w jakiejś działalności zawodowej, albo gdy jedynie obserwuje zachowania innych psychologów w takiej sytuacji. Może on wtedy doświadczać poczucia konieczności zajęcia stanowiska w sprawie i podjęcia decyzji, co wiąże się z poszukiwaniem nie tylko dobrego, lecz także słusznego rozwiązania.

W życiu codziennym odwołujemy się do intuicji (emocji moralnej), która niemal automatycznie podpowiada nam rozwiązanie doświadczanego problemu. Jednak to, co pomaga podejmować decyzje moralne w warunkach życia codziennego, nie jest wystarczającą podstawą do podejmowania takich decyzji w zawodach pomocowych. Odwoływanie się do moralnej intuicji (inklinacji deontologicznej; Parzuchowski i in., 2016, s. 391; Szutta, 2018) musi ustąpić racjonalnemu przekonaniu, uzasadnionemu wiedzą o deontologicznych zasadach zawodu (inklinacji utylitarnej; Parzuchowski i in., 2016). Różnica między nimi polega m.in. na tym, że decyzje oparte na intuicji są automatyczne, trudno uświadamiane i najczęściej pozajęzykowe (przedjęzykowe?), natomiast racjonalne decyzje etyczne wymagają świadomego wysiłku, refleksji i abstrakcyjnego myślenia (Florek, 2012). Doświadczane rozterki zawsze w jakiejś mierze towarzyszyć będą podejmowanym etycznym decyzjom zawodowym głównie z powodu niepewności co do faktycznych skutków realizowanych działań (Paluchowski, 2021).

Ludzie często myślą problem etyczny i dylemat zawodowy, ponieważ są to określenia używane do opisanie trudnej sytuacji. Chociaż oba wskazują na istnienie kwestii, którą należy się zająć, różnią się nieco znaczeniem i konotacją. Dylemat etyczny to konflikt obowiązków zawodowych czy też podjętych w ramach wykonywania zawodu zobowiązań (obowiązków) moralnych i wymogów prawnych, instytucjonalnych oraz obyczajowych, z których jedno nie może być przedłożone nad drugie (tzw. trudny przypadek, ang. *hard case*). Konflikt ten może dotyczyć sprzeczności wymogów profesjonalnych, a także wymogów innego rodzaju, np. etycznych, obyczajowych, religijnych czy społecznych (Paluchowski, 2021). Dylematem nie jest jednak poszukiwanie uzasadnienia, czy dane zachowanie jest zgodne z kodeksem, czy też nie. Można mieć wątpliwości, który z przepisów kodeksu zawodowego ma w konkretnej sytuacji zastosowanie, ale to jeszcze nie jest dylemat etyczny. Można mieć wątpliwości, czy nasze zawodowe działanie narusza któryś (i jeśli tak, to który) przepis kodeksu zawodowego, lecz to też nie jest jeszcze dylemat etyczny. Mamy jednak wówczas do czynienia z problemem etycznym, a nie dylematem (Paluchowski, 2021).

Problem to wyzwanie wymagające znalezienia rozwiązania, którego poszukujemy w ogólnie akceptowanych etycznych normach realizacji roli zawodowej psychologa. Staramy się spojrzeć na problem z zewnątrz, abstrahować od cech, poglądów i moralnych oczekiwań stron uwikłanych w sprawę wymagającą naszej decyzji. Dylemat etyczny charakteryzuje się trudnością poznawczą, kiedy odczuwany dyskomfort wynika z niejasności sytuacji, z jaką mamy do czynienia, oraz konieczności wnioskowania i aktywnego poszukiwania brakujących informacji lub braku kryteriów rozstrzygających o przewadze któregoś z rozpatrywanych rozwiązań (Bąk, 2013). Dylemat etyczny to rodzaj sytuacji problemowej, związanej z wykonywaniem zawodu, w której trzeba dokonać wyboru. Problem wyboru występuje w jednej z dwóch postaci (Paluchowski, 2021): albo jako problem wyboru jednego z dwóch rozwiązań danego problemu, albo jako problem wyboru między podjęciem jakiegoś działania lub powstrzymaniem się od niego. Za każdą z tych możliwości przemawiają jakieś racje, ale nie są one rozstrzygające w ramach tego samego zbioru zasad etycznych bądź jako problem wyboru dotyczącego różnych zbiorów zasad etycznych (tzw. etyki). Inaczej będzie wyglądał proces podejmowania decyzji w obliczu problemu etycznego, a inaczej wobec etycznego dylematu.

Opisywane w literaturze modele podejmowania decyzji etycznych można podzielić, biorąc pod uwagę ich źródło: oparte na praktyce zawodów pomocowych, odwołujące się do doświadczeń z praktyki sądowej czy bazujące na koncepcjach teoretycznych (Paluchowski, 2021). Modele opisywane w literaturze można także podzielić ze względu na to, czy koncentrują się na wskazywaniu procedury osiągania pozytywnych rezultatów (korzyści), czy akcentują głównie unikanie ewentualnych szkód.

Bogumiła Kosicka i Anna Ksykiewicz-Dorota (2008) stwierdziły, że można wyodrębnić dwie szerokie kategorie decyzji etycznych: grupę modeli racjonalnych oraz grupę modeli intuicyjnych. Pierwsza grupa to modele zakładające posiadanie przez decydenta pełnej informacji o sytuacji decyzyjnej i możliwych wariantach rozwiązań. Należą do nich modele podejmowania decyzji rozumianego jako planowany, świadomy, logiczny proces zbierania danych, analizowania, planowania, wdrażania i oceniania, modele odzwierciedlające proces rozumowania hipotetyczno-dedukcyjnego (naukowego) czy wreszcie modele odwołujące się do wypracowanych procedur czy przepisów. Natomiast modele intuicyjne są holistyczne, decyzje podejmowane są szybko i automatycznie, są wielowątkowe i mają charakter raczej schematów wyobrażeniowych

niż językowych artykulacji, oparte są na indywidualnym doświadczeniu i często zdroworozsądkowe. Autorki wskazały też, że można traktować grupy nie jako oddzielne kategorie, ale jako krańce dymensji i w zależności od okoliczności swobodnie się po niej poruszać (Paluchowski, 2021).

W 1984 roku Karen S. Kitchener opublikowała przełomową pracę związaną z etycznym podejmowaniem decyzji w poradnictwie i psychologii doradztwa. Argumentowała w niej, że w przypadku braku jasnych wytycznych etycznych poleganie na osobistych ocenach wartości jest nietrafne (Kitchener, 1984; Cottone i in., 2022). Będąc przeciwieństwem intuicyjnego podejmowania decyzji, racjonalny model podejmowania decyzji jest modelem, w którym decydenci wykorzystują fakty i informacje, analizę i procedurę krok po kroku, aby dojść do decyzji. U jego podstaw leży przekonanie o możliwości optymalizacji decyzji.

Przyjmuje się, że decyzje zawodowe podejmowane są (powinny być) racjonalnie (Szaniawski, 1967; L. Majewska, 2016; Tyszka, 2010; Tyszka i Zaleśkiewicz, 2001), a więc powinny być oparte na akceptowanej wiedzy zarówno o możliwych konsekwencjach działań, jak i ich prawdopodobieństwie. W odniesieniu do etyki zawodowej źródłem kryteriów dopuszczalności zawodowych zachowań i preferencji wyborów jest kodeks etyczno-zawodowy. W takim kodeksie nie tylko wskazuje się, co jest zalecanym zachowaniem zawodowym, ale także określa się, dlaczego jest to działanie słuszne (dobre). Ustanawiając normy dotyczące stosunku przedstawicieli danej grupy zawodowej do swych zadań i uprawnień, najczęściej kodeksy odwołują się do wartości i praw ludzi. Oprócz tego regulują one stosunki wewnątrz środowiska zawodowego oraz odnoszą się do wpływu zachowań moralnych grupy zawodowej na stan świadomości moralnej środowiska społecznego (Paluchowski, 2021). Można więc powiedzieć, że kodeks zawodowy jest podstawą racjonalnych rozwiązań etycznych problemów zawodowych.

Samuel J. Knapp i Leon D. VandeCreek (2012, s. 35–48) wskazali pięć kroków podejmowania decyzji etycznych dla różnych analizowanych przez nich modeli decyzyjnych: identyfikacja problemu, tworzenie alternatywnych rozwiązań, ich ocena, wprowadzanie w życie wybranego rozwiązania oraz ocena skutków. W podręczniku Robert Rocco Cottone i in. (2022, s. 64–69) przedstawiono zintegrowany model czterech głównych etapów podejmowania decyzji etycznych, uwzględniający zarówno aspekty psychologiczne, jak i społeczne. Pierwszy etap to interpretacja sytuacji z większą czujnością i poprzez ustalenie faktów. Składają się na niego trzy komponenty: zwiększenie

wrażliwości i świadomości, określenie głównych interesariuszy i ich interesów w danej sytuacji oraz zaangażowanie w proces ustalania faktów. Etap drugi to sformułowanie decyzji etycznej i obejmuje: przegląd problemu lub dylematu, ustalenie, jakie kodeksy etyczne, przepisy prawa, zasady etyczne oraz polityki i procedury instytucjonalne mają zastosowanie do danego dylematu, określenie możliwych i prawdopodobnych kierunków działania, rozważenie potencjalnych pozytywnych i negatywnych konsekwencji dla każdego sposobu działania, konsultowanie się z przełożonymi i innymi specjalistami posiadającymi odpowiednią wiedzę oraz wybór najlepszego etycznego sposobu działania. Na trzecim etapie dochodzi do wyboru działania poprzez rozważenie konkurujących ze sobą wartości moralnych, osobistych słabości lub uprzedzeń. Elementy tego etapu to: zaangażowanie w refleksyjne rozpoznanie i analizę osobistych konkurujących wartości czy osobistych uprzedzeń, rozważenie wpływu kontekstu na wybór wartości na poziomie doradca – klient, zespół, instytucja i społeczeństwo oraz wybór preferowanego sposobu działania. Ostatni etap to planowanie i realizacja wybranego sposobu działania. Obejmuje on: ustalenie rozsądnej sekwencji konkretnych działań, które należy podjąć, przewidywanie i opracowywanie osobistych i kontekstowych barier dla skutecznej realizacji planu działania oraz skutecznych środków zaradczych, a także przeprowadzenie, udokumentowanie i ocena przebiegu działań zgodnie z planem.

Jedną z propozycji podejścia do modelu decydowania jest 9-etapowy model etyczno-decyzyjny STEPS (ang. *Solutions to Ethical Problems in Schools*) opisany przez Carolyn Stone (2006). Opisane etapy to: zdefiniowanie problemu emocjonalnie i intelektualnie, zastosowanie kodeksu etycznego i kwestii prawnych, uwzględnienie poziomu chronologicznego i rozwojowego ucznia, uwzględnienie otoczenia, praw rodzicielskich i praw małoletniego, stosowanie zasad moralnych (przykładowo szacunek dla autonomii ucznia, czynienie dobra, unikanie szkody, sprawiedliwość, lojalność), określenie potencjalnego sposobu działania i jego konsekwencji, ocena wybranego działania, konsultowanie się z innymi profesjonalistami, wdrożenie wybranego sposobu działania oraz dokumentacja procesu decydowania.

Innym modelem dotyczącym edukacji jest 5-częściowy model Lisy C. Ehrich (Ehrich i in., 2011). Pierwszym elementem modelu jest dostrzeżenie przez nauczycieli incydentu krytycznego, który wyzwała niejednoznaczny dylemat etyczny. Drugim elementem są aspekty dylematu, widziane z różnych perspektyw: etyka zawodowa, kwestie prawne, kultura organizacyjna, kontekst

instytucjonalny, interes publiczny, społeczeństwo i społeczność, kontekst globalny, ramy polityczne, kontekst ekonomiczny i finansowy. Trzecią częścią modelu jest jednostka (jednostki), która wnosi do dylematu swoje własne wartości, przekonania i orientacje etyczne. Może ona obejmować konsultacje ze znaczącymi i zaufanymi osobami, takimi jak partner lub kolega. Czwarty element modelu to wybór, którego jednostka dokonuje spośród konkurujących alternatyw. To właśnie podczas rozważania alternatyw pojawia się dylemat etyczny. Jeśli incydent wymaga reakcji, to decydent może podjąć działania formalne lub nieformalne, zewnętrzne lub wewnętrzne, prowadzące do określonych konsekwencji dla danej osoby (osób), dla organizacji zatrudniającej i dla całej społeczności. Implikacje te mogą nadal generować nowe krytyczne incydenty, dylematy i/lub przyczyniać się do nowych sposobów myślenia o dylematach etycznych nauczycieli.

Wrażenie, że decyzje etyczne podejmowane są abstrakcyjnie i bez związku z konkretną sytuacją, jest mylne, bo w rzeczywistości decyzje te często wpływają na konkretnego odbiorcę usługi psychologicznej. Z tego powodu cechy tego konkretnego odbiorcy, zwłaszcza postrzegane przez psychologa, mogą mieć wpływ na proces podejmowania decyzji etycznych. Charakterystyka odbiorcy decyzji etycznych psychologów wydaje się zatem odgrywać wpływową, choć niedocenianą rolę w procesie decyzyjnym (Rogerson i in., 2012). Problemem trudnym do rozstrzygnięcia jest ustalenie, gdzie przebiega granica między ogólnością zasad a ich specyfiką zależną od kontekstu. Z jednej strony można argumentować, że etyczne zasady naszego zawodu powinny być absolutne i niezależne od przedmiotu działań psychologa oraz sytuacji. Z drugiej strony można twierdzić, że etyka naszego zawodu powinna być kontekstowa i warunkowa, zależna, przynajmniej w niektórych przypadkach, od cech osoby (osób), której dotyczy okoliczności i decyzja.

Marcia Hill i in. (1995) uwzględnili wymiar uczuciowo-intuicyjny w swoim feministycznym modelu etycznego podejmowania decyzji, biorąc pod uwagę reakcje emocjonalne klinicysty i ich wpływ na relację terapeutyczną. Zdaniem badaczy różne modele podejmowania decyzji etycznych przez psychologów analizują dylematy etyczne wyłącznie z perspektywy poznawczej i z intelektualnego dystansu, abstrahując od roli i emocji terapeuty (Hill i in., 1995, s. 23). To ujęcie obejmuje następujące etapy podejmowania decyzji etycznych: rozpoznanie problemu, zdefiniowanie problemu, poszukiwanie rozwiązania, wybór rozwiązania, analizę procesu decydowania, wdrażanie i ocenę decyzji oraz refleksję. Rozpoznając problem, klinicyści mogą

rozpoznać problemy etyczne na podstawie własnego doświadczenia i zrozumienia procesu terapii lub kodeksów etycznych.

Często pierwszym sygnałem wskazującym na istnienie dylematu etycznego jest poczucie dyskomfortu terapeuty. Wcześniej zaznaczono, że dylemat oznacza istnienie więcej niż jednego potencjalnie właściwego sposobu działania i to najczęściej jest podstawa odczuwanego dyskomfortu. Na następnym etapie psychoterapeuta definiuje istotę doświadczanego konfliktu, próbując zidentyfikować, jakie zasady etyczne, przepisy prawa, zobowiązania lub standardy profesjonalne są sprzeczne. Identyfikuje też strony problemu, osoby lub instytucje, których potrzeby należy wziąć pod uwagę przy podejmowaniu decyzji. Ważną na tym etapie decyzją klinicysty jest to, w jakim stopniu klient może zostać włączony w proces rozwiązywania dylematu etycznego, jak on definiuje problem. Następnie terapeuta zaczyna opracowywać rozwiązania, generować możliwe sposoby reagowania oraz analizować koszty i korzyści każdego z rozważanych wariantów.

Jak piszą Hill i in. (1995), rozważania prowadzone są z dwóch perspektyw: nieszkodzenia („nie szkodzić”) i dobroczynności („czynić dobro”). W tej propozycji modelu również ważne są emocje klinicysty. Także na etapie wyboru rozwiązania istotne jest zintegrowanie komponentów poznawczych i emocjonalnych. Terapeuta zadaje sobie pytania (Hill i in., 1995): Czy to rozwiązanie jest najlepsze zarówno pod względem emocjonalnym, jak i racjonalnym? Czy spełnia ono potrzeby wszystkich, w tym moje? Czy mogę to wdrożyć i z tym żyć? Na następnym etapie klinicysta dokonuje krytycznego przeglądu procesu decydowania. Zadaje sobie pytanie, w jaki sposób jego wartości i cechy osobiste mogą wpływać na wybór rozwiązania. Zastanawia się, czy chciałby być traktowany w ten sposób oraz czy akceptuje poddanie swojego wyboru kontroli i ocenie innych osób. Na etapie wdrażania i oceny skutków decyzji ważna jest obserwacja konsekwencji wyboru. Nierzadko interwencja terapeuty rzuca więcej światła na sytuację, co może prowadzić do ponownego zdefiniowania problemu, opracowania dalszych rozwiązań itd. I w tym przypadku istotne jest włączenie klienta w ocenę procesu zmiany wyjściowej sytuacji z jego perspektywy. Ostatni etap modelu stanowi ciągła refleksja i integrowanie zdobytych doświadczeń z posiadanymi kompetencjami. Ten model w dużym stopniu nawiązuje do koncepcji refleksyjnego praktyka Schöna (1983; Perkowska-Klejman, 2011), w szczególności do pojęć wiedzy w działaniu, refleksji w działaniu i refleksji nad działaniem, procesami zmieniającymi wiedzę.

Interesujący jest tekst Brittany Riggins i Caleba Lacka (2018) zwracający uwagę na to, że racjonalne modele podejmowania decyzji etycznych nie uwzględniają specyfiki osobistej i zawodowej tożsamości. Ich zdaniem są one utożsamiane z modelami opartymi na zasadach (ang. *principle-based ethical guidelines*), czyli preferującymi odwoływanie się bardziej do litery niż ducha prawa, co prowadzić może do fetyszyzacji kodeksowego zbioru przepisów. W związku z tym proponują własny model bazujący na etyce cnót (tj. etyce aretaicznej, odwołującej się do cech charakteru). Przedstawiony 6-etapowy model podejmowania decyzji etycznych uwzględnia też cnoty uznane za istotne w dziedzinie zdrowia psychicznego. Te cnoty to otwartość (ang. *openness*), życzliwość (ang. *benevolence*), sprawiedliwość (ang. *justice*), zaangażowanie (ang. *commitment*) i roztropność (ang. *prudence*).

Etapu podejmowania decyzji etycznych w ujęciu Riggins i Lacka (2018) to obserwacja (ang. *observation*), identyfikacja (ang. *identification*), konsultacja (ang. *consultation*), równowaga (ang. *achievement of balance*), działanie (ang. *action*) i refleksja (ang. *reflection*). Na etapie obserwacji decydent powinien określić, jakie informacje są dostępne oraz potrzebne, czy i jakie są przepisy prawa oraz kodeksu etyki, a także czy dają one podstawę do działania. Ponadto powinien zdefiniować, na czym polega etyczna kwestia wymagająca decyzji oraz odpowiedzieć na pytanie, kto musi rozwiązać tę kwestię i kto weźmie na siebie odpowiedzialność za decyzję. Ważne jest też określenie, czy jego zinternalizowany osobisty system wartości i okoliczności nie wpływają na bezstronność podejmowanej decyzji.

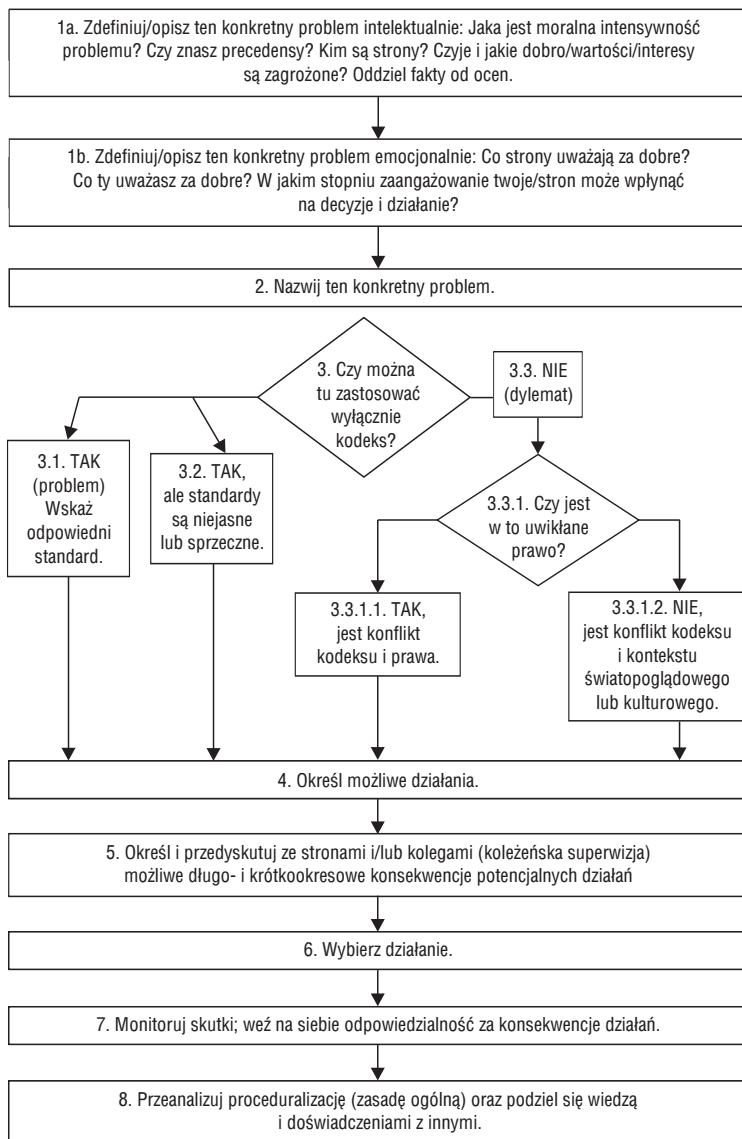
Na etapie identyfikacji należy wskazać głównych i drugorzędnych interesariuszy, a także ich obecną rolę. Istotne jest również określenie zasad etycznych, które mają zastosowanie do danej sytuacji, i ich hierarchii. Należy też określić społeczny i kulturowy kontekst decyzji, uwzględniając osoby i grupy, które mogą zostać nią dotknięte, wraz z ich oczekiwaniami i interesami.

Trzecim etapem procesu decydowania jest konsultacja z kolegami i przełożonymi oraz czytanie odpowiedniej literatury, co może dostarczyć istotnych informacji dotyczących możliwych i najlepszych kierunków działania w sytuacji niepewności oraz zasobów społecznych. Warto także zaangażować klienta w proces podejmowania decyzji. Etapy osiągania równowagi oraz działania są ze sobą powiązane. Zakładają one poszukiwanie związków między potencjalnymi rozwiązaniami, kodeksami etycznymi, obowiązkami prawnymi oraz cnotami zawartymi w tym modelu. Ważna jest też dbałość o autonomię klienta. Formalny zakres etapu działania obejmuje przygotowanie i zaplanowanie

wdrożenia rozwiązania, w tym określenie możliwości i stopnia zaangażowania klienta, a następnie realizację wybranego rozwiązania.

Ostatnim etapem tego modelu jest refleksja nad procesem decydowania i wybranym rozwiązaniem: czy przyniosło ono sukces, czy ma jakieś wady, czy pojawiły się nieoczekiwane rezultaty. Refleksja powinna prowadzić do przygotowania dokumentacji oraz próby proceduralizacji (tworzenia precedensu). Proceduralizacja jako efekt monitorowania wdrażania wybranego rozwiązania oraz refleksji nad doświadczeniem pozwala na uzupełnianie wiedzy zawodowej o nowe reguły (zasady), pozbawione – w efekcie generalizacji – kontekstu, co zwiększa wiarygodność wiedzy zawodowej.

Knapp i in. (2017) wskazują na negatywne aspekty etyki zawodowej, obejmujące zarówno nadmierny legalizm, jak i opieranie się wyłącznie na osobistym systemie wartości i światopoglądzie, a także integrację etyki osobistej i zawodowej. Układem odniesienia dla ich rozważań może być model akulturacji etycznej (ang. *ethics acculturation model*), w którym studenci są socjalizowani do „kultury” profesjonalnej psychologii i jej wartości etycznych (Handelsman i in., 2005). Studenci rozpoczynają naukę, mając własne wartości moralne, jednak w trakcie zajęć są konfrontowani z nowymi zasadami etycznymi i regułami, które mogą być częściowo niespójne z ich wcześniejszymi przekonaniem. Model uwzględnia dwa pojęcia wyjaśniające strategie stosowane w takim procesie akulturacji: separację odnoszącą się do przywiązania do kultury macierzystej oraz asymilację dotyczącą przywiązania do tradycji, norm i wartości kultury docelowej, w tym standardów etycznych. Strategia asymilacji (wysoka identyfikacja z kulturą zawodową i niskie przywiązanie do etyki „pozazawodowej”) wiąże się z ryzykiem ustanowienia niskich, bo dosłownych standardów profesjonalnego zachowania lub wybiórczym stosunkiem do kodeksowych zasad. Przyjmowanie w pracy zawodowej strategii asymilacji kulturowej prowadzić może do zbyt sztywnej, dosłownej interpretacji kodeksowych zasad etyki zawodowej oraz do przestrzegania zasad bez uwzględnienia możliwości wyjątków lub kontekstu. Natomiast psychologowie stosujący strategię separacji (niska identyfikacja z kulturą zawodową i wysokie przywiązanie do wcześniejszej etyki „domowej”) mogą postrzegać siebie jako działających w wysoce etyczny sposób, ale nie doceniają obowiązujących ich kodeksów zawodowych. Mogą oni przedkładać kontekst społeczny lub własne wartości osobiste nad dobro pacjentów, nie posiadać zdolności do oddzielenia wartości osobistych od zawodowych czy wykorzystywać osobiste przykłady w oddziaływaniu na klientów.

Rysunek 1*Model podejmowania decyzji*

Źródło: opracowanie własne.

Prezentowany model (rys. 1) podejmowania decyzji etycznych jest podsumowaniem treści zawartych w różnych publikowanych modelach (Paluchowski, 2021). Jest to model łączący podejście racjonalne i subiektywne, odwołujący się do opisaną wcześniej praktyki zawodów pomocowych. Pierwszym krokiem jest intelektualne zdefiniowanie i opis konkretnego problemu etycznego, w tym wskazanie ewentualnych precedensów, przy równoczesnym uwzględnieniu wymiaru emocjonalnego. Następnym krokiem jest ustalenie, czy mamy do czynienia z problemem czy dylematem moralnym, czyli zdecydowanie, czy można zastosować wyłącznie kodeks etyki zawodowej (w przypadku problemu), czy też nie (w przypadku dylematu). Po rozstrzygnięciu tych wątpliwości możliwe jest określenie działań profesjonalnych, które mogą zostać podjęte. Nie kończy to jednak procesu decyzyjnego, gdyż należy jeszcze monitorować skutki zarówno w celu wzbogacania doświadczenia zawodowego, jak i realizacji odpowiedzialności za podjęte działania względem odbiorców usług.

Intelektualne, rozumowe określenie aspektów kwestii etycznej, przed jaką staje psycholog, obejmuje w pierwszej kolejności identyfikację głównych i drugorzędnych interesariuszy, a także ich obecnej roli. Należy więc uwzględnić tych, którzy najprawdopodobniej zostaną dotknięci decyzją i którzy w odniesieniu do problemowej sytuacji mają oczekiwania i interesy. Inaczej mówiąc, decydent powinien określić, kim są strony oraz czyje i jakie dobra/wartości/interesy są zagrożone. Należy też zidentyfikować, kto musi działać na rzecz rozwiązania tej kwestii i kto weźmie na siebie odpowiedzialność za decyzję. Trzeba wskazać źródła akceptowanej wiedzy oraz przepisów prawa, zobowiązań lub standardów profesjonalnych dotyczących zarówno możliwych konsekwencji działań, jak i ich prawdopodobieństwa. Ważnym elementem tego etapu jest próba określenia ewentualnych precedensów, czyli opublikowanych (w tekstach naukowych lub na stronach internetowych) informacji o analogicznych przypadkach wraz z ich rozwiązaniem. Ich identyfikacja może być efektem sięgania po zasoby społeczne, takie jak współpracownicy z tego samego obszaru, przełożeni czy superwizorzy. Choć to trudne, na tym etapie decydent powinien analizować przedmiot decyzji obiektywnie, na podstawie faktów i informacji. Należy oddzielać je od subiektywnych ocen stron, pamiętając jednak, że stronnictwo relacjonowania może być źródłem informacji o ich oczekiwaniach i interesach.

Istotny element intelektualnej analizy kwestii etycznej stanowi próba oceny, jaka jest jej moralna intensywność. Pojęcie intensywności moralnej wywodzi się z koncepcji indywidualnego podejmowania decyzji etycznych

w organizacjach Thomasa M. Jonesa (1991; por. też Chudzicka-Czupała, 2013; Goles i in., 2006). Autor wykorzystuje pojęcia i koncepcje zaczerpnięte głównie z psychologii społecznej, uzupełniając opisywane przez niego modele decyzji etycznych w organizacjach o kontekstowe cechy sprawy, która podlega etycznej ocenie. Spostrzegana moralna intensywność (ważność) jest „konstruktem, który stanowi o sile moralnego przymusu do zachowania się w określony sposób, co jest zależne od cech problemu podlegającego etycznej ocenie” (Jones, 1991, s. 372, za: Chudzicka-Czupała, 2013, s. 99). Koncepcja ta wywodzi się z normatywnej filozofii moralnej, a konkretnie z koncepcji proporcjonalności. Postrzegana przez jednostki intensywność moralna wywiera wpływ na każdy etap etycznego podejmowania decyzji. Jeśli moralna intensywność problemu jest postrzegana jako słaba, decydenci nie będą postrzegać problemu jako ważnego etycznie, natomiast jeżeli moralna intensywność sytuacji jest silna, będzie ona postrzegana jako etycznie ważna. Podstawowe aspekty spostrzeganej moralnej intensywności to:

- wielkość (dotkliwość) fizycznych, ekonomicznych, społecznych i psychologicznych konsekwencji – odnosi się do stopnia, w jakim dana osoba (osoby) może zostać skrzywdzona lub odnieść korzyści z działania decydenta; większy stopień szkody lub korzyści skutkuje wzrostem intensywności moralnej;
- konsensus społeczny (społeczne przyzwolenie) – odnosi się do stopnia zgodności członków grupy społecznej co do oceny danego działania jako dobrego lub złego; ta grupa społeczna może być społeczeństwem jako całością lub mniejszą grupą społeczną, taką jak grupa zawodowa; dominująca jest rola rozstrzygnięć prawnych; silny konsensus społeczny zwiększa intensywność moralną;
- subiektywne prawdopodobieństwo wystąpienia skutków (szkody, krzywdy) – jeśli prawdopodobieństwo, że działanie nakierowane na rozwiązanie wystąpi i spowoduje przewidywaną szkodę, jest wysokie, intensywność moralna wzrasta;
- natychmiastowość skutków (szkody, krzywdy) – odnosi się do czasu upływającego między działaniem a skutkiem; działanie, które skutkuje natychmiastowymi negatywnymi konsekwencjami, spowoduje większy wzrost intensywności moralnej niż działanie, którego konsekwencje są opóźnione;
- spostrzegane społeczne, kulturowe, psychologiczne lub fizyczne podobieństwo do ofiary lub sprawcy szkody (krzywdy) – podobieństwo do

ofiary skutkuje wzrostem intensywności moralnej, a podobieństwo do sprawcy jej spadkiem;

- koncentracja szkody (krzywdy) – odnosi się do relacji między liczbą dotkniętych osób a wielkością ponoszonej przez nie szkody; duża krzywda kilku osób może być bardziej dotkliwa niż niewielka krzywda wielu osób i odwrotnie; choć jest to ujęcie metaforyczne, można je traktować jako swoistą średnią intensywność krzywdy przypadającej na jedną osobę. Jeśli koncentracja efektu jest duża, intensywność moralna wzrasta. Warto dodać, że w dyskursie publicznym istnieją też odwrotne tezy. Zdanie: „Śmierć jednej osoby to tragedia, śmierć milionów to tylko statystyka” – przypisywane Stalinowi, choć według różnych źródeł jego autorami mieliby być Kurt Tucholsky lub Erich Maria Remarque – odzwierciedla mechanizm obronny określany jako psychiczne otępienie (ang. *psychic numbing*) oraz spadek empatii wraz ze wzrostem liczby poszkodowanych osób;
- presja czasowa związana z podejmowaniem decyzji – wraz ze wzrostem jej natężenia rośnie postrzegana intensywność moralna problemu. Wiele badań pokazuje, że ograniczenia czasowe negatywnie wpływają na jakość podejmowanych decyzji, bo decydenci poświęcają mniej wysiłku poznawczego, biorą pod uwagę mniej czynników i odwołują się do prostszych strategii decydowania (Ordóñez i in., 2015; Mazur, 2006).

Jak wynika z badań (Morris i McDonald, 1995; Barnett, 2006), konsensus społeczny i wielkość konsekwencji są szczególnie ważnymi czynnikami wpływającymi na proces podejmowania decyzji etycznych i ocenę jej ważności.

Czynnikami wpływającym na ocenę moralnej intensywności może być także specyficzny etos zawodowy, kształtowany w procesie grupowego uzgadniania i sprzyjający poglądom dominującym wśród większości aktywnych uczestników danej grupy zawodowej (Kosewski, 1985, 2007). W obliczu dystansu poznawczego między pozytywną oceną siebie a moralną oceną własnego postępowania jednostki często dążą do redukcji dysonansu do poziomu uznawanego za tolerowany. Uzgodnienia mogą mieć postać indywidualnych racjonalizacji albo grupowych uzgodnień. Indywidualne racjonalizacje są zawsze dobrze przemyślane, odwołują się do faktów, brzmią przekonująco i racjonalnie dla tego, kto je tworzy. Jednak racjonalizacje nie cechują się wysokim poziomem wiarygodności i dlatego ludzie próbują często uzgodnić je z innymi osobami oraz przekształcić w usprawiedliwienia (np. „Wszyscy

tak robią”, „Jest taki obyczaj w naszym zawodzie, że...”, „Nic na to nie można poradzić, ale takie są realia życia”, „W zasadzie to nic takiego” itp.).

Proces społecznego uzgadniania usprawiedliwień może skutkować powstawaniem uzgodnionej „normy zawodowej”. W efekcie prowadzi to do specyficznej zawodowej anomii – wartości istnieją, lecz nie są przestrzegane, bo towarzyszą im usprawiedliwienia, które „neutralizują” ich oddziaływanie na realizację roli zawodowej. Elementem etosu zawodowego jest tworzona w procesie socjalizacji solidarność (Byczkowska, 2006). Solidarność zawodowa to poczucie wspólnoty z osobami wykonującymi ten sam zawód, skłaniające do utrzymania *status quo* lub polepszenia społecznego wizerunku zawodu.

W celu usunięcia rozbieżności między pozytywnym wizerunkiem zawodu i siebie a działaniami wzbudzającymi wątpliwości etyczne stosuje się różne techniki neutralizacyjne. Mogą to być (Byczkowska, 2006) zaprzeczenie istnienia szkody (ang. *denial of injury*), zaprzeczenie istnienia ofiary (ang. *denial of the victim*), zaprzeczenie odpowiedzialności (ang. *denial of responsibility*), potępienie potępiających (ang. *condemnation of the condemners*), odwołanie do wyższych wartości (np. rodziny; ang. *appeal to higher loyalties*), szukanie usprawiedliwienia poprzez zaciemnianie racjonalnych aspektów i odwołanie się do emocjonalnej reakcji środowiska (ang. *emotional obfuscation*), technika przywłaszczenia i odwrócenia (ang. *appropriation and investion*) i definowanie jedynej „prawdy” przez sprawcę (ang. *evidentiary solipsism*).

Sposobem usprawiedliwiania się w narracjach i autonarracjach (racjonalizacjach) jest m.in. specyficzne używanie języka. Kenneth S. Pope i Melba J.T. Vasquez opisują (2007, s. 16–23) wykorzystywanie języka do ukrywania, oszukiwania lub wprowadzania w błąd. Jeden ze sposobów polega na ukrywaniu szczegółowych informacji dotyczących osób i wydarzeń, stosowaniu ogólników lub formułowaniu opisów w trzeciej osobie. Inny polega na stosowaniu w wypowiedzi trybu warunkowego (np. „jeśli *warunek*, to *skutek*”; przykładem może być częste publiczne oświadczenie: „Jeśli moje zachowanie zraniło bądź obraziło kogokolwiek, to osoby te przepraszam”), w którym nieetyczne zachowanie i jego konsekwencje są jedynie warunkową interpretacją, a podstawowym problemem staje się pytanie, czy czyny miały wpływ na kogokolwiek.

Innym retorycznym sposobem samousprawiedliwiania jest mówienie o tym, co nie było intencją sprawcy i czego nikt mu nie zarzuca. Można też używać abstrakcyjnego języka technicznego do opisu zdarzeń i w gąszczu

żargonowych wyrażen ukrywać istotę sprawy. Kolejnym sposobem jest wykorzystywanie strony biernej, co powoduje, że (w wypowiedzi) sprawca znika i pozostaje „ktoś”. Innym zabiegiem językowym jest umniejszanie znaczenia tego, co się stało, poprzez zestawienie z ekstremalnymi konsekwencjami, które nie wystąpiły. Taki kontrast sprawia, że to, co się zdarzyło, wydaje się błahe.

Można też przedstawić własne nieetyczne zachowanie jako skutek bycia ofiarą niekorzystnych okoliczności, typowych ludzkich niedoskonałości czy zwyczajnego błędu, który mógł się zdarzyć każdemu. Przyjmując, że najlepszą obroną jest atak, można szukać samousprawiedliwienia w atakowaniu poszkodowanych lub osób będących po ich stronie. Emocjonalny i stygmatyzujący język dzielący ludzi na „dobrych nas” i „złych ich” powoduje, że analiza problemu staje się w istocie sprawdzaniem lojalności wobec sprawcy.

Pope (2003) opisuje także inne sposoby usprawiedliwiania własnych nieetycznych zachowań. Jednym z nich jest „szczególna niewiedza” (ang. *specific ignorance*), rozumiana jako brak znajomości danego przepisu kodeksowego, co sprawia, że jego naruszenie ma charakter nieumyślny. Podobną funkcję pełni reguła „konkretnej dosłowności” (ang. *specific literalization*), zgodnie z którą jeśli kodeks nie opisuje danej sytuacji i konkretnego działania, nie uznaje się go za nieetyczne.

Innym rodzajem usprawiedliwienia jest odwołanie się do stwierdzenia: „Znam takich psychologów, którzy też tak robią”. Kolejny sposób polega na argumentowaniu, że nikt w danej sprawie nie złożył skargi lub osoby, które się skarżyły, nie reprezentują ogółu klientów psychologa. Podobnie można traktować nieetyczne zachowanie, które było efektem inicjatywy odbiorcy. Inną możliwą formą usprawiedliwiania jest to, że nieetyczne działanie było jedynie odpowiedzią na niestosowne zachowanie klienta. Zachowanie nie jest uznawane za nieetyczne, jeśli psycholog uważa opisujący je przepis kodeksowy za nieadekwatny do współczesnych realiów czy anachroniczny.

Kolejnym rodzajem usprawiedliwienia jest wskazanie, że osoby zaangażowane w egzekwowanie standardów same działają nieetycznie. Możliwe jest też usprawiedliwienie poprzez odwołanie się do braku intencji czynienia zła i działania w dobrej wierze. Usprawiedliwieniem może być także brak jednoznacznych wyników empirycznych wskazujących, że nieetyczne zachowanie było jedyną lub podstawową przyczyną szkody poniesionej przez odbiorcę usługi. Jeśli psycholog jest zmęczony, ma złe samopoczucie danego dnia albo z konieczności działał pod presją czasu, to okoliczności te usprawiedliwiają niezawinione nieetyczne zachowanie. Usprawiedliwieniem może też być

przekonanie, że psycholog zazwyczaj postępuje etycznie, a dane zachowanie stanowi odosobniony przypadek, a także że psycholog jest w swej specjalności – albo również pozazawodowo – autorytetem.

Równie istotne jest zdefiniowanie i opis konkretnego problemu etycznego w wymiarze doświadczanych emocji. Przeżywany przez psychologa emocjonalny dyskomfort jest często pierwszym sygnałem wskazującym na istnienie problemu czy dylematu etycznego. Dlatego ważne jest zaangażowanie w refleksyjne rozpoznanie i analizę istoty tej emocjonalnej niewygody, a także rozważenie wpływu kontekstu na proces decydowania. Pozwala to dokładniej określić trudność rozwiązania problemu, z jakim psycholog ma do czynienia. Istotne jest ponadto określenie, czy osobisty system wartości psychologa lub jego własne uprzedzenia nie wpływają na bezstronność podejmowanej „dobrej” dla odbiorcy (odbiorców) decyzji.

Trudno dziś oczekiwać od psychologa neutralności światopoglądowej (Marchewka i Sikora, 2013; Aleksandrowicz, 2006), szczególnie w sytuacji, gdy podejmuje on decyzję w obliczu zawodowego problemu etycznego. Oczywiście ważniejsze jest to, co odbiorcy pomocowej usługi psychologicznej uważają za dobre, niż to, co za dobre uważa psycholog. Zestawienie interesów stron w tej konkretnej kwestii etycznej ułatwia zrozumienie konfliktu. Na tym etapie decydowania należy też rozważyć, w jakim stopniu partycypacja psychologa czy drugorzędnych interesariuszy wpłynąć może na decyzje i działania. Zdefiniowanie i opis konkretnego zawodowego problemu czy dylematu etycznego w wymiarze intelektualnym i emocjonalnym pozwala na jego nazwanie.

Następnym krokiem jest określenie, czy mamy do czynienia z problemem czy dylematem moralnym, czyli zdecydowanie, czy można w tej konkretnej sytuacji zastosować wyłącznie kodeks etyki zawodowej (wówczas jest to problem), czy też nie (wtedy występuje dylemat). W tym celu niezbędne jest ustalenie, jakie kodeksy etyczne, precedensy rozwiązywania podobnych kwestii etycznych, przepisy prawa, zasady etyczne oraz polityki i procedury instytucjonalne mają zastosowanie do danej kwestii.

Kolejnym krokiem jest ocena, czy i jakie przepisy kodeksu etycznego lub precedensy można zastosować bezpośrednio i autonomicznie w takiej postaci, w jakiej został on ustanowiony przez odpowiednią grupę zawodową. Jeśli psycholog oceni, że jest możliwość zastosowania go w takiej postaci, to należy wskazać odpowiedni zapisany standard (przepis kodeksowy lub precedens zawierający interpretację przepisu), uzasadnić jego wybór oraz zinterpretować w odniesieniu do konkretnej sytuacji (choć ta interpretacja nie może

być tylko parafrazą treści tego przepisu kodeksowego), a następnie działać zgodnie z nim.

Istnieje możliwość, że standardy są w kodeksie sformułowane niejako (np. przez brak definicji pojęć) czy też nazbyt ogólnie (abstrakcyjnie, pozakontekstowo). Z założenia każdy przepis kodeksowy ma charakter uniwersalistyczny, a nie konkretno-indywidualny. Przywoływane w przepisie elementy – adresaci, działania i okoliczności – mają charakter ogólny, natomiast interpretacja – kontekstowy i indywidualny (por. Brożek, 2012). Wówczas należy podjąć próbę ich odniesienia do danego stanu faktycznego (konkretyzacji) i podjąć decyzję interpretacyjną, odwołując się do ducha kodeksu etyki zawodowej. Możliwe jest także, że przepisy kodeksowe (wewnątrz jednego kodeksu etyki lub między kodeksami) są sprzeczne; wówczas należy określić, na czym polega sprzeczność kodeksowych wymagań w odniesieniu do tej konkretnej sytuacji, i na tym oprzeć swoją decyzję co do rozwiązania i jej uzasadnienie.

Natomiast jeśli szukając rozwiązania, nie można odnieść się wyłącznie do kodeksu, to należy postawić kilka pytań, np. czy przy podejmowaniu decyzji należy uwzględnić też przepisy prawa. Oczywiście, że kodeks etyki zawodowej nie stanowi powszechnie obowiązującego prawa ani nie daje podstaw do sankcji prawnych (pomijając wskazane przez kodeks organy dyscyplinarne, takie jak sąd koleżeński, komisja dyscyplinarna itp.), obowiązujących jedynie członków danej organizacji zawodowej. Jeśli zachodzi sprzeczność między standardami kodeksowymi a przepisami prawa, to trzeba pamiętać, że w sytuacji konfliktu etycznego etyka zawodowa ma pierwszeństwo przed prawem, jednak to prawo będzie podstawą ewentualnego wyroku sądowego. Z jednej strony, realizując etyczny wymóg kodeksowy i jednocześnie łamiąc prawo, psycholog naraża się na odpowiedzialność karną. Z drugiej strony, łamanie wymogu kodeksowego nie podlega odpowiedzialności prawnej (Kubiak, 2013).

Odnosnie do relacji etyki zawodowej i prawa w podsumowaniu analizy kodeksów etyki zawodowej w obszarze zdrowia psychicznego (Kosmowski, 2019, s. 396–400) pojawiają się takie postulaty, jak prymat prawa nad normami etycznymi, uznanie regulacji prawnych za uzupełniające albo wskazanie ich jako wiodących lub przyjęcie, że prawo stanowi jedyną czy ostateczną instancję w przypadku wystąpienia wątpliwości interpretacyjnej. Warto jednak mieć na uwadze, że prawo nie jest etyką czy nawet jej konkretyzacją. Ten, kto nie łamie przepisów prawa, nie staje się automatycznie osobą moralną. Konkretnie przepisy prawa są efektem kompromisu społecznego, określają podstawowe standardy zachowań, granice brzegowe pozwalające jednostkom

żyć zgodnie z własnymi przekonaniem i etycznymi lub moralnością. Prawo instrumentalnie zideologizowane z założenia wyklucza pewne przekonania etyczne (Łętowska, 2010), co nie pozwala traktować go zawsze jako wyroczni przy rozwiązywaniu konfliktu prawo vs kodeks.

Może też się zdarzyć, że przestrzeganie prawa będzie wymagało od nas postępowania wbrew naszej etyce lub moralności. Możemy mieć do czynienia z przypadkiem konfliktu norm (Lazari-Pawłowska, 1961), a niekiedy konfliktem interesów, czyli konfliktem zobowiązań, co pociąga za sobą konflikt lojalności (Lewicka-Strzałecka, 2005; por. dalej). Jeżeli omawiany konflikt nie dotyczy sprzeczności standardów kodeksowych i przepisów prawa, to może dotyczyć konfliktu norm kodeksowych i innych standardów: światopoglądowych, religijnych, kulturowych itp. Konflikt może również dotyczyć sprzeczności między normami roli zawodowej i pozazawodowej. W efekcie stosowanie się do nich wymusza działania wzajemnie wykluczające się. I tu podobnie – w konflikcie etycznym dotyczącym realizacji roli zawodowej to standardy etyki zawodowej mają pierwszeństwo przed innymi standardami, a interes osobisty (a także innych ludzi) ma niższy status niż interes odbiorcy usługi psychologicznej. Zawodowe kodeksy etyczne nie formułują zaleceń na wypadek konfliktu ról i norm, a profesjoniści muszą je (niestety!) rozstrzygać na własną rękę.

Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na potencjalny konflikt etyki zawodowej i osobistej (problem tzw. klauzuli sumienia omówiony jest w innym miejscu). Rola zawodowa psychologa jest szeroko pojmowana – kompetencje zdobyte w czasie studiów mogą być przydatne w orzekaniu i opiniowaniu oraz pomocy psychologicznej i psychoterapii (odwołującej się do różnych nurtów teoretycznych), co jest oczywiste. Absolwenci psychologii mogą znaleźć pracę także w placówkach edukacyjnych i opiekuńczych, działach zasobów ludzkich, marketingu lub jako specjaliści ds. reklamy, specjaliści ds. PR, jako doradcy polityków, doradcy personalni itp. Umożliwia to już na początku kariery zawodowej poszukiwanie obszaru, w którym etyka osobista nie koliduje z etyką zawodową. Warto zadać sobie (nie tylko na początku kariery zawodowej) kilka pytań: Jakie są Moje osobiste wartości i co jest rdzeniem Mojego poczucia wartości? Jaka jest Moja zawodowa motywacja? Na ile Moje osobiste wartości są zbieżne z Moim systemem zawodowych wartości? W jakim zakresie są one w konflikcie? Na czym on polega? Taka osobista refleksja być może pozwoli na uniknięcie konfliktu etyki zawodowej i osobistej.

Po rozstrzygnięciu tych wątpliwości można przystąpić do podejmowania decyzji i działań profesjonalnych. Zazwyczaj nie jest to sytuacja zero-jedynkowa – jedno działanie albo bezczynność (pomijając, że i ona przynosi konsekwencje). Nawet wówczas warto zastanowić się nad przewidywanymi losami odbiorcy usługi psychologicznej w przypadku braku naszej interwencji oraz określić, co i w jakim stopniu ona zmieni. Może się okazać, że wybór ograniczy się do jednego rozwiązania (działania), choć niewykluczone jest istnienie kilku potencjalnych opcji. Niezależnie od tego należy generować i analizować różne możliwe sposoby reagowania oraz analizować koszty i korzyści każdej możliwości. Tę ostatnią kwestię warto rozpatrywać z dwóch perspektyw: nieszkodzenia („nie szkodzić”) i dobroczynności („czynić dobro”), chociaż oczywiście nie są to perspektywy wzajemnie się wykluczające (łac. *primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare et comitatur semper*). Należy mieć obraz sekwencji konkretnych działań, które należy podjąć, oraz potencjalnych barier (blokad, utrudnień) dla skutecznej realizacji planu działania. Warto też określić i przedyskutować zarówno z interesariuszami (stronami), jak i współpracownikami (koleżeńska superwizja) długo- i krótkookresowe konsekwencje potencjalnych działań. Wnioski z takiej dyskusji zwiększą poczucie pewności decydenta.

Na tym jednak nie kończy się proces podejmowania decyzji. Należy jeszcze monitorować jej skutki oraz dokumentować przebieg działań zarówno w celu wzbogacania doświadczenia zawodowego, jak i realizacji odpowiedzialności za podjęte działania względem odbiorców usług. Opis czynników, które przyczyniły się do sukcesu, jak również tych odpowiedzialnych za niepowodzenie w realizacji decyzji, pozwala na komplementarne budowanie doświadczenia zawodowego. Często interwencja zmienia pierwotną definicję kwestii etycznej i prowadzi do zmiany definicji oraz korekty działania. Ważne jest także włączenie odbiorcy w ocenę procesu zmiany. Refleksja na przebiegiem realizacji decyzji umożliwia wyciąganie wniosków i sprzyja późniejszej dojrzałości w podejmowaniu decyzji zawodowych. Ponadto warto na tej podstawie próbować stworzyć ogólną zasadę rozwiązywania konfliktów etycznych tego rodzaju oraz opisać ewentualne procedury standaryzujące przyszłe działania w tym kontekście. Należy też unikać nadmiernych uogólnień, by *casus* nie był traktowany jak uniwersalna reguła. Warto ponadto dzielić się nową wiedzą i doświadczeniem z innymi psychologami. Proponowany model procesu podejmowania decyzji przedstawiono na rysunku 1.

2.3 ETYCZNE PROBLEMY W OPINIOWANIU I ORZEKANIU PSYCHOLOGICZNYM

Przedmiotem tego podrozdziału są etyczne i prawne aspekty diagnozy psychologicznej. Zwrócono uwagę na brak jednoznacznych definicji opinii i orzeczenia, choć obie formy wynikają z procesu diagnozowania, który ingeruje w dobra osobiste jednostki. Kluczowe kwestie podejmowane w tym podrozdziale to:

- kompetencje diagnosty – obejmujące znajomość metod, unikanie spekulacji przy interpretacji wyników, kompetencje psychometryczne i wymóg ciągłego rozwoju zawodowego;
- problem tajemnicy zawodowej – psycholog ma obowiązek jej przestrzegania, nawet wobec sądu, chyba że zostanie formalnie z tego zwolniony;
- świadoma i oparta na wiedzy zgoda – osoba badana musi być poinformowana o celu, przebiegu i konsekwencjach diagnozy oraz mieć wpływ na interpretację wyników.

Ponadto omówiono rolę psychologa-diagnosty w sądzie jako biegłego sądowego oraz świadka. Szeroko opisano również problem dostępu do narzędzi diagnostycznych, który powinien być zastrzeżony dla osób kompetentnych, by zapobiec manipulacjom i chronić integralność testów. W podrozdziale poruszono kwestię automatyzacji procesu badań psychodiagnostycznych. Wskazano na nieetyczne praktyki stosowania testów, np. przypadki nadużyć, jak eugenika czy kulturowo nieadekwatne testy, które prowadziły do poważnych krzywd. Podkreślono też, że etyczna diagnoza wymaga nie tylko wiedzy, lecz także odpowiedzialności, szacunku dla osoby badanej oraz przestrzegania prawa.

2.3.1 Opiniowanie i orzekanie. Kompetencje i narzędzia

W literaturze czy aktach prawnych brakuje jednoznacznych definicji opinii i orzeczenia. Można przyjąć, że orzeczenie to rozstrzygnięcie konkretnej sprawy (decyzja) przez organ państwa działający w ramach swej kompetencji i odwołujące się do przepisów (prawa), natomiast opinia może być wydana przez osobę i instytucję oraz jest dokumentem opisującym (oceniającym) i rekomendującym określone działania. Różne są ich skutki: opinia jest niewiążąca, zalecenia zawarte w opinii można wziąć pod uwagę albo nie, natomiast orzeczenie jest obligatoryjne, co oznacza, że uwzględnione

w nim zalecenia (wskazania) muszą być spełnione, a sam dokument ma wartość decyzji administracyjnej pierwszej instancji (zatem można się od niego odwołać). W języku potocznym terminy te często używane są zamiennie, co niekiedy prowadzi do nieporozumień. W rzeczywistości łączy je tylko to, że w obu przypadkach procesem prowadzącym do wydawania psychologicznej opinii lub orzeczenia jest diagnozowanie.

Diagnozowanie z założenia jest naruszeniem dóbr osobistych jednostki: jej prawa do intymności, tajemnicy osobistej, tajemnicy korespondencji itp. Osoby badane zazwyczaj wyrażają na to zgodę, bo mają nadzieję na uzyskanie pomocy lub wypełniają urzędowy obowiązek – co jednak nigdy nie powinno zwalniać psychologów z rozważnego z niej korzystania (Paluchowski, 2023). W psychodiagnostyce istnieją oczywiste zasady, np. wyników nie można fałszować (zmieniać, pomijać), by potwierdzały z góry przyjęte tezy, nie wolno działać na szkodę klienta itp. Rzadziej pamięta się o tym, że należy także unikać postawy, którą można określić jako „psychologiczne plotkarstwo”, polegającej na zbieraniu maksymalnej liczby informacji diagnostycznych w celu – jak to się czasami określa – „pełnego opisu osobowości”, co wykracza poza niezbędną potrzebę (Paluchowski, 2017a, 2023a).

Użycie danej procedury diagnostycznej (testu) powinno być uzasadnione celem diagnostycznym. Inaczej mówiąc, wnikanie w intymne, osobiste sprawy klienta dopuszczalne jest pod względem etycznym jedynie w takim zakresie, jaki wynika z celów działania psychologa (opiniowania, orzekania, pomocy psychologicznej itp.). Ludzie często trafiają do psychologa w najgorszej chwili swojego życia, nie będąc do tego przygotowanymi. Nie należy bez wyraźnej potrzeby przekraczać granic ich intymności i prywatności.

Odpowiedzialność za specjalistyczne kompetencje bierze na siebie uczelnia lub firma szkoląca po studiach. Ogólne wykształcenie w zakresie diagnozy psychologicznej w czasie studiów nie jest wystarczające do uzyskania kompetencji w tej dziedzinie, a może jedynie stanowić solidną podstawę do rozwoju kompetencji w konkretnych obszarach psychologii (Halama, 2015; Słysz, 2011). Podstawą jest świadoma, osobista odpowiedzialność za samorozwój w tym wymiarze. Ważnym jej elementem jest superwizja. Znacząco różni się ona od superwizji psychoterapii i doradztwa (Wright, 2020). Badanie diagnostyczne zazwyczaj ma charakter jednorazowy, co utrudnia naprawienie ewentualnych błędów w konkretnym przypadku. Konieczne jest więc uogólnianie i budowanie kompetencji proceduralnej, bo diagnoza (rozpoznanie) ma często istotny wpływ na życie lub funkcjonowanie osoby diagnozowanej.

Potencjalna dyrektywność superwizji diagnostycznej może wpływać na jej skuteczność (Wright, 2020). Poziom dyrektywności zależy od poziomu wiedzy i umiejętności superwizanta, powagi i istotności błędu. Niemniej jednak wydaje się ona tak potrzebna, jak superwizja psychoterapii.

Ważne dla ochrony praw i interesów osoby diagnozowanej jest posiadanie przez diagnostę odpowiednich zdolności i umiejętności zawodowych. Oznacza to przede wszystkim kompetentny wybór oraz umiejętność stosowania metod i procedur diagnostycznych, a także znajomość ich ograniczeń interpretacyjnych, gdyż nie wolno kierować się nieuzasadnionymi spekulacjami interpretacyjnymi. Wykorzystywanie wątpliwych narzędzi diagnostycznych nie przynosi bezpośredniej szkody osobom diagnozowanym – szkodę przynoszą im spekulacje diagnostyczne i oparte na nich decyzje oraz zalecenia. Ważna jest więc kompetencja psychometryczna osób wydających opinie czy orzeczenia. Kompetentny psycholog musi znać i rozumieć treść podręcznika do testu, którego używa. Wykorzystywane przez psychologów techniki diagnostyczne bezsprzecznie muszą spełniać podstawowe kryteria psychometryczne (odpowiednia rzetelność, trafność – głównie kryterialna – i normy) (AERA, APA, NCME, 2007; Hornowska, 2023; Phelps, 2009).

Poza tym, że test psychometryczny daje poprawne z perspektywy psychometrii wyniki, ważne jest, iż mierzy on ten pozaindywidualnie nieobserwowalny konstrukt teoretyczny, będący przedmiotem opinii czy orzeczenia, oraz że normy pozwalające na psychometryczną ocenę wyniku testowania są adekwatne do danych okoliczności. Istotne dla etycznego podejmowania decyzji na podstawie testowania jest rozumienie istoty pomiaru psychologicznego (Hornowska, 2023; Stachowski, 1978). Jest to pomiar różnicowy i jego cel stanowi porównywanie uzyskanego przez daną osobę w teście wyniku surowego z wynikami odpowiedniej grupy osób (grupy referencyjnej) i liczbowe określenie podobieństwa osoby testowanej (dokładniej: typowości) do tej grupy. Natomiast test psychologiczny to zazwyczaj sztuczna sytuacja, na którą osoba badana wyraża zgodę i która jest tak zaaranżowana, by skuteczne działania zależały w możliwie maksymalnym stopniu od tej właściwości (funkcji psychicznej), która jest przedmiotem pomiaru (Paluchowski, 2007).

Pomijając cechy psychometrycznej dobroci wyniku surowego, jego interpretacyjny sens zasadza się na wykorzystaniu odpowiedniej (adekwatnej do celu testowania) grupy porównawczej (Paluchowski, 1987, 2010; Pope, 2010). Wynika z tego m.in. to, że test scharakteryzowany jako rzetelny, ważny i użyteczny dla jednego celu może okazać się bezużyteczny lub nieodpowiedni

w przypadku innego. Niektóre testy są przydatne w różnych sytuacjach, ale żaden test nie sprawdza się dobrze we wszystkich zadaniach, ze wszystkimi ludźmi i w każdej sytuacji. Stosując narzędzie czy procedurę diagnostyczną w danym obszarze (okolicznościach), psycholog powinien znać dane empiryczne odnoszące się do ich stosowania w tych okolicznościach. Na przykład test umiejętności stosowany wobec osób szukających pomocy może zupełnie się nie sprawdzać w warunkach skłaniających do manipulowania wynikami (bo np. nie ma wbudowanych narzędzi kontroli wykonania; por. też zaangażowanie w wykonanie testu). Odpowiedź na pytanie, czy dany instrument oceny psychologicznej stanowi „dobry test” lub „zły test”, jest złożona (Koocher i Keith-Spiegel, 2016) i wymaga uwzględniania często złożonego kontekstu.

Odbiorca usługi psychologicznej ma jednak prawo oczekiwać, że badający go za pomocą testów psycholog posiada odpowiednie kompetencje, by w określonych okolicznościach stwierdzić, czy dany test jest adekwatny („dobry”). Dlatego samo stwierdzenie, że test ma odpowiedzialnego wydawcę, nie wystarcza. Konieczne jest również wzięcie na siebie moralnej odpowiedzialności za jego konkretne zastosowanie. Diagnostuje zawsze psycholog, nigdy test. Należy ponadto zwrócić uwagę na to, że użyteczne w praktyce badawczej (naukowej) narzędzia wcale nie muszą mieć wartości diagnostycznej (klsyfikacyjnej). Brak wiedzy w tym obszarze prowadzić może do wydawania nietrafnych, ale także stronniczych i dyskryminujących opinii czy orzeczeń. Ważne jest też zrozumienie kontekstu społecznego, kulturowego, politycznego i prawnego, w którym stosowane są testy, oraz sposobu, w jaki te czynniki mogą wpływać na wyniki testów, ich interpretację i wykorzystanie (Paluchowski, 2023). Elementem kompetencji w tym zakresie jest również umiejętność interpretacji uzyskanych wyników, zarówno psychometrycznej, jak i jakościowej. Niestety, zdarza się, że brak kompetencji wyraża się w kopiowaniu fragmentów podręcznika testowego, bez indywidualizowania tych treści i odnoszenia ich do konkretnych okoliczności (Markiewicz, 2023). Podręcznikowe opisy grupy osób osiągających wysokie lub niskie wyniki w skalach mają charakter podsumowujący (uniwersalny) oraz grupowy i u konkretnej osoby wymienione tam cechy mogą występować w różnych, indywidualnych konfiguracjach. Ponadto trafność diagnostyczna zależy od konkretnych cech demograficznych (Pękala i Sobów, 2023). Konieczne przy interpretacji wyników testów jest także ich powiązanie z przedmiotem wyjaśniania, najczęściej w postaci pytania zleconodawcy opinii (Ostaszewski, 2013).

Ważne dla interpretacji wyników testu jest rozumienie roli standaryzacji testowania (Pope, 2010). Dane w podręcznikach testowych i ocena ich psychometrycznych cech zostały określone w wyniku zastosowania jakiejś konkretnej jednolitej procedury stosowania tego testu wobec pewnej konkretnej grupy osób. Odstępstwa od tej procedury podczas wykorzystywania testu w codziennej pracy (zmiany instrukcji, sposobu prezentowania zadań testowych itp.) praktycznie mogą unieważnić informacje podręcznikowe. Interpretując wyniki takiego postępowania, psycholog powinien jednoznacznie wskazać przyjęte przez siebie podstawy zastosowanej interpretacji i wynikającej z tego opinii. Należy wówczas unikać poznawczego błędu konfirmacji, polegającego na poszukiwaniu, rozpoznawaniu i docenianiu informacji, które są zgodne z naszymi postawami, przekonaniami i oczekiwaniami (Pope, 2010).

Istotnym wymogiem etycznym wobec narzędzi diagnostycznych powinno być upublicznianie informacji o podstawowych parametrach ich psychometrycznej dobroci – tylko bowiem na tej podstawie odróżnić będzie można psychozabawy od profesjonalnych narzędzi. Jeżeli na temat jakiejś metody, nawet popularnej, nie można znaleźć żadnej naukowej publikacji (polskiej lub zagranicznej), to jej stosowanie najprawdopodobniej przyniesie więcej szkód niż pożytku. Można zasadnie oczekiwać, że psycholog stosuje wyłącznie takie procedury diagnostyczne, których założenia są zgodne z aktualnym stanem wiedzy naukowej w danej dziedzinie, opisane zostały w recenzowanej publikacji naukowej, których trafność została sprawdzona za pomocą metodologicznie poprawnych procedur oraz dla których zostały ustanowione i opisane standardy ich stosowania (Filipiak i Paluchowski, 2019; OSDP PTP, 2018; Paluchowski, 2010, 2015, 2016, 2023a; Paluchowski i in., 2015; Paluchowski i Wójtowicz, 2021; PTP, 2020a; Piegat-Kaczmarczyk i in., 2022).

Podstawową kwestią jest odpowiedź na pytanie, jakie kompetencje powinni mieć użytkownicy testów psychologicznych i innych narzędzi diagnostycznych. Standardowe kwalifikacje użytkowników testów różnią się w zależności od rodzaju stosowanych narzędzi (Magalhães i Sumner, 2020). Osoba posługująca się narzędziami diagnostycznymi powinna znać teoretyczne (naukowe) założenia wybranej techniki diagnostycznej oraz posiadać wiedzę o specyfice okoliczności lub celu badania, potrafić przeprowadzić badanie, znać i rozumieć założenia oraz zasady interpretacji uzyskanego wyniku (modelu pomiaru psychometrycznego oraz ilościowej, statystycznej interpretacji wyniku dla testu psychometrycznego oraz teoretycznej dla wyniku nietestowego) (Brzeziński, 2005; Moreland i in., 1995; Turner i in., 2001). Dodatkowo na

użytkownikowi testu spoczywają takie obowiązki, jak stworzenie osobom diagnozowanym warunków pozwalających na optymalne wykonanie zadań, gotowość do wyjaśniania sytuacyjnych problemów oraz przechowywanie kluczy i materiałów testowych w bezpiecznym miejscu (Moreland i in., 1995). W kwestii dostępu do narzędzi (certyfikacji) można wyróżnić trzy podejścia²² (por. też Oronowicz, 2016; Oronowicz i Kostecka, 2017; Zalewska, 2009):

1. Testy tylko dla psychologów (kryterium: wystarczające są kompetencje zdobyte w trakcie pełnych studiów psychologicznych).
2. Podział testów ze względu na kwalifikacje niezbędne do administrowania testem i/lub do interpretowania jego wyników (kryterium: kompetencje zdobyte niezależnie od miejsca nabycia).
3. Podział testów ze względu na obszar zastosowania (kryterium: indywidualna i społeczna waga decyzji podejmowanych na podstawie wyniku testowego lub tradycyjne obszary praktyki psychologicznej).

W Polsce udostępnianie narzędzi diagnostycznych przechodziło przez różne etapy. Początkowo, w latach 1948–1956 naukowe i praktyczne uprawianie psychologii, korzystanie z narzędzi testowych oraz studiowanie było ograniczane, a w pewnych obszarach zakazane (Strelau, 2010). W latach 1959–1969 Mieczysław Choynowski założył i kierował Pracownią Psychometryczną Polskiej Akademii Nauk, samodzielną placówką naukową Wydziału Nauk Społecznych PAN, która w swoim założeniu miała być załącznikiem Instytutu Psychologii Stosowanej. Dzięki swoim kontaktom Choynowski sprowadził do Polski ponad 3000 różnych testów psychologicznych. W Pracowni Psychometrycznej PAN rozpoczęto prace adaptacyjne nad ok. 200 testami psychologicznymi. W połowie lat 60. nakładem Pracowni ukazało się czasopismo *Biuletyn Psychometryczny* (wydano dwa numery po ponad 300 stron każdy: w 1966 i 1968 roku), zawierający tłumaczenia podstawowych publikacji psychometrycznych oraz sprawozdania z prowadzonych prac adaptacyjnych. W 1970 roku, po likwidacji Pracowni Psychometrycznej, Choynowski wyemigrował do Szwecji, potem do Norwegii, a ostatecznie w 1972 roku osiadł w Meksyku i tam zmarł. Wykładał na Universidad Pedagógica Nacional w Meksyku (Manturzevska, 2002). Była to działalność,

²² Należy podkreślić, że omawiane klasyfikacje dotyczą głównie cech użytkowników, a nie cech narzędzi. Dyskusja na ten temat w Polsce silniej akcentowała podział testów niż podział ich użytkowników. Można powiedzieć, iż klasyfikacja testów jest szczególnie ważna dla ich sprzedawcy, a klasyfikacja kompetencji dla np. towarzyszy naukowych.

po okresie stalinowskiego zakazu uprawiania burżuazyjnej psychologii, dość rewolucyjna (również w kontekście respektowania praw autorskich).

W Polsce do roku 1975 sprawa była jasna – w wyniku porozumienia Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i dzięki donacji Bogdana Zawadzkiego (1902–1966) powstało Laboratorium Technik Diagnostycznych im. Bohdana Zawadzkiego (PTP PTP, 2025c). Zawadzki w 1940 roku wyjechał do Stanów Zjednoczonych, gdzie pracował jako profesor psychologii i psychopatologii (w Smith College, Wellesley College, Sarah Lawrence College i City College of New York). W testamencie zapisał Instytutowi Psychologii UW zbiór technik psychologicznych i fundusze na rozwój psychometrii w Polsce. Laboratorium miało cele naukowe i dydaktyczne oraz publikowało dla studentów psychologii UW i nauczycieli akademickich. Zespół LTD był zaangażowany w prace nad adaptacją i normalizacją: WISC-R, WAIS-R, TMS, COLUMBIA, HALSTEAD-REITAN, LEKSYKON, SAWA-TEST (WP UW, b.d.). W roku 1990 umowa została rozwiązana i powstało niezależne Laboratorium Technik Diagnostycznych Wydziału Psychologii UW oraz Pracownia Testów Psychologicznych PTP – statutowa „[...] samodzielna pod względem finansowym i merytorycznym, wydzielona jednostka Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, która stała się największym wydawcą [i sprzedawcą – przyp. W.J.P.] testów w Polsce” (PTP PTP, 2025c). Zmieniło to sytuację na polskim rynku testów, a Pracownia z własnych środków opłacała tworzenie oryginalnych testów i ich adaptacje. Ponadto dokonała w tym czasie adaptacji i normalizacji wielu testów autorów polskich i zagranicznych (PTP PTP, 2025c). Test psychologiczny stał się nie tylko narzędziem diagnostycznym, lecz także produktem rynkowym.

W Pracowni powołano Zespół ds. określenia zasad posługiwania się metodami i narzędziami psychologicznymi²³. Jego zadaniem było uporządkowanie statusu użytkowników narzędzi diagnostycznych. W 2002 roku przyjęto podział testów na cztery kategorie:

1. Testy zastrzeżone wyłącznie dla psychologów i wymagające specjalnego przeszkolenia w zakresie ich stosowania. Przyjęto, że szkolenie dotyczące stosowania i interpretacji metod z tej grupy może odbywać się już w okresie studiów, powinno jednak odpowiadać ustalonym wymaganiom merytorycznym i musi być osobno udokumentowane.

²³ W składzie: Jan Strelau (przewodniczący), Aleksandra Jaworowska, Elżbieta Hornowska, Urszula Buryn, Piotr Oleś, Anna Knobloch-Gala.

2. Testy zastrzeżone wyłącznie dla psychologów bez dodatkowych warunków.
3. Testy dopuszczone do stosowania przez osoby niebędące psychologami z wyższym wykształceniem po przeszkoleniu.
4. Testy dopuszczone do stosowania przez osoby niebędące psychologami z pokrewnym wykształceniem do badań naukowych lub działalności zawodowej korespondującej z rodzajem metody.

Klasyfikacja była punktem wyjścia do dalszej środowiskowej dyskusji (szczególnie w celu określenia kategorii dla poszczególnych technik diagnostycznych stosowanych w praktyce). Zdaniem członków Zespołu do dalszych prac należałoby zaprosić także wydawców testów w celu ustalenia jednolitych zasad rekomendacji i rozpowszechniania testów psychologicznych. Konieczne byłyby również negocjacje z autorami, posiadaczami praw autorskich i wydawcami testów objętych tym systemem klasyfikacji. Jak się wydaje, w związku z oporem środowiska problem udostępniania testów psychologicznych osobom niebędącym psychologami pozostał otwarty.

W czerwcu 2010 roku Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychologicznego wznowił działalność Komisji ds. Testów Psychologicznych w celu uporządkowania dostępu do oferowanych na rynku narzędzi diagnostycznych. „Komisja zaprosiła do współpracy głównych wydawców testów, z zaproszenia skorzystały jedynie Pracownia Testów Psychologicznych PTP oraz wydawnictwo ERDA. Potrzeba określenia jednoznacznych reguł dotyczących możliwości dostępu do testów wynika z jednej strony z ich dużego zróżnicowania ze względu na kompetencje potrzebne do ich poprawnego stosowania, a z drugiej strony – ze względu na ich zróżnicowane przeznaczenie” (PTP PTP, 2025d). Komisja brała pod uwagę następujące kryteria:

- konsekwencje użycia danego testu dla osoby badanej, czyli takie techniki, których wyniki mogą być podstawą decyzji wpływających na głęboką i trwałą zmianę losu osoby diagnozowanej (orzecznictwo, opinie mające konsekwencje prawne);
- diagnozowane obszary – im bardziej pogłębionej wiedzy psychologicznej wymaga użycie danego testu oraz im bardziej „wrażliwą” zmienność on mierzy²⁴, tym wyższe kwalifikacje należy posiadać, by móc go stosować;
- kompetencje psychometryczne – kryterium odnoszące się do tego, czy poprawne użycie danego testu (ocena i interpretacja wyników)

²⁴ Ten element kryterium budził w dyskusji wątpliwości ze względu na swoją niejasność.

wymaga dogłębnej znajomości psychometrii, czy też możliwe jest na podstawie informacji zawartych w podręczniku;

- trudność w stosowaniu – kryterium dotyczące tego, czy poprawne prowadzenie procesu diagnozowania za pomocą testu wymaga specyficznych kompetencji (nabywanych w toku studiów lub szkoleń), czy też wystarczy znajomość instrukcji.

Kategoryzacja została skierowana do Instytutów Psychologii uczelni wyższych, stowarzyszeń psychologów i oddziałów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w celu konsultacji. Na podstawie uzyskanych opinii wprowadzono szereg zmian, modyfikując pierwotną wersję. Jak napisano na stronie Pracowni: „Należy podkreślić, że uwzględnienie danego testu w tej kategoryzacji nie oznacza pozytywnej oceny jego wartości. [...] Ocenie testów służyć będą recenzje, których przygotowaniem ma zająć się Zespół ds. testów psychologicznych przy Komitecie Psychologii PAN”²⁵ (PTP PTP, 2025d).

Podczas konsultacji środowiskowych wiele kontrowersji wzbudziły zarówno kryteria podziału testów, jak i przypisanie konkretnej techniki diagnostycznej do danej kategorii. W badaniu obejmującym 554 psychologów praktyków, głównie klinicznych (Jaworowska, 2009a), większość osób stwierdziła, że testy psychologiczne powinny być stosowane wyłącznie przez psychologów, choć respondenci wskazywali też na to, że wiedza na ten temat wyniesiona ze studiów jest niewystarczająca. W kwestii stosowania narzędzi diagnostycznych przez osoby niebędące psychologami ponad połowa osób badanych była temu przeciwna. W badaniach dotyczących stosunku 86 studentów psychologii UJ do udostępniania narzędzi psychologicznych innym grupom zawodowym (Oronowicz i Kostecka, 2017) wykazano, że prawo do korzystania z testów psychologicznych przysługują oni jedynie wykwalifikowanym psychologom. Taki pogląd najsilniej wyrażali studenci III i IV roku studiów, natomiast bardziej liberalni w tym względzie byli studenci I i V roku. Zgadzali się też z tym, że o ile samo badanie testem psychologicznym oraz obliczanie jego wyników na podstawie klucza może być realizowane przez osoby niebędące psychologami, o tyle interpretacja i udzielanie informacji zwrotnych powinny być zastrzeżone wyłącznie dla psychologów.

²⁵ Komisja ds. Testów Psychologicznych PAN została powołana 9 marca 2012 roku, w odpowiedzi na inicjatywę Zarządu Głównego PTP i Komisji Testów ZG PTP, pracowała w latach 2012–2018 (https://oldkomppsych.pan.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=45&Itemid=145, dostęp: 15.12.2025).

Testy w ofercie Pracowni zostały zgodnie z wytycznymi PTP podzielone na trzy kategorie o zróżnicowanej dostępności (PTP PTP, 2025b):

C – tylko dla osób posiadających dyplom ukończenia studiów magisterskich z psychologii oraz dla osób ze stopniem doktora nauk społecznych w dyscyplinie psychologia²⁶, ale wyłącznie dla celów naukowych;

B – dla psychologów (jw.), dla innych profesjonalistów posiadających wykształcenie wyższe magisterskie lub podyplomowe na kierunkach, które przygotowują do pracy z ludźmi (nauki pedagogiczne, społeczne i medyczne); testy w ramach kategorii B zostały podzielone na:

B1 – testy wymagające jedynie ukończenia ogólnego szkolenia „Podstawy psychometrii dla nie psychologów” zakończonego egzaminem według programu zaakceptowanego przez PTP²⁷;

B2 – testy wymagające ukończenia ogólnego szkolenia „Podstawy psychometrii dla nie psychologów” według programu zaakceptowanego przez PTP zakończonego egzaminem, a następnie szkolenia z zakresu tego konkretnego testu (lub grupy podobnych testów) według programu zaakceptowanego przez PTP zakończonego certyfikatem;

A – dla psychologów (jw.), dla innych profesjonalistów po studiach wyższych magisterskich lub podyplomowych na kierunkach, które przygotowują do pracy z ludźmi (nauki pedagogiczne, społeczne i medyczne).

Przygotowane przez Komisję wymagania obowiązują od 1 stycznia 2013 roku.

Wśród innych wydawców narzędzi diagnostycznych Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych wprowadziła następujące kategorie opisowe, jedynie ułatwiające dobór narzędzi diagnostycznych (PTPiP, b.d.a):

- test psychometryczny/bateria testów psychometrycznych – kat. TP;
- bateria testów psychometrycznych oraz niepsychometrycznych prób diagnostycznych – kat. TPK;
- narzędzie kliniczne – kat. NK;
- niepsychometryczny sprawdzian pedagogiczny – kat. SP;
- niepsychometryczna próba diagnostyczna – kat. PD.

²⁶ Nie wskazano doktora habilitowanego nauk społecznych w dyscyplinie psychologia. Ponadto (Oronowicz, 2016) doktorat z psychologii nie jest równoważny z wiedzą, jaką uzyskuje się w ramach 5-letnich studiów jednolitych magisterskich.

²⁷ Założenia i podstawowe treści szkoleń oraz zasady certyfikowania są dokładnie opisane na stronie PTP (2020b), ale sytuacja, w której uznanie prawa do zakupu i stosowanie danego testu wymaga szkolenia określonego przez ten sam podmiot, może budzić wątpliwość co do braku istnienia potencjalnego konfliktu interesów.

Inny wydawca narzędzi psychometrycznych dla potrzeb zarządzania kadrami oraz do rehabilitacji i treningu funkcji poznawczych ALTA nie publikuje zasad dostępu do nich (ALTA, 2024a). W różnych towarzystwach naukowych czy książkach, zarówno własnych, jak i autorów spoza wydawnictwa, także określa się kwalifikacje wymagane do zakupu testów psychologicznych. Główną zasadę profesjonalnego korzystania z testów stanowi to, że poszczególne osoby powinny korzystać wyłącznie z tych testów, w zakresie których posiadają odpowiednie przeszkolenie i wiedzę specjalistyczną.

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne – organizacja o międzynarodowym zasięgu – określając kwalifikacje niezbędne dla wszystkich psychologów, których usługi diagnostyczne mają wpływ na jednostki, grupy, organizacje i społeczeństwo, podkreśla znaczenie formalnego wykształcenia, wiedzy i doświadczenia w zakresie usług diagnostycznych oraz konkretnego obszaru praktyki psychologicznej, wymagającego dodatkowej wiedzy specjalistycznej w danej dziedzinie, a także praktycznych umiejętności i doświadczenia (APA, 2020; Turner i in., 2001). Aby użytkownicy testów mogli zapewnić prawidłową interpretację danych często zebranych z wielu źródeł testowych i nietestowych, ważne jest, aby byli oni w stanie zintegrować wiedzę na temat psychometrycznych i metodologicznych zasad stosowanych narzędzi, teorię mierzzonego konstruktów i powiązaną z nim literaturę empiryczną oraz związek między wybranymi narzędziami a konkretnym celem diagnozowania (Turner i in., 2001). Oprócz udostępniania informacji dla psychologów i studentów psychologii, publikując wytyczne w tym zakresie, APA dąży do utrzymania wysokich standardów praktyki zawodowej przez poinformowanie klientów/pacjentów, społeczeństwa oraz profesjonalistów współpracujących z psychologami o oczekiwanych kompetencjach zawodowych (APA, 2020). Wytyczne różnią się od standardów, mają charakter aspiracyjny, nie są obowiązkowe, ostateczne, jednoznaczne ani uniwersalne. Ich źródłem są najczęściej wyniki badań naukowych, a ich celem jest ułatwienie ciągłego systematycznego rozwoju profesjonalisty i promowanie wysokiego poziomu praktyki zawodowej (APA, 2020).

Wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego obejmują 16 zaleceń ujętych w następujące obszary (APA, 2020):

1. Kompetencje w zakresie wyboru, wykorzystania, interpretacji, integracji wyników, komunikowania wyników i ich zastosowania, przy uwzględnieniu kontekstu środowiskowego. Rozwijając kompetencje, psychologowie biorą udział w szkoleniach i superwizji; są świadomi potencjalnego

- negatywnego wpływu wyników swoich działań na klientów/pacjentów/badanych, pracowników, przełożonych, innych specjalistów i ogół społeczeństwa.
2. Wiedza psychometryczna i pomiarowa, a także znajomość skutków zewnętrznych źródeł zmienności wyników.
 3. Wybór, administracja i obliczenie wyników testów, których trafność została empirycznie uzasadniona, które są wystarczająco wiarygodne i posiadają dobre właściwości psychometryczne w odniesieniu do celu ich stosowania oraz adekwatne normy.
 4. Wrażliwość na kulturowe zróżnicowanie oraz niedostatecznie reprezentowane i wrażliwe populacje.
 5. Psychologowie, którzy kształcą i szkolą innych w zakresie diagnozowania, dążą do rozwoju kompetencji dydaktycznych; w ramach superwizji zapewniają etyczne i profesjonalne standardy opieki i zakresu praktyki.
 6. Świadomość postępu technologicznego w diagnozowaniu oraz istnienia standardowych praktyk, przepisów i regulacji w zakresie telepsychologii; motywacja i wiedza o konieczności podejmowania uzasadnionych kroków w celu zapewnienia bezpieczeństwa, transmisji, przechowywania i usuwania danych.

Europejskie Standardy Użytkowników Testów są wynikiem projektu podjętego wspólnie przez EFPA (European Federation of Psychologists' Associations) i EAWOP (European Association of Work and Organizational Psychology). Twórcy standardów przyjęli, że cel stanowi opracowanie ogólnego modelu, odnoszącego się do trzech różnych kontekstów praktyki psychologicznej: opieki zdrowotnej i społecznej, edukacji oraz pracy. Docelowo przyjęto model trzech poziomów kompetencji niezbędnych do stosowania testów. Wzorowano się na propozycji APA dotyczącej kwalifikacji użytkowników testów psychologicznych. Przyjęto też, że mają one być swoistym rodzajem ogólnego „wzorca” na europejskim poziomie międzynarodowym, z którym można porównywać krajowe systemy kwalifikacji. Ostateczny dokument przygotowano w 2012 roku (Board of Assessment EFPA, 2013).

Przyjęto, że użytkownik testu psychologicznego to profesjonalista, stosujący testy w swojej pracy zawodowej. Określono trzy poziomy kompetencji (Board of Assessment EFPA, 2013):

1. Prowadzenie badania diagnostycznego w dobrze zdefiniowanych warunkach (zadania osoby określonej jako asystent administrowania badaniami; ang. *assistant assessment administrator*).

2. Diagnozowanie przy użyciu ograniczonej liczby i zakresu instrumentów lub procedur w dobrze zdefiniowanych warunkach (zadania osoby określonej jako asesor przygotowujący się do roli specjalisty; ang. *assessor*).
3. Specjalistyczne pogłębione badanie diagnostyczne oraz udzielanie wskazań i porad innym osobom w zakresie korzystania z diagnoz psychologicznych (zadania osoby określonej jako specjalista w diagnozowaniu psychologicznym; ang. *specialist in psychological assessment*).

Każdemu z tych poziomów odpowiadają określone kompetencje (szczegółowy opis – Board of Assessment EFPA, 2013):

1. Asystent administrowania badaniem zarządza określonymi technikami lub procedurami diagnostycznymi w dobrze zdefiniowanych i ograniczonych kontekstach organizacyjnych, pod nadzorem osoby wykwalifikowanej na wyższym poziomie, oraz wie, kiedy szukać bardziej specjalistycznej pomocy. Wybór technik lub procedur diagnozowania oraz szczegóły dotyczące sposobu ich wykorzystania i zastosowania wykraczają poza kompetencje tej osoby. Interpretacja nie powinna wykraczać poza podręcznikowe czy instytucjonalne standardy.
2. Asesor prowadzi samodzielnie proces diagnostyczny w określonym i ograniczonym zakresie w obszarze pracy, edukacji oraz w obszarach związanych ze zdrowiem. Rozumie techniczne właściwości psychometryczne leżące u podstaw metod i procedur oceny w stopniu wystarczającym do ich stosowania, ale niewystarczającym do ich projektowania lub rozwoju. Posiada niezbędną wiedzę i umiejętności do interpretacji ograniczonego zakresu konkretnych metod lub procedur oceny. Nie posiada kompetencji pozwalającej na określenie, które metody lub procedury diagnostyczne powinny być zastosowane.
3. Specjalista w diagnozowaniu psychologicznym specjalizuje się w diagnozie psychologicznej i wykorzystuje diagnozę jako podstawową część swojej praktyki. Taka osoba może być szczególnie wykwalifikowana do tego, aby oferować takie usługi, jak udzielanie porad i konsultacji w zakresie diagnozy psychologicznej, szkolenie innych w zakresie stosowania procedur i metod diagnozy, projektowania i konstruowania metod i procedur diagnostycznych, sporządzania opinii w sprawach sądowych.

Według Pearson's Clinical Assessment Group (holdingu zajmującego się tworzeniem i sprzedażą wielu kluczowych testów psychologicznych i edukacyjnych, obecnego na terenie Australii, Brazylii, Europy, Indii, Kanady, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej) wszystkie ich produkty mają przypisany

poziom kwalifikacji A, B lub C. Oparte są one na standardach organizacji psychologicznych (APA) i edukacyjnych (AERA oraz NCME). Aby pomóc użytkownikom, każdy podręcznik sprzedawanego testu zawiera dodatkowe informacje dotyczące wymagań do administrowania, punktacji i/lub interpretacji dla danego testu. Wszystkim oferowanym produktom przypisano jeden z trzech poziomów kwalifikacji (Pearson, 2025):

- poziom A – nie wymaga się specjalnych kwalifikacji do zakupu tych produktów;
- poziom B – testy mogą być nabywane przez osoby posiadające:
 - tytuł magistra psychologii, edukacji, patologii mowy, terapii zajęciowej, pracy socjalnej, doradztwa lub w dziedzinie ściśle związanej z wydawaniem opinii lub orzeczeń oraz certyfikat ukończenia formalnego szkolenia w zakresie etycznego administrowania, punktacji i interpretacji wyników diagnozowania²⁸;
 - certyfikat lub pełne aktywne członkostwo w organizacji zawodowej, która wymaga szkolenia i doświadczenia w odpowiednim obszarze diagnozowania;
 - stopień naukowy lub licencję uprawniającą do wykonywania zawodu w dziedzinie opieki zdrowotnej lub pokrewnej;
 - certyfikat ukończenia formalnego, nadzorowanego szkolenia z zakresu zdrowia psychicznego, mowy/języka, terapii zajęciowej, pracy socjalnej, doradztwa i/lub edukacji specyficznej dla oceny dzieci lub rozwoju niemowląt i dzieci oraz formalnego szkolenia w zakresie etycznego administrowania, punktacji i interpretacji diagnozowania;
 - praca w akredytowanej instytucji;
- poziom C – testy wymagają wysokiego poziomu wiedzy specjalistycznej w zakresie interpretacji testów i mogą być nabywane przez osoby posiadające:
 - stopień doktora w dziedzinie psychologii, edukacji lub blisko spokrewnionej dziedzinie z ukończonym formalnym szkoleniem w zakresie etycznego administrowania, punktacji i interpretacji diagnozowania związanego z zamierzonym zastosowaniem opinii;

²⁸ W oryginale używa się terminu *assessment*: „Assessment is defined as the process in which a therapist collects data and information about their client, while clinical diagnosis is defined by the American Psychological Association as the process of using assessment techniques to identify the signs and symptoms of a mental health condition or disorder” (<https://www.keiseruniversity.edu/assessment-and-diagnosis-in-counseling-strategies-for-understanding-clients/>, dostęp: 15.12.2025).

- licencję lub certyfikat uprawniające do wykonywania zawodu w danej dziedzinie związanej z zakupem;
- certyfikat lub pełne aktywne członkostwo w organizacji zawodowej, która wymaga szkolenia i doświadczenia w odpowiednim obszarze diagnozowania.

Kwalifikacje niezbędne do zakupu testów określane są na podstawie oświadczenia i odpowiednich zaświadczeń.

Centrum Testów Psychologicznych Brytyjskiego Towarzystwa Psychologicznego (British Psychological Society's Psychological Testing Centre) upowszechnia informacje dotyczące standardów stosowania testów, prowadzi oficjalny rejestr wszystkich użytkowników testów, którym Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne przyznało kwalifikacje w zakresie stosowania testów (ang. *Register of Qualifications in Test Use*, RQTU) oraz szkolenia kwalifikacyjne, a także zamawia i publikuje niezależne recenzje testów (BPS, 2025a). Zajmuje się także opracowywaniem i publikowaniem standardów stosowania testów oraz ich przestrzeganiem. Kwalifikacje w zakresie korzystania z testów dotyczą profesjonalistów, którzy korzystają z testów psychometrycznych lub psychologicznych w ramach swojej roli, np. jako specjaliści ds. edukacji, specjaliści ds. sądowych, w działach HR czy agencjach doboru personelu, poradnictwa zawodowego i doradztwa. Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne nie oferuje kursów szkoleniowych, a kursy prowadzące do uzyskania kwalifikacji użytkownika testów BPS są dostępne za pośrednictwem niezależnych dostawców. Także oceny kwalifikacji BPS w zakresie stosowania testów są przeprowadzane przez niezależne organizacje lub zewnętrznych ekspertów.

Kwalifikacje są dostępne na trzech poziomach: asystent użytkownika testów, użytkownik testów i specjalista w używaniu testów (BPS, 2025b). Kwalifikacje asystenta użytkownika testów i użytkownika testów są dostępne w domenach edukacyjnych, kryminalistycznych i zawodowych. Kwalifikacje specjalisty w używaniu testów dostępne są tylko w obszarze testowania zawodowego. Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne określiło kompetencje, które powinni wykazać użytkownicy testów (BPS, 2025c):

- kwalifikacje asystenta użytkownika testów (obszar edukacyjny i sądowy) m.in.:
 - potrafi prowadzić badanie i obliczać wyniki określonych testów pod nadzorem osoby wykwalifikowanej na poziomie użytkownika testu lub wyższym;
 - wie, kiedy szukać bardziej specjalistycznej pomocy;

- ◻ nie jest w stanie dokonywać wyborów dotyczących tego, które testy powinny być używane, ani interpretować wyników testów w sposób wykraczający poza standardowy raport; działa zgodnie z polityką organizacyjną i wytycznymi dotyczącymi testowania i korzystania z testów;
- kwalifikacje użytkownika testów (obszar edukacyjny i sądowy):
 - ◻ potrafi dokonywać wyboru między testami i określać, kiedy z nich korzystać, a kiedy nie;
 - ◻ rozumie techniczne cechy testów w stopniu wystarczającym do ich stosowania, ale nie do ich konstruowania;
 - ◻ potrafi pracować niezależnie jako użytkownik testu;
 - ◻ posiada wiedzę i umiejętności niezbędne do interpretacji wyników określonych testów;
 - ◻ może prowadzić badania diagnostyczne w celu selekcji personelu, rozwoju lub poradnictwa zawodowego i doradztwa, pracować w szkole i być zaangażowany w testowanie grup dzieci i/lub pojedynczych osób, może pracować w więzieniach, szpitalach więziennych, sądach lub służbach kuratorskich i oceniać ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa;
- kwalifikacje specjalisty w używaniu testów (obszar edukacyjny, sądowy oraz zawodowy):
 - ◻ posiada ww. kompetencje i pracuje wyłącznie w obszarze testowania zawodowego.

Podsumowując, można powiedzieć, że opisane systemy klasyfikacji dotyczą albo testów, albo ich użytkowników. Oczywiście oba te obszary się krzyżują. Przyjmując, że celem jest określenie reguł dostępu do testów psychologicznych, można stwierdzić, że decydujące są kompetencje diagnostyczne (w tym zasady psychometrycznej oceny wyników) i umiejętności potencjalnych użytkowników z uwzględnieniem kontekstu, w jakim testy będą używane, a także zawodowe doświadczenie. Mniej istotne jest miejsce zdobywania kompetencji – niewątpliwie musi to być kształcenie (szkolenie) zinstytucjonalizowane. Program powinien być tworzony niezależnie od wydawców oraz sprzedawców testów, a efekty kształcenia powinny być oceniane w podobny sposób.

Dzisiaj istnieje rynek psychologicznych narzędzi diagnostycznych, więc problem sprzedawania i używania nielegalnych narzędzi praktycznie nie istnieje. Niemniej należy jednoznacznie powiedzieć, że sprzedawanie i używanie nielegalnych w Polsce narzędzi jest nieetyczne. Jest to bowiem praktyka

podobna do tej, którą stosują sprzedawcy (i klienci) podróbek, a przecież zewnętrzne podobieństwo wcale nie oznacza wiarygodności analogicznej do oryginału. Przykładem niech będzie opinia sądowa na temat więzi rozwodzących się rodziców z dzieckiem, przygotowana w 2004 roku przez Rodzinny Ośrodek Diagnostyczno-Konsultacyjny (RODK) przy Sądzie Okręgowym we Wrocławiu. Jednym z narzędzi był fragment (?) kwestionariusza MMPI (Knapik, 2004). Jak stwierdziła Anna Ciechanowicz, ówczesna dyrektor Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (Knapik, 2004): „Test MMPI nie jest narzędziem objętym w Polsce licencją, a jego rozpowszechnianie i stosowanie to zwykłe piractwo”. Jako nielegalny nie posiadał on także polskich norm. Nie jest to również kwestionariusz pozwalający na badanie obszaru będącego przedmiotem pytania sądu rodzinnego. W odpowiedzi na zarzuty ówczesna kierowniczka RODK stwierdziła (Knapik, 2004): „Psycholog może zastosować dowolny test, który uzna za stosowny, albo nie zastosować żadnego. Zdajemy sobie sprawę z tego, że ten test nie został w Polsce znormalizowany. Ale takich testów jest tak mało, że nie dałoby się w ogóle nikogo badać, gdyby używać tylko znormalizowanych”.

W tamtym okresie używano wielu takich nielegalnych testów, dzisiaj istnieje legalny rynek narzędzi diagnostycznych. Kwestionariusz MMPI kiedyś stosowany był przez wiele szpitali psychiatrycznych bez licencji na wykorzystywanie go w Polsce, bez adaptacji, bez aktualnej normalizacji. Pracownia Testów Psychologicznych PTP jest legalnym wydawcą polskiej adaptacji kwestionariusza MMPI-2 od 2012 roku. Podobnie było z testem Lista Przymiotnikowa ACL – używany był często przy selekcji, bez licencji na wykorzystywanie w Polsce, bez kulturowej adaptacji, bez aktualnej normalizacji (K. Ostrowska, 1986). Obecnie dostępny jest od roku 2012 w Pracowni Testów Psychologicznych PTP. Kwestionariusz 16PF Cattella, przetłumaczony już w 1970 roku (Nowakowska, 1970), był stosowany m.in. w doradztwie personalnym, bez licencji na wykorzystywanie w Polsce, bez adaptacji kulturowej, bez aktualnej normalizacji. Stosowanie pirackich wersji testów jest nie tylko niezgodne z prawem, lecz także groźne dla klientów psychologów i etosu zawodu (Czerederecka, 2013a; Kustra i Lasek, 2022; Zalewska, 2009). Narzędzia takie nie są badane pod kątem ich parametrów psychometrycznych, a przez to ich wyniki nie są wiarygodne i stają się podstawą błędnych diagnoz i niewłaściwych decyzji czy zaleceń. Ich stosowanie może stwarzać wrażenie, że profesjonalne narzędzia diagnostyczne niczym nie różnią od publikowanych w gazetach i sieci psychozabaw.

Podobnym problemem jest korzystanie z narzędzi diagnostycznych niewiarygodnych z perspektywy praktyki opartej na dowodach empirycznych (Koocher i in., 2014; Norcross i in., 2006; Paluchowski, 2016; Paluchowski i Stemplewska-Żakowicz, 2013; Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2013). Ich podstawowym problemem jest brak trafności kryterialnej (diagnostycznej i prognostycznej). Warto w tym miejscu podkreślić, że to nie tyle test jest trafny kryterialnie, ile trafna jest jego interpretacja, czyli wnioski na temat aktualnego stanu lub przewidywań na podstawie zebranych za pomocą testu danych diagnostycznych. Oczywiście brak spełniania formalnych kryteriów psychometrycznej dobroci narzędzia (obiektywności, standaryzacji procedury badania, rzetelności, posiadania norm) powinno eliminować takie narzędzie z praktyki orzeczniczej czy opiniodawczej psychologa (Hornowska, 2023). W badaniu ankietowym na temat stosowania testów w praktyce diagnostycznej (Jaworowska, 2009b) aż 21% stanowiły testy, które wówczas nie zostały w Polsce legalnie opublikowane i nie miały polskiej normalizacji.

Klasycznym badaniem konsensusu w kwestii niewiarygodnych narzędzi psychologicznych było badanie wykorzystujące metodę delficką (Norcross i in., 2006; Koocher i in., 2014). Polega ona na systematycznej i anonimowej ocenie udoskonalanych opinii ekspertów w celu uzyskania zgodności ich oceny jakichś zjawisk. Po uzyskaniu pierwszych ocen organizator badania grupuje nadesłane oceny i ponownie rozsyła je do tych samych ekspertów. Po zapoznaniu się przez nich z podsumowaniem pierwszego etapu mogą oni podtrzymać lub rewidować swoje poprzednie opinie. Następnie ponownie zostają one podsumowane i rozesłane. Badanie realizowane metodą delficką kończy się w momencie przekazania przez ekspertów ich opinii, co do których uzyskano konsensus. W obu badaniach dotyczących wiarygodności narzędzi psychologicznych wzięło udział ponad 100 ekspertów w dziedzinie zdrowia psychicznego, którzy uczestniczyli w dwuetapowej ankiecie, oceniając na 5-punktowej skali Likerta listę zaproponowanych przez organizatorów narzędzi. Respondenci oświadczyli, że znają oceniane narzędzia i każde z nich ocenili na kontinuum od narzędzia wiarygodnego do narzędzia niewiarygodnego. Efekty drugiej tury były następujące (narzędzia najbardziej niewiarygodne):

- w grupie narzędzi do badania osobowości osób dorosłych: Test Kolorów Lüschera, Test Szondiego, analiza pisma ręcznego (grafologia), Model Osobowości Enneagram, test Mozaik Lowenfeld, Bender Visual Motor Gestalt Test, anatomicznie szczegółowe lalki lub kukiełki w celu

ustalenia, czy dziecko było wykorzystywane seksualnie, test Blacky, Test Rysunku Dłoni;

- w grupie narzędzi do badania osobowości dzieci i młodzieży: Test Szondiego, Model Osobowości Enneagram, Test Rysunku Dłoni, analiza pisma ręcznego (grafologia), Animal Naming Test, Test Bajek (FTT), profil baterii Wechslera, test Blacky, Test Plam Atramentowych Wayne'a H. Holtzman, Test Postaci Ludzkiej Machover.

Wśród wątpliwych narzędzi jest wiele technik określanych ogólnie jako projekcyjne. Współczesna klasyfikacja systemów interpretacji techniki projekcyjnej (Lilienfeld i in., 2002; Paluchowski i Stemplewska-Żakowicz, 2013) wyróżnia ich trzy rodzaje: impresyjne, oznakowe (znakowe) i całościowe. Impresyjne mają charakter intuicyjnej procedury, opierającej się na swobodnym wrażeniu diagnosty na temat ekspresji (wypowiedzi, działania) osoby diagnozowanej. Systemy znakowe bazują na zestawie arbitralnych znaczeń, przypisanych różnym elementom i aspektom prezentowanych wieloznacznych bodźców na podstawie koncepcji przyjętej bez weryfikacji empirycznej. W całościowych systemach interpretacji wyników badania nie przywiązuje się znaczenia do żadnej pojedynczej interpretacji osoby diagnozowanej, lecz poszukuje się powtarzalnego wzorca tych interpretacji i to on jest podstawą wyjaśnień diagnosty. Zaleca się (Lilienfeld i in., 2002) stosowanie tylko tych systemów interpretacji, które sprawdzono empirycznie i których trafność dowiedziono w badaniach. Podkreślmy raz jeszcze – problem nie leży w stosowanych bodźcach czy zadaniach testowych, ale w podstawie wykorzystywanych systemów interpretacji wyników.

Pojawia się pytanie: dlaczego testy projekcyjne są nadużywane i nierzetelnie stosowane w różnych ważnych obszarach? Kiedyś stosowano je do budowania planu indywidualnej interwencji psychologicznej (Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2013). W tym obszarze traktowano je także jako dobry sposób budowania więzi, jako uzupełnienie innych danych klinicznych. Psycholog mógł weryfikować w trakcie terapii oparte na nich swoje interpretacje. Sytuacja w badaniach orzecznich oraz w opracowywaniu opinii na potrzeby sądowe jest jednak zupełnie inna, ponieważ działania diagnosty mają charakter jednorazowy. Zleceniodawcy wielokrotnie traktują je (i mają takie prawo) jako wiarygodne i ostateczne, a więc nie mają wątpliwości, biorąc je za podstawę swoich decyzji (Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2013, s. 532–533). Powodem są często gołosłowne deklaracje w podręcznikach do tych technik, wiek badanych osób (głównie dzieci),

eliminacja celowego wprowadzania w błąd przez osobę diagnozowaną itp. (CPOiD, 2009; por. też Czerederecka, 2013a). Stosowanie takich testów może prowadzić do błędnej diagnozy i potencjalnej szkody dla diagnozowanych osób. Ma też niebagatelne znaczenie dla etosu zawodowego psychologów i ich społecznego postrzegania.

Testy spoza rynku komercyjnego polskich wydawców testów to DISC Personality Test, Testy Thomas International, Testy Hogana (HPI, HDS, MVPI) oraz MBTI (Myers Briggs Type Indicator). Często stosuje się je w rekrutacji, zarządzaniu zespołami, a także w procesie osobistego rozwoju i doradztwie zawodowym. W większości prezentowane są one za pośrednictwem programów komputerowych²⁹, co zapewnia standardowy przebieg procesu badania diagnostycznego. Zazwyczaj jednak nie posiadają one polskich norm, nie jest opisany w literaturze naukowej proces adaptacji kulturowej ani procedura i wyniki określania cech psychometrycznych tych narzędzi. Trudno je uznać za testy psychometryczne oparte na badaniach naukowych. Przytoczone dalej opisy bazują na treściach dostępnych na stronach internetowych sprzedawców tych narzędzi.

Test DISC, czyli PeopleKeys® DISC Personality System to międzynarodowe narzędzie diagnostyczne, służące do oceny stylów zachowań, stylów komunikacji i sposobów nawiązywania relacji. Test ten oparty jest na teorii Williama Marstona³⁰ i nawiązuje do teorii Carla Junga. Przez wiele lat Marston rozwijał swoją teorię DISC, która klasyfikuje osobowość poprzez ocenę zachowania ludzi w sprzyjających i niesprzyjających okolicznościach. Marston pisał artykuły i eseje w naukowych oraz popularnonaukowych czasopismach psychologicznych, a w 1928 roku opublikował książkę opisującą teorię DISC (Marston, 1928). Teoria ta została wykorzystana przez psychologa Waltera Clarke'a do selekcji personelu (jako Activity Vector Analysis) i przystosowana przez Johna G. Greiera do prostszego korzystania (jako The Personal Profile System). Autorem ostatecznej wersji DISC jest Tony Alessandra (HandWiki, 2022; Online DISC Profile, 2025).

²⁹ Bardzo często dane diagnostyczne zbierane za pomocą tych metod przechowywane są u wydawcy (sprzedawcy) testów.

³⁰ Marston ukończył prawo, a w 1921 roku został doktorem psychologii. W 1915 roku zbudował również pierwszą wersję wariografu i propagował go dla celów śledczych i sądowych. Jako felietonista prasowy pisał artykuły wspierające rodzący się ruch na rzecz praw kobiet. W 1941 roku napisał pod pseudonimem Charles Moulton komiks, tworząc razem z Harrym G. Peterem postać Wonder Woman (Wikipedia, 2023).

Typologiczny Model DISC zakłada, że zachowania ludzkie można analizować ze względu na cztery główne style, takie jak: dominacja, wpływ, stałość i sumienność. Określenie „DISC” to skrót pochodzący od pierwszych liter angielskich słów definiujących badane style: *dominance*, *influence*, *steadiness* i *conscientiousness* (Extended Tools, 2023). Osoba badana odpowiada na pytania jednokrotnego wyboru z czterema możliwościami (stylami) i na podstawie proporcji wybranych opcji budowany jest profil. Zatem stanowi to typowy pomiar ipsatywny, w którym osoba diagnozowana określa subiektywne znaczenie jakiejś kategorii spośród tych, które ma do wyboru. W takim przypadku dane normatywne (wyniki grupy referencyjnej) nie mają zastosowania (Beck i Jackson, 2020; Paluchowski, 2006, s. 121–122; Paluchowski, 2007, s. 115–116). Istnieje też wersja DISK D3 (EFFECTIVENESS, 2025), która pozwala na włączenie do interpretacji nieobserwowalnych zachowań: TEAMS (role zespołowe), VALUES (wartości motywujące) i BAI (postawy i motywacje wewnętrzne). Jak pisze sprzedawca tego kwestionariusza (Skoczylas, 2021): „[...] jest prawdopodobnie najbardziej czułym narzędziem diagnozy kompetencji na świecie, ponieważ łączy w sobie 4 międzynarodowe badania statystyczne przeprowadzone i diagnozowane w ok. 40 krajach (25% w Polsce) [...]”. Test oferowany jest w 11 językach. Można znaleźć raporty zamawiane przez wydawców (ASL, 2019; Extended DISC International, 2015; Inscape Publishing, 2008) na temat ustalania psychometrycznych cech tego narzędzia, ale nie jest jasny ich związek z wersjami narodowymi.

Używana podczas selekcji i w celu rozwoju zawodowego bateria testów brytyjskiej firmy Thomas International (Grafton Recruitment, 2024a; Thomas, 2025) obejmuje cztery kategorie: zdolności (ang. *general intelligence assessment*), zachowanie pracownicze (ang. *high potential trait indicator*; oparte na teorii wielkiej piątki), inteligencję emocjonalną (ang. *TEIQue Thomas International*) i osobowość (ang. *personal profile analysis*). Wydawca na swoich stronach internetowych deklaruje, że testy są wspierane przez Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne (BPS) lub że zostały tam zarejestrowane³¹.

Bateria testów GIA (ang. *general intelligence assessment*) służy do badania zdolności i umiejętności (Thomas, 2021). Składa się ona z pięciu testów w następujących obszarach: Rozumowanie (zapamiętanie informacji, wyciąganie wniosków i odpowiadanie na pytania porównujące dwie osoby),

³¹ Jednak zamieszczone na stronach Thomas International linki do raportów BPS kierują z powrotem do stron wydawcy.

Porównywanie elementów (szybkość i dokładność porównywania czterech elementów), Posługiwanie się liczbami (szybkość i dokładność określenia relacji między trzema liczbami w pamięci), Znaczenie słów (dostrzeżenie niepasującego słowa w grupie trzech wyrazów) oraz Orientacja przestrzenna (ocena podobieństwa rotacji mentalnych dwóch liter). Brak tu informacji o spełnianiu kryteriów psychometrycznych i lokalnych normach.

Test High Potential Trait Indicator to kolejny kwestionariusz samoopisowy mierzący osobowość i potencjał przywódczy na średnim i wyższym poziomie zarządzania organizacją (Grafton Recruitment, 2024b; MacRae i Furnham, 2020). Bazą jest Pięcioczynnikowy Model Osobowości. Mierzy on sześć sposobów reagowania na sytuacje w pracy wskazane w pozycjach kwestionariusza: Konsekwencja i sumiennosc, Odporność na stres oraz szybka adaptacja, Ciekawość i kreatywność, Podejmowanie ryzyka, Akceptacja niejednoznaczności oraz Konkurencyjność i nastawienie na sukces zespołu i organizacji. Kwestionariusz zawiera 78 stwierdzeń, a osoba diagnozowana musi się ustosunkować do każdego z nich na 7-stopniowej skali Likerta³². Wyniki w każdej z cech są określane jako „Niskie”, „Umiarkowane”, „Optymalne” lub „Nadmierne”. Brakuje informacji o własnościach psychometrycznych.

Kwestionariusz inteligencji emocjonalnej Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) oparty jest na koncepcji inteligencji emocjonalnej jako cechy i jej badaniach realizowanych przez Konstantinosa V. Petridesa (2009a, 2009b). Jest to narzędzie samoopisowe, a osoby wypełniające kwestionariusz zaznaczają na 7-stopniowej skali Likerta, w jakim zakresie zgadzają się z przedstawionymi twierdzeniami. Test składa się ze 153 twierdzeń. Podstawą interpretacji jest wynik ogólny funkcjonowania emocjonalnego oraz wyniki dla czterech czynników (dobre samopoczucie, samokontrola, emocjonalność i umiejętności społeczne) i wchodzących w ich skład 13 szczegółowych aspektów. Podstawową próbą referencyjną jest próba populacji Wielkiej Brytanii. Kwestionariusz ma dobre parametry psychometryczne w różnych populacjach, w tym polskiej (Freudenthaler i in., 2008; Szczygieł i in., 2015; Wytykowska i Petrides, 2007).

Test Personal Profile Analysis to oparty na samoocenie kwestionariusz wymuszający wybór między opcjami opisującymi określone zachowanie, ze wskazaniem, która jest bliższa osobie diagnozowanej. W przypadku tego narzędzia zakłada się, że wyborem tym kierują osobiste preferencje,

³² Nie jest to pomiar ipsatywny.

a nie poszukiwanie społecznej aprobaty. Jest on dostępny w 56 językach. Test odwołuje się do kategorii teorii DISC. Każda skala może dostarczać dwóch wyników cząstkowych opisanych jako „Maska pracy” – dotyczących tego, jak dana osoba prezentuje się w pracy – oraz „Zachowanie pod presją”, a całkowity wynik jest opisany jako „Obraz siebie” (Baron i Pentarak, 2022). Jego interpretacja ma charakter ipsatywny, ponieważ wyniki są odniesione do innych surowych wyników danej jednostki, a nie porównywane z grupą referencyjną, co oznacza pomiar normatywny (Dawson, 2025; Kaczyńska-Maciejowska, 2005). Test został pozytywnie zrecenzowany przez British Psychological Society, choć w recenzji zwraca się uwagę na brak dokładnej dokumentacji badania realizacji kryteriów psychometrycznych (Baron i Pentarak, 2022, s. 17–24).

W skład Metody Hogana wchodzi trzy kwestionariusze: Hogan Personality Inventory, Hogan Development Survey oraz Motives, Values and Preferences Inventory (Hogan, 2025a; IBD Business School, 2018). Amerykański wydawca, Hogan Assessment Systems, wskazuje na ok. 400 publikacji naukowych na temat swoich narzędzi (Hogan, 2025b). Kwestionariusz Osobowości Hogana (Hogan Personality Inventory) bazuje na 5-czynnikowym modelu osobowości. Opisuje mocne strony i predyspozycje osoby diagnozowanej, pomagające w osiągnięciu sukcesu w organizacji. Składa się z 206 pytań typu „prawda/fałsz”, wyniki obliczane są w siedmiu podstawowych skalach (Stabilność i opanowanie, Ambicja, Towarzyskość, Wrażliwość interpersonalna, Systematyczność, odpowiedzialność i sumienność, Dociekliwość, Otwartość na wiedzę i naukę), 41 podskalach oraz skali kontrolnej, która wykrywa niebdałe lub błędnie udzielone odpowiedzi. Kwestionariusz i raporty dostępne są w blisko 40 językach. Brakuje informacji o normach lokalnych.

Badanie Rozwojowe Hogana (Hogan Development Survey) określa osobowościowe obszary dysfunkcyjne i czynniki ryzyka w interakcjach międzyludzkich, które mogą ujawnić się w sytuacjach stresu i dużego obciążenia pracą. Składa się z 168 pytań typu „prawda/fałsz”, mierzących 11 czynników ryzyka: Labilność emocjonalną, Podejrzliwość i wrażliwość na krytykę, Zachowawczość i nieasertywność, Zamknięcie w sobie, Nieelastyczność i upór, Arogancję, Manipulowanie innymi, Teatralność i poszukiwanie uwagi, Kreatywność w nietypowy lub ekscentryczny sposób, Drobiazgowość oraz Oportunizm. Pozycje testowe i raporty są dostępne w wielu językach. Próbką referencyjną są wyniki badania 67 614 osób (próba dla norm globalnych) oraz 2 124 osób (próba dla norm polskich). Zbadano podstawowe parametry

psychometryczne (rzetelność, trafność teoretyczną i kryterialną) i opublikowano wyniki (Talents Focus, 2025a).

Kwestionariusz Motywów, Wartości i Preferencji (Motives, Values and Preferences Inventory) bada podstawowe wartości, cele i zainteresowania danej osoby. Obejmuje 200 pytań typu „prawda/fałsz”, mierzących dziesięć podskal: Pragnienie uwagi i pochwał, Dążenie do osiągnięć, statusu i kontroli, Hedonizm, Altruizm, Nastawienie na przynależność, Silne osobiste przekonania i poczucie obowiązku, Bezpieczeństwo i przewidywalność, Finanse, Estetyka oraz Poszukiwanie wiedzy i danych. Pozycje testowe i raporty są dostępne w wielu językach. Próbą referencyjną są wyniki badania 48 267 osób (próba dla norm globalnych) oraz 1 957 osób (próba dla norm polskich). Zbadano podstawowe parametry psychometryczne (rzetelność, trafność teoretyczną i kryterialną) i opublikowano wyniki (Talents Focus, 2025b).

Wśród wielu produktów oferowanych przez Myers-Briggs Company (2024) najbardziej znany jest Myers-Briggs Type Indicator (MBTI). Jest to narzędzie przede wszystkim wspierające rozwój osobisty i zawodowy oraz budowanie zespołów, a nie służące do selekcji czy rekrutacji pracowników. To kwestionariusz samoopisowy, który zainspirowany koncepcją Junga został skonstruowany przez amerykańską pisarkę Katharine Cook Briggs i jej córkę Isabel Briggs Myers. Katharine Briggs uznała, że teoria Junga przypomina jej własną koncepcję różnic między ludźmi, ale też wykracza daleko poza jego teorię. Korespondowała z Jungiem przez kilka lat na temat jego koncepcji osobowości i swoich przemyśleń, a nawet spotkała się z nim, gdy odwiedził Stany Zjednoczone. Kwestionariusz został opublikowany po raz pierwszy w 1962 roku (Myers, 1962; Myers, McCaulley, 1985; Myers i in., 1998; Myers-Briggs Company, 2025). Jest on bardzo rozpoznawalny pod względem nazwy i stanowi popularne narzędzie w działach HR, ale nie spełnia podstawowych kryteriów psychometrycznych (Pittenger, 1993, 2005; Uchnast, 1992, 2007). Także koncepcja typów osobowości Junga budzi wiele wątpliwości (Nosal, 1992). Nazwy oraz opisy typów proponowane w MBTI, bazujące na treści pytań, są łatwe do zaakceptowania (Eveleth, 2013), a interfejs użytkownika testu jest interesujący, ale ich podstawa nie ma empirycznego uzasadnienia (Arnau i in., 2003; Edwards, 2022; Furnham, 2022). Ponadto łatwo jest manipulować odpowiedziami, a nawet są organizowane kursy, jak to robić w zależności od stanowiska, na które się aplikuje (Edwards, 2022).

Jung wyróżnił dwie podstawowe postawy: introwersję i ekstrawersję, a także wziął pod uwagę w swojej koncepcji cztery funkcje psychiczne: myślenie,

uczucie, intuicję i percepcję. Te funkcje, które mogą być introwertyczne lub ekstrawertyczne, kształtują sposób, w jaki jednostka przetwarza informacje i podejmuje decyzje (Dobrołowicz, 2020). Dwie z nich, percepcja i intuicja, dotyczą procesu postrzegania świata i gromadzenia informacji przez jednostkę. Kolejne dwie funkcje, myślenie i uczucie, odnoszą się do procesu oceniania, wartościowania tych informacji (Chaim, 2017). W wyniku ich kombinacji możemy wyróżnić 16 odrębnych „typów psychologicznych” lub „typów osobowości”. Myers-Briggs Wskaźnik Typów (MBTI) uwzględnia osiem binarnych preferencji biegunowo przeciwstawnych, które tworzą cztery wymiary: sposobu czerpania energii (Ekstrawersję – Introwersję), poznawania świata (Percepcję – Intuicję), podejmowania decyzji (Myślenie – Uczucie) oraz stylu życia (Sądzenie – Perceptywność) (Briggs Myers, 2009). Wydawca opublikował kodeks etyczny użytkowników MBTI (Myers & Briggs Foundation, 2025), w którym wskazuje się, że wyniki należy przekazać bezpośrednio osobie diagnozowanej, w sposób osobisty i umożliwiający zadawanie pytań, udzielanie wyjaśnień. Osoba uczestnicząca w badaniu powinna być poinformowana o celu wypełnienia kwestionariusza i sposobie wykorzystania wyników. MBTI powinien być używany zgodnie z profesjonalnymi standardami Programu Certyfikacji MBTI.

W swojej działalności zawodowej zgodnie z oczekiwaniem społecznym i wymogami prawnymi psychologowie powinni wykorzystywać testy psychologiczne i inne metody oraz techniki psychologiczne o sprawdzonej i aktualnej trafności i rzetelności. Oczywiście, że o wiarygodności narzędzia diagnostycznego (testu) odpowiada jego autor, wydawca i sprzedawca. Istnieje też bezsporny konflikt interesów materialnych między nimi a osobami czy instytucjami opiniującymi takie narzędzia. Wydaje się, że – obok czasopism psychologicznych publikujących teksty o narzędziach diagnostycznych – istnieje konieczność powołania zarówno instytucji zajmującej się propagowaniem standardów używania testów i formułującej ogólne zalecenia w tym zakresie, jak i instytucji inicjującej badania naukowe, zbierającej informacje o konkretnych testach rynkowych, wydającej o nich niezależne krytyczne opinie oraz je upowszechniającej (Paluchowski, 2010). Mogłaby to być instytucja podobna do amerykańskiej Rady ds. Testów Psychologicznych i Diagnozowania (Committee on Psychological Test and Assessment), która zajmuje się także monitorowaniem federalnego ustawodawstwa i innych przepisów regulujących wykorzystanie testów (Zalewska, 2009). Ważna jest również aktualizacja wiedzy naukowej na temat diagnostycznego instrumentarium psychologów.

Nie wystarczy bowiem poprawność metodologiczna w trakcie tworzenia testu. Równie ważne jest to, co dzieje się po opublikowaniu narzędzia – w tym czasie nieustannie bada się trafność narzędzia w różnych obszarach jego stosowania, a także dokonuje się ustawicznej aktualizacji (Paluchowski, 2010). Być może będzie to zadanie ustawowego samorządu zawodowego.

Nagannym działaniem z punktu widzenia wiarygodności narzędzi diagnostycznych jest publikowanie (np. w gazetach, Internecie) przykładów rozwiązań lub testów z kluczem, książek uczących rozwiązywać zadania (np. „Jak wzmocnić swoje IQ?”) czy też szkoleń w zakresie rozwiązywania testów selekcyjnych (Paluchowski, 2010). Istnieją także strony internetowe „przygotowujące do badania testem”³³ czy upowszechniające testy selekcyjne dla kandydatów do policji³⁴. Podobnie naganny jest brak uzyskiwania zgody autora (wydawcy) testu na: wykorzystywanie testu z publikacji naukowej do celów komercyjnych, tworzenie wersji komputerowej testu, adaptację testu czy wykorzystywanie jego fragmentów (zadań, pytań) (por. dalej), choć respektowanie tych zasad wymaga jedynie rozumienia ogólnej istoty materialnych praw autorskich (Kolera, 2019). Niestety, testy psychologiczne oferują też platformy e-commerce i hostingowe, łamiąc zarówno materialne prawa autorskie, jak i kodeksowe standardy.

Niekiedy psychologowie ulegają instytucjonalnej oraz sytuacyjnej presji i udostępniają surowe wyniki badania diagnostycznego. Tak się stało w przypadku ujawnienia wyników testowych badań psychologicznych pilota samolotu Tu-154M mjr. Arkadiusza Protasiuka po katastrofie 10 kwietnia 2010 roku na lotnisku Smoleńsk „Północny”. Po katastrofie jej wyjaśnianiem zajął się Międzypaństwowy Komitet Lotniczy (MAK) pod kierownictwem Tatiany Anodiny. Komisja zwróciła się do Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej (WIML) o materiały pozwalające na ocenę stanu psychoemocjonalnego dowódcy statku powietrznego mjr. Protasiuka. WIML wysłał Komisji opinie psychologa wraz z arkuszami wypełnionych testów. Jako załącznik w raporcie MAK zamieszczono wyniki testu NEO-FFI Costy-McCrae wraz z odpowiedziami (MAK, 2011). Wybrano ten test tendencyjnie – pozwalał on na uzasadnienie współwiny pilota samolotu Tu-154M (Falkowski, 2011). W badaniu

³³ <https://e100.eu/pl/blog/do-uwagi-kierowcow/testy-psychologiczne-dla-kierowcow> (dostęp: 15.12.2025).

³⁴ <http://www.policja2009.fora.pl/test-psychologiczny-multiselect-2-jak-zdac-pozytywnie,32/> (dostęp: 15.12.2025).

tym testem, przeprowadzonym 7 stycznia 2009 roku, mjr Protasiuk uzyskał wynik 6 stena (co należy interpretować jako wynik przeciętny; obejmuje on 20% grupy porównawczej powyżej wyniku typowego dla niej). Komisja MAK zinterpretowała ten wynik następująco (MAK, 2011): „[...] Przewaga konformizmu w cechach charakteru czyni człowieka miękkim, elastycznym, zależnym od poglądów grupy lub osobowości autorytarnej, na skutek usilnego dążenia do uniknięcia konfliktu. Jednym z czynników składowych konformizmu – jest obawa jako cecha osobowości. Przy podwyższonym poziomie konformizmu, jako składowa, powinna być podwyższona obawa. [...] Co za tym idzie, przy wyznaczaniu dowódcy statku powietrznego na stanowisko, psychologowie powinni byli zwrócić uwagę na skalę uległości (konformizmu) i bardziej szczegółowo ją przeanalizować, rozpatrując możliwości jej oddziaływania na sposób zachowania, w tym również i w sytuacjach stresowych. [...] co ostatecznie zdeterminowało rezultat lotu” (s. 131–132). Można zasadnie przyjąć, że taka interpretacja wynika z nieznamomości zasad interpretacji wyników pomiaru psychologicznego.

W anglojęzycznej Wikipedii (2025a) kanadyjski lekarz James Heilman dodatkowo opublikował dziesięć tablic techniki Rorschacha wraz z typowymi odpowiedziami. Była to – jego zdaniem – reakcja na redakcyjną dyskusję na temat tego, czy tablice można opublikować i jeśli tak, to ile. Po ich publikacji 16 czerwca 2009 roku w ciągu kilku godzin zostały one usunięte przez innego redaktora Wikipedii. Po kilku dniach zdjęcia tablic zostały przywrócone, a potem inny współtwórca Wikipedii dodał najczęstsze interpretacje pacjentów dotyczące każdego obrazu. W efekcie zmiany treści hasła w tej formie zostały zablokowane przez Wikipedię, a fotografie tablic i popularne odpowiedzi pozostały nienaruszone. Heilman uzasadniał swoją publikację tablic testowych, twierdząc, że znajdują się one w domenie publicznej po 88 latach od ich oryginalnej publikacji i po 87 latach po śmierci ich autora (próg to okres minimum 70 lat). W wyniku tego zdarzenia miała miejsce ogólnosiwiatowa debata anglojęzycznych psychologów, którzy ostrzegali, że test został zagrożony, ponieważ dostęp do opublikowanych informacji pozwala ludziom interpretować tablice na podstawie najczęstszych odpowiedzi, a nie własnej analizy. Niektórzy psychologowie argumentowali, że ta technika ma wyłącznie historyczny i anegdotyczny charakter (Schultz i Loving, 2012). Polscy uczestnicy protestu przeciwko stosowaniu testów projekcyjnych również opublikowali informacje o technice Rorschacha w Internecie (Racjonalista, 2012; Wikipedia, 2024b).

Ciekawym przypadkiem upublicznienia testu psychologicznego wraz z kryteriami oceniania było wykorzystanie testu Wechslera w celach artystycznych (KTP PAN, 2013). W prestiżowej poznańskiej galerii *Art Stations Foundation by Grażyna Kulczyk* w Starym Browarze w ramach wystawy Oskara Dawickiego pt. „PERFORMER. Wystawa, Film, Sztuka, Życie” powieszono kopie wypełnionego przez Dawickiego arkusza odpowiedzi do testu inteligencji Wechslera (WAIS-R) wraz z punktacją psycholog przeprowadzającej badanie. Przewodnicząca Komisji Testów Psychologicznych PAN, Katarzyna Stemplewska-Żakowicz, skierowała do organizatorów wystawy pismo w tej sprawie. Wskazywała m.in. na to, że uczestnik badania psychologicznego ma co prawda prawo do uzyskania informacji o jego wynikach, aczkolwiek nie jest to równoznaczne z dostępem do surowych wyników tego badania. Uczestnik może także – będąc świadomy społecznych konsekwencji – upowszechniać dowolne informacje na swój temat, jednak nie może naruszać dóbr innych ludzi. Ujawnienie klucza do testu oraz materiałów służących do badania może prowadzić do sytuacji, w której, przy wystarczającej liczbie osób oglądających jego wystawę, decyzje oparte na wynikach tego testu utracą trafność, bo osoby badane będą wiedziały, jak uzyskać pożądany wynik. Obniżanie wartości stosowanych testów psychologicznych jest działaniem na szkodę środowiska psychologicznego, bo obniża wartość decyzji podejmowanych m.in. na podstawie testów psychologicznych. W konsekwencji cierpią na tym także odbiorcy usług psychologicznych. W efekcie sporządzonego pisma część wystawy pod nazwą „Test IQ”, zawierająca wyniki badania za pomocą WAIS-R, została zasłonięta i opatrzona komentarzem: „Wstydlive strony inteligencji” (Gumienna, 2013).

Obowiązkiem etycznym są wszelkie działania psychologów podejmowane w celu zachowania integralności i bezpieczeństwa testów i innych technik diagnostycznych dostępnych na rynku (komercyjnych), nie tylko z uwagi na chroniące je prawo autorskie majątkowe, a czasem też osobiste (J.M. Doliński, 2013; Hedrih, 2019; PTP PTP, 2025a). Jest oczywiste, że produkcja dobrze przygotowanych pod kątem psychometrycznym instrumentów diagnostycznych stanowi inwestycję finansową dla ich wydawcy (Koocher i Rey-Casserly, 2003). Jest także jasne, że interpretacja ich wyników wymaga ogólnej i specjalistycznej wiedzy (formalne wykształcenie i stopnie naukowe nie oznaczają wiedzy specjalistycznej). Osoby, które nie mają kompetencji w zakresie stosowania i interpretacji testów, nie powinny mieć dostępu do materiałów testowych lub surowych danych testowych. Dostęp do narzędzi diagnostycznych

musi być ograniczony, gdyż ich ujawnienie może ułatwić manipulowanie wynikami, co prowadzi do utraty trafności kryterialnej (diagnostycznej i prognostycznej). To z kolei skutkuje utratą trafności podejmowanej na podstawie ich wyników decyzji (tym większej, im pierwotnie była większa trafność testu i jego wiarygodność) oraz – paradoksalnie – zawyżoną rzetelnością (powtarzalnością wyników).

Obowiązek utrzymywania w tajemnicy informacji uzyskanych w ramach realizacji roli zawodowej psychologa wynika wprost z nakazu ochrony prawa jednostki do intymności i prywatności. Współpraca z osobą diagnozowaną, informowanie o tym, co robimy i dlaczego, a więc szacunek dla autonomii osoby badanej to istotne kryterium oceny jakości profesjonalnych działań psychologów. Ważnym zobowiązaniem wobec osób diagnozowanych jest działanie w granicach ich zgody (pomijając specyficzne wyjątki, ale nawet wówczas należy unikać odbierania godności). Osoby badane powinny być informowane o celu i przebiegu badania oraz o zakresie ich kontroli nad jego wynikami i ich interpretacją w sposób wyczerpujący, aby mogły wyrazić na podstawie swojej wiedzy zgodę na diagnozę (Hornowska i Paluchowski, 2016). Wymaga to m.in. poinformowania osób diagnozowanych, że w wyniku badania mogą zostać ujawnione ukryte (ukrywane) i/lub nieznane ich właściwości oraz relacje interpersonalne.

Komunikowanie wyników badania diagnostycznego też może nastręczać problemów etycznych. Obejmuje ono przekazywanie wyników badania, wniosków i ewentualnych zaleceń osobie badanej, a w niektórych przypadkach także jej opiekunom lub innym osobom czy instytucjom zaangażowanym w proces diagnozowania. Komunikat powinien być zrozumiały, pozbawiony fachowego żargonu oraz przyjazny dla osoby diagnozowanej. Kiedy nie rozumie ona przekazywanych jej informacji, to w jakimś zakresie jest to ograniczenie jej wolności do podejmowania decyzji na podstawie wyników diagnozowania. Gdy osoba badana dowiaduje się o niezauważanych poprzednio trudnościach i problemach, może się to przyczyniać do zwiększenia jej cierpień, poprzez wzbudzanie wstydu i lęku. Dlatego ważna jest wrażliwość, empatyczność oraz życzliwość. W trakcie przekazywania informacji zwrotnej osoba diagnozowana nie powinna być traktowana jak bierny odbiorca informacji, ale jako aktywny uczestnik rozmowy, posiadający prawo do zadawania pytań i zgłaszania wątpliwości czy sprzeciwu (Bednarek, 2020). Zgodnie ze standardami diagnozy psychologicznej (Filipiak i Paluchowski, 2019; OSDP PTP, 2018) w przypadku osób, dla których język polski nie jest językiem

ojczytym, komunikacja powinna się odbywać w obecności tłumacza, niezwiązanego z osobą diagnozowaną, ale przez nią akceptowaną.

Pisemne komunikaty, adresowane do przedstawicieli innych profesji czy organizacji zlecających badanie diagnostyczne (orzeczenia, opinie), powinny być obiektywne, bezstronne, wolne od uprzedzeń, zawierać tylko niezbędne informacje i przestrzegać zasady poufności. Jeśli powstają one na zlecenie, to powinny spełniać wymogi formalne zleciennodawcy. Komunikując wnioski diagnostyczne osobom trzecim, psycholog uwzględnia dobro, prawa oraz autonomię osób diagnozowanych (Filipiak i Paluchowski, 2019; OSDP PTP, 2018). W przypadku opiniowania lub orzekania informacje przekazywane przez psychologa co do zasady nie powinny wykraczać poza zakres pytania diagnostycznego. Wynik diagnozy nie jest tożsamy z wynikiem liczbowym w badaniu technikami psychometrycznymi, dlatego nie należy go podawać w opinii psychologicznej ani udostępniać osobie diagnozowanej. Psycholog może udostępnić informacje zawierające nazwy narzędzi oraz surowe wyniki wykorzystywanych narzędzi diagnostycznych wyłącznie innemu psychologowi i tylko wówczas, gdy taka wymiana informacji zostanie uzgodniona z osobą diagnozowaną i/lub zleciennodawcą badania (Filipiak i Paluchowski, 2019; OSDP PTP, 2018). W związku z tym, że wyniki badania diagnostycznego zawierają informacje osobiste oraz dane osobowe, podlegają ochronie zgodnie z RODO, a na diagnoście spoczywa obowiązek dbania o ich poufność.

W przypadku diagnozowania osób z niepełnosprawnościami o podłożu sensorycznym, fizycznym i/lub mentalnym (psychicznym) celem specjalisty może być zarówno diagnozowanie samej niepełnosprawności (jej rodzaju, zakresu i specyfiki), konsekwencji niepełnosprawności (w odniesieniu do populacyjnej grupy referencyjnej oraz istotnych wymogów społecznych), jak i innych aspektów funkcjonowania osoby, niezwiązanych z jej niepełnosprawnością (Paluchowski, 2019; Wiliński i Wiśniewska-Jankowska, 2017). Ten ostatni aspekt wymaga analizy ze względu na konsekwencje etyczne. Test przeznaczony dla osób z populacji ogólnej może okazać się nieodpowiedni do badania osób z określonym rodzajem niepełnosprawności, jeżeli do jego wykonania potrzebne są umiejętności/zdolności słuchowe, wzrokowe, ruchowe lub umysłowe, które u tych osób są zaburzone, a jednocześnie umiejętności te nie są najbardziej istotne z punktu widzenia celu badania diagnostycznego (Paluchowski i Hornowska, 2017).

W podręczniku testowym opisana jest standardowa procedura testowania, a opisane zasady interpretacji wyników odnoszą się do wyników

standardowego badania. Jednak w praktyce zdarzają się okoliczności zmuszające diagnostę do odejścia od takiej standardowej procedury. Jedną z nich jest właśnie niepełnosprawność osoby diagnozowanej. W Wytycznych Międzynarodowej Komisji ds. Testów (PTP PTP, 2002) w załączniku C można znaleźć taki przykład: „osoba z ręką zniekształconą artretyzmem może mieć kłopoty z testem szybkości, wymagającym pisania. Jeżeli zdolność szybkoego wykonywania zadań manualnych jest częścią mierzonego konstruktu, wówczas test nie musi być zmieniany. Jeśli jednak celem jest ocena prędkości sprawdzania wzrokowego [ang. *visual checking speed*; szybkości i dokładności spostrzegania – przyp. W.J.P.], wówczas właściwszy byłby inny sposób odpowiadania. [...] Jeśli określony rodzaj niepełnosprawności jest nieistotny dla mierzonego konstruktu, ale może wpływać na wynik danej osoby w teście, wówczas można rozważyć modyfikację procedury” (s. 24).

Z jednej strony, kiedy standaryzowane testy nie są dostosowane do osób z niepełnosprawnościami, czynniki niezwiązane z mierzonym konstruktorem mogą przeszkadzać i kolidować z wykonaniem badania testowego. Z drugiej – kiedy standaryzowane testy są dostosowane do osób z niepełnosprawnościami, mogą wystąpić problemy z (zakładaną) trafnością wyników badania. Sposobami rozwiązania problemu diagnozowania osób z niepełnosprawnościami mogą być modyfikacja lub dostosowanie istniejących testów, wprowadzenie jako grup referencyjnych osób z niepełnosprawnościami lub tworzenie nowych testów tylko dla osób z niepełnosprawnościami. Konsekwencją przyjęcia pierwszego rozwiązania jest – jako najprostszy – opis w podręczniku testowym dopuszczalnych zmian. Ponadto wskazane jest wcześniejsze prowadzenie badań nad efektami zmian istniejących testów (szczególnie odnośnie do trafności) oraz opisanie tych wyników w podręczniku testowym (Paluchowski i Hornowska, 2017; Paluchowski, 2019). W „Standardach dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice” z 1999 roku (AERA, APA, NCME, 2007) przyjmowano, że istnieją dwie formy zmian (odstępstwa od standardu) już istniejących testów psychologicznych: dostosowanie albo modyfikacja testu. W zależności od rodzaju niepełnosprawności mogą też one przybierać różne postaci. Nie można ustalić jakiejś arbitralnej ogólnej reguły w tej kwestii (Hill-Briggs i in., 2007). Niekiedy terminów tych używa się zamiennie, co łatwo prowadzi do nieporozumień.

Dostosowanie testu do konkretnych warunków badania oznacza takie odejście od standardowej procedury, które nie pociąga za sobą zmiany mierzonego konstruktu (Paluchowski i Hornowska, 2017; Paluchowski, 2019).

Inaczej mówiąc, dostosowanie umożliwia mierzenie konstruktów u osoby z niepełnosprawnością w celu uzyskania trafniejszego wyniku jego pomiaru, bez zmiany treści narzędzia (operacjonalizacji) i kryteriów oceny zachowania. Wydaje się to więc trafny pomiar z wyeliminowaniem niesprawności. Modyfikacja oznacza taką zmianę procedury badania testem, która powoduje zmianę badanego konstruktów, a więc nieporównywalność wyników z oryginalnym narzędziem. Kiedy więc następuje zmiana wykorzystywanych wskaźników badanego oryginalnie konstruktów (modyfikacja), powodować to może zmianę tego, co się w istocie bada (Messick, 1998). Niekiedy może to stanowić efekt zmiany formy prezentacji zadań lub udzielania odpowiedzi (Paluchowski i Hornowska, 2017; Paluchowski, 2019). Czasami trudno jest uchwycić różnicę między dostosowaniem a modyfikacją. Taka decyzja wymaga ostrożności i merytorycznego uzasadnienia.

Oprócz wskazanych metodycznych problemów (czy modyfikować procedurę badania i/lub sam test i jeśli tak, to w jaki sposób; por. Paluchowski i Hornowska, 2017) pozostaje jeszcze kwestia dokumentowania niepełnosprawności i jednocześnie unikania stygmatyzacji³⁵ oraz dyskryminacji z tego powodu, a także naruszania prywatności (Otrębski i in., 2017; Świgoń i Dąbrowska, 2017). Oznaczanie wyników testowych otrzymanych przy zastosowaniu procedury dostosowywania testu do badania osób z niepełnosprawnością może mieć charakter dyskryminacyjny i stygmatyzujący (AERA, APA, NCME, 2007; APA, 2022). Diagnosta powinien m.in. poinformować osoby badane o dokonaniu zmian wersji testu. Jeżeli można odnosić wyniki testu zmienionego do wyników próby referencyjnej, to wyniki testowe nie powinny być w żaden sposób oznaczane. Jeśli tak nie jest, należy oznaczyć to, że korzysta się ze zmienionej wersji, by ułatwić innym specjalistom kontrolę interpretacji wyników badania testowego. Gdy podaje się informację o tym, że zastosowano procedurę zmienioną, to w raporcie nie powinno się ujawniać informacji o rodzaju niepełnosprawności osoby badanej, opisując tylko rodzaj wprowadzonych zmian (AERA, APA, NCME, 2007; APA, 2022).

W przypadku opiniowania i orzekania zmienia się sens pojęcia odbiorcy usługi psychologicznej. Odbiorcą jest zarówno zleceniodawca takiej usługi, jak i konkretna osoba uczestnicząca w badaniu diagnostycznym

³⁵ Ciekawe jest, że przekonanie o stygmatyzującym charakterze rozpoznania psychiatrycznego jest wyższe u osób zdrowych niż faktycznie chorych (Marchlewska i in., 2025).

(Toeplitz-Winiewska, 2013a). W zależności od źródła skierowania na badanie psychologiczne (sąd, urząd, opiekunowie prawni, instytucja itp.) osoba diagnozowana musi otrzymać kompletną i jasną informację, kto i w jakim zakresie będzie informowany o wynikach badania. Psychologowie przeprowadzający badania diagnostyczne są strażnikami wrażliwych informacji mogących mieć głęboki i trwały wpływ na życie osoby, która była diagnozowana. Dlatego ważne jest także określenie (często instytucjonalne, czasami prawne i/lub kodeksowe) reguł w tym zakresie (Pope, 2010).

Źródłem etycznych problemów może być ignorowanie skutku nagrywania dźwięku, obrazu lub obecności osób trzecich podczas badania psychologicznego (Pope, 2010). Te czynniki mogą wpływać np. na różne aspekty wydajności poznawczej czy szczerość osoby diagnozowanej. Zignorowanie tych potencjalnych następstw może prowadzić do nietrafnych opinii czy orzeczeń (Pope, 2010). Nagrywanie procesu diagnozowania wymaga nie tylko zgody osoby diagnozowanej, ale także uargumentowania takiego działania. Niekiedy przyjmuje się stanowisko, że nagrywanie rozmowy z psychologiem podczas diagnozowania nie jest zakazane, o ile nagrywający jest uczestnikiem rozmowy. Można słusznie stwierdzić, że nagrywać może jedynie osoba uczestnicząca w procesie diagnozowania. Nie może to jednak oznaczać, że psycholog jest upoważniony do nagrywania procesu diagnozowania bez wiedzy i zgody osoby diagnozowanej i odwrotnie. Sprawę komplikuje też to, że można nagrywać diagnozowanie, ale nie można upowszechniać takiego nagrania. Inaczej mówiąc – zgoda na nagrywanie to nie to samo, co zgoda na upowszechnianie takiego nagrania. Oczywiście są przypadki, kiedy obecność innych osób podczas badania psychologicznego jest prawnie dopuszczalna – tak było np. w badaniu psychologicznym osób kierujących pojazdami lub kandydatów na kierowców, podczas którego dopuszczało się obecność studenta, osoby odbywającej praktykę lub uczestniczącej w kursie czy szkoleniu oraz osoby przeprowadzającej kontrolę³⁶ (Dz.U. 2000 Nr 36, poz. 416; Dz.U. 2022, poz. 165). Wydaje się rozsądne poszukiwanie odpowiedzi na pytanie

³⁶ Rozporządzenie Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej z dnia 14 kwietnia 2000 roku w sprawie badań psychologicznych kierujących pojazdami oraz kandydatów na instruktorów i egzaminatorów (Dz.U. 2000 Nr 36, poz. 416), Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2021 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz.U. 2022, poz. 165).

o obecność innych podczas badania psychologicznego przez odwołanie się do celu tej obecności. Ewentualna obecność osoby szkolonej przez diagnostę lub jego superwizora, a więc psychologa, a nie jego klienta, jest dopuszczalna (oczywiście za zgodą odbiorcy usługi psychologicznej).

Celem rekrutacji zewnętrznej jest wzbudzenie zainteresowania potencjalnych kandydatów firmą i zachęcenie ich do aplikowania. Z selekcją mamy do czynienia wówczas, kiedy psycholog dokonuje wyboru z grupy kandydatów na pracowników niereprezentatywnej jej podgrupy (jednostki) lub gdy dobiera ludzi do warunków (nikogo nie odrzucając). Cel stanowi optymalny wybór jednostki lub grupy osób do określonych zadań przy założeniu, iż właściwości osoby oraz warunki realizacji zadań nie ulegną istotnej zmianie. Najczęściej mamy do czynienia z wyborem wielokategorialnym (Trzaskalik, 2014). Wśród tych kategorii wykorzystywane są zazwyczaj testy psychologiczne, szczególnie do badania osobowości³⁷, kompetencji kierowniczych, umiejętności społecznych, temperamentu i odporności na stres, rzadziej – do pomiaru inteligencji i zdolności (Jaworowska, 2011; Gojny, 2014).

Pojawia się tu jednak ciekawy problem – skoro uważa się, że testy psychologiczne mogą ujawniać treści nieznane nawet osobom diagnozowanym, to czy ich stosowanie nie narusza prawa? Okazuje się, że tak może być, gdyż – jak ocenił to Główny Inspektor Ochrony Danych Osobowych – jest to szczególna kategoria danych osobowych (Bieniek, 2020). Aktualne przepisy RODO nie regulują wprost kwestii dopuszczalności stosowania testów osobowościowych w selekcji, jednak zebrane za ich pomocą informacje wykraczają poza kategorię „kwalifikacje zawodowe” (Bieniek, 2020; Tyc, 2018). Jeżeli osoba uczestnicząca w procesie rekrutacji odmówi poddania się testom psychologicznym, to nie powinno to pociągać za sobą żadnych negatywnych dla niej konsekwencji (Tyc-Brzosko, 2018). Osoba prowadząca diagnostyczne badania selekcyjne powinna uzyskać aktualną wykładnię prawną w tej sprawie. Warto jednak w tym miejscu zauważyć, że narzędzia najczęściej używane podczas doboru personelu i jednocześnie o wysokiej trafności prognostycznej to wywiad (rozmowa kwalifikacyjna) oraz testy zdolności i umiejętności (Chirkowska-Smolak i Grobelny, 2014), które zawierają zdecydowanie mniej treści wrażliwych.

³⁷ Można przypuszczać, że w selekcji ważne jest nie tylko badanie określonych (wzorcowych) zdolności i kompetencji, lecz także badanie poziomu motywacji do ich wykorzystywania na rzecz potencjalnego pracodawcy. I oczywiście powraca pytanie o wartość prognostyczną testów osobowości czy sprawności intelektualnej (Grygorczuk, 2008).

W obszarze rekrutacji i selekcji ważne jest rozróżnienie klienta (bezpośredniego odbiorcy usługi psychologicznej) i zleceniodawcy (Toeplitz-Winiewska, 2013a). Oczywiście, nie mają oni identycznych praw co do zakresu zwrotnych informacji otrzymywanych od diagnosty. Niewątpliwie osoba diagnozowana ma większe prawo do uzyskania informacji dotyczącej jej samej niż zleceniodawca badania diagnostycznego. Jednak w przypadku badania selekcyjnego trzeba odpowiedzieć na dwa pytania. Pierwsze dotyczy tego, czy informacje z badania diagnostycznego mają charakter uniwersalny i pozakontekstowy, czyli inaczej mówiąc, czy osoba diagnozowana może je wykorzystywać w dowolnych okolicznościach, dysponując np. ich kopią.

Wydaje się, że tak nie jest, bo inne są warunki badania podczas selekcji, a inne podczas sytuacji inicjowanej przez osobę diagnozowaną lub specjalistę (np. lekarza). Celem osoby uczestniczącej w badaniu selekcyjnym nie jest uczestniczenie w selekcji, lecz w sytuacji, do której ona prowadzi. Badanie selekcyjne to bowiem pierwszy etap takiej sytuacji społecznej, która w efekcie zaspokoi potrzeby osoby diagnozowanej. Takie osoby często traktują badanie jako pozostający w ich zasięgu instrument oddziaływania na sytuację postselekcyjną. Starają się współpracować z diagnostą po to, by zrealizować swoje cele. Jednostka, uczestnicząc w badaniu selekcyjnym, nie traktuje go jako okazji do zakomunikowania osobie badającej swego obrazu „w ogóle”. Prezentowany podczas badania obraz świata i siebie pełni funkcje instrumentalne względem celów osoby uczestniczącej w selekcji (Paluchowski, 2006). Biorąc to pod uwagę, można przyjąć, że osobie uczestniczącej w selekcji należy dostarczyć informacji o jej kryteriach oraz zawartych w raporcie dla zleceniodawcy danych jej dotyczących.

Drugie pytanie odnosi się do zakresu informacji udzielanych zleceniodawcy badania diagnostycznego. Jeśli przyjmie się, że cel badania stanowi optymalny wybór jednostki lub grupy osób do określonych zadań, to komunikat dla zleceniodawcy powinien mieć formę listy proponowanych kandydatów, którzy z punktu widzenia oceny według ustalonych kryteriów są nieodróżnialni. W sytuacji wyboru wielokategorialnego zazwyczaj łączy się wszystkie szacunkowe wyniki, by móc ustalić hierarchię obiektów (tu: osób), między którymi dokonuje się wyboru. Postępować tak można po uzyskaniu wyników wszystkich testów, możliwe jest też stosowanie testów sukcesywnie (metoda kolejnych przeszkód, kiedy po kolei odrzuca się osoby niespełniające określonych kryteriów; ang. *hurdle method*), zaczynając albo od testu najbardziej trafnego, albo najmniej trafnego czy też zaczynając od procedury najmniej kosztownej.

W tworzeniu jednej oceny postępowania można przyjąć strategie dwójakiego rodzaju: kompensacyjne i niekompensacyjne. Gdy wykorzystuje się reguły kompensacyjne, wówczas słabość w zakresie jednej cechy jest wyrównywana spostrzeganą zaletą w zakresie innej. Wyróżnia się dwa rodzaje reguł kompensacyjnych: liniową (prostą) oraz ważoną. Formę strategii kompensacyjnej ważonej stanowi wykorzystywanie równania regresji wielokrotnej. Istotą reguł niekompensacyjnych jest to, że słabość w zakresie jednej cechy nie może być zrekompensowana przez jakiekolwiek inne zalety. Wybrana cecha (atrybut) jest na tyle ważna, że tylko ona staje się podstawą decyzji. Można wyróżnić kilka strategii niekompensacyjnych, a wśród podstawowych są: strategia leksykograficzna, eliminacji lub koniunkcyjna (Falkowski i Tyszka, 2009; Nosal, 2001; Paluchowski, 2006, s. 165–168). Diagnostyci mogą stosować nie jedną, lecz kilka reguł na różnych etapach selekcji.

Psycholog, który przeprowadza badanie selekcyjne, lub osoba do tego upoważniona powinni wyraźnie przedstawić kandydatom na pracowników jego cel, poinformować ich o stopniu poufności badań, określić, kto będzie miał dostęp do wyników badań oraz jak te wyniki zostaną wykorzystane. Kandydat ma ponadto prawo do: informacji o kwalifikacjach osób realizujących badanie i interpretujących jego rezultaty (zasadniczo wymagane jest wykształcenie wyższe psychologiczne), jasnych instrukcji dotyczących procedury badania i sposobu wypełniania testu czy też zestawu testów.

Zazwyczaj dostęp do wyników badania mają osoby odpowiadające za rekrutację i to one są zobowiązane do zachowania tajemnicy i zabezpieczenia otrzymanych danych. Następnie na podstawie przedstawionych kandydatom informacji należy uzyskać ich zgodę na uczestniczenie w badaniu. Bez niej nie można przeprowadzać badania diagnostycznego. Kandydaci powinni zostać poinformowani o tym, że mają prawo do zapoznania się z wynikami badań. Powinny one być przedstawione w sposób zrozumiały, pozbawiony fachowego, specyficznego słownictwa i skrótów. Dobrym zwyczajem jest zaproponowanie kandydatom dogodnej formy skorzystania z tej możliwości. Zwykle raport z badań jest przedstawiany osobie bezpośrednio odpowiedzialnej za rekrutację oraz (w stosownej części) kandydatowi. Biorąc pod uwagę prawo do prywatności, w procesie selekcji nie powinno się zbierać wrażliwych informacji na temat pochodzenia rasowego lub etnicznego, preferencji seksualnych, poglądów religijnych czy politycznych, rozwodów, liczby dzieci, potencjalnego ich posiadania (ciąża) itp. Nieetyczne jest stwarzanie kandydatom dyskomfortowych warunków badania w deklarowanym celu „badania

odporności na stres” (Chudzicka-Czupała i Gałka, 2016). Jak pokazują wyniki badań, ze skłonnością rekruterów do nieetycznego zachowania się wobec kandydatów do pracy nie są związane cechy osobowości czy temperamentalne, ale – co wydaje się oczywiste – brak empatii, szczególnie w aspekcie przyjmowania cudzej perspektywy (Chudzicka-Czupała i Gałka, 2016).

2.3.2 Psycholog i prawo

Niekiedy psycholog powoływany jest jako świadek, bez wskazanego związku z realizacją swojej roli zawodowej. Zgodnie z obowiązującymi zasadami (Bocheński, 2018; Minc, 2017) psycholog nie może zeznawać na temat tego, czego dowiedział się podczas świadczenia usługi psychologicznej, bez zwolnienia go z tajemnicy przez właściwy organ w trybie art. 180 k.p.k. (SN, 2012). Regulacja w art. 180 k.p.k. dzieli tajemnice ze względu na procedurę ich uchylania (Burdziak i Kowalewska-Łukuć, 2023): łatwiejszą (uchylanie decyzją sądu lub prokuratora) i trudniejszą (postanowieniem sądu). Odpowiedni organ (sąd, prokurator) w uzasadnieniu powinien określić, dlaczego nie można uzyskać dowodu istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy bez uchylenia tajemnicy zawodowej.

W postępowaniu w sprawie cywilnej na podstawie art. 262 § 2 k.p.c. psycholog może odmówić odpowiedzi na zadane pytanie, jeżeli zeznanie dotyczy przedmiotu tajemnicy zawodowej. Zgoda na ujawnienie tajemnicy zawodowej wydana przez odbiorcę usługi psychologicznej nie ma mocy prawnej i nie zwalnia psychologa z ochrony tajemnicy (Bocheński, 2018). Wiąże się z tym kwestia udostępniania dokumentacji psychologa w sprawach karnych, odpowiedni organ może bowiem zarządzić wydanie od psychologa rzeczy mogących stanowić dowód w sprawie. Z prawnego punktu widzenia problem stanowi to, że nie ma formalnej definicji dokumentacji psychologicznej, więc nie jest określone, co ją stanowi (natomiast zostało to wyjaśnione w projekcie ustawy o zawodzie psychologa, w tym dane i informacje specyficzne dla świadczonej usługi psychologicznej: art. 25)³⁸. Przyjmuje się, że udostępniany zakres dokumentacji zależy od psychologa (Fiutak, 2016).

Inna jest sytuacja, gdy psycholog występuje jako biegły. Biegły sądowy to ekspert w danej dziedzinie, posiadający udokumentowaną, pogłębioną,

³⁸ Decyzja w tej sprawie nie jest prosta, gdy chodzi o „[...]” opis przeprowadzonych badań psychologicznych [oraz – przyp. W.J.P.] wyniki diagnozy psychologicznej [...]” (por. dalej).

specjalistyczną wiedzę teoretyczną i bogate zawodowe doświadczenie praktyczne, powoływany przez sąd w celu konsultacji i/lub przedstawienia (na podstawie analizy akt sprawy i specjalistycznego badania) fachowej opinii o okolicznościach mających znaczenie dla wyniku sprawy sądowej, która może być uznana przez sąd jako dowód (Czerederecka, 2013b, 2015, 2016). Jak piszą Teresa Jaśkiewicz-Obydzińska i Ewa Wach (2006): „[...] przedmiotem ekspertyzy psychologicznej są składane przez podejrzanych i oskarżonych wyjaśnienia, a jej zakres sprowadza się [...] do ustalenia procesów motywacyjnych leżących u podstaw ich składania” (s. 22).

W wielu sprawach psychologowie często występują jako członkowie zespołu w roli biegłego (z listy czy *ad hoc*), szczególnie w sprawach dotyczących dzieci, ale też sprawach rodzinnych, o ubezwłasnowolnienie czy karnych, a nawet administracyjnych (Biederman, 2007; Budzyńska, 2007; Czerederecka, 2016; Kamińska i in., 2017; Kwieciński, 2008; Różańska-Kowal, 1993; Stanik, 2011; Wojciechowski, 2019). Jak pisze Toeplitz-Winiewska (2013b): „Rola psychologa – biegłego sądowego – jest szczególnie trudna, ponieważ zawiera podstawowy konflikt między oczekiwaniami zleceniodawcy – organu procesowego – a podstawową zasadą zawodu psychologa [...] działania na rzecz dobra osoby, z którą psycholog pracuje” (s. 558). Dlatego tak ważne w pracy biegłego są dystans i obiektywizm, a co za tym idzie – samokontrola (por. dalej).

Zasadniczo treść opinii (czy orzeczenia) stanowi psychologiczna interpretacja badania diagnostycznego, a nie jego surowe wyniki. Prezentowanie przebiegu badania dla celów opinii sądowej jest niezgodne z prawem (Rojek-Socha, 2022). Z etycznego punktu widzenia kluczowe jest rozstrzygnięcie, gdzie przebiega granica między tajemnicą dotyczącą treści poznanych podczas badania informacji prywatnych czy intymnych na temat osoby wskazanej przez zleceniodawcę a obowiązkiem ich przedstawienia temu zleceniodawcy. Inaczej mówiąc, konieczne jest wyważenie takich wartości jak dobro indywidualne i społeczne (Budzyńska, 2007; Pobocha, 2013; Gierowski, 1995; Toeplitz-Winiewska, 2007).

Problem równowagi między dobrem indywidualnym i społecznym jest szczególnie trudny w przypadku opinii psychologicznych, gdzie indywidualizacja kontaktu i budowanie dobrej relacji oraz zaufania są podstawą zaangażowania w badanie. Ważne jest, by mieć do czynienia z „klientem dobrowolnym” (ang. *voluntary client*), czyli zmotywowanym do wizyty u psychologa i intencjonalnie uczestniczącym w badaniu, a nie „klientem niedobrowolnym” (ang. *involuntary client*), kontestującym wizytę u psychologa,

nastawionym na „udowadnianie” zachowaniem zbędności takiej wizyty lub wręcz odmawiającym udziału w badaniu (O'Hare, 1996; De Jong i Berg, 2001). Oczywiście nie oznacza to, że ma on takie intencje, jakie zakłada badający go psycholog – tzw. klient doprowadzony czy przymusowy (ang. *mandated client*) może angażować się w kształtowanie swojego wizerunku zgodnie z własnym celem, nawet ewidentnie sprzecznym z zadaniem i zamiarem psychologa, a także unikać niektórych elementów badania.

Bożena Gulla (Toeplitz-Winiewska, 2007) wskazuje na inną trudną sytuację dotyczącą zaangażowania odbiorcy usługi psychologicznej, w której psycholog jest traktowany jako stronnik i reprezentant jego interesów. Takie nieadekwatne oczekiwania w stosunku do rodzaju relacji mogą łatwo prowadzić do negatywnej oceny zarówno opinii, jak i opiniującego oraz ogólnie psychologów. Zachowanie tajemnicy zawodowej jest zawieszone w granicach pytania zleceniodawcy, ale nie zwalnia to psychologa z poinformowania osoby badanej o instytucji, która zleciła ekspertyzę, oraz celu, w jakim są zbierane osobiste i poufne informacje o niej (Pobocho, 2013). Psycholog powinien akceptować decyzję o odmowie udziału w badaniu, informując jedynie o konsekwencjach tej decyzji.

Jednak obowiązek zachowania tajemnicy rozciąga się również na te okoliczności, które nie mają żadnego znaczenia dla wyniku zleconego badania. Oświadczenie osoby badanej dotyczące zarzucanego jej czynu nie mogą stanowić dowodu i nie powinny znaleźć się w opinii biegłego. W świetle ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111, poz. 535, art. 52. 1) istnieje zakaz przesłuchiwania osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy w sytuacji przyznania się osoby z zaburzeniami psychicznymi do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary. W propozycji Kodeksu etycznego biegłego psychiatry autor (Pobocho, 2013) zwraca m.in. uwagę na to, by „[...] zawsze stosować zasadę nieujawniania w opinii danych, które zostały zastrzeżone przez badanego do wyłącznej wiadomości lekarza [...], szanować prawa człowieka i godność badanego, nie [...] dokonywać jego ocen i pouczeń [...] nie [...] stosować wobec badanego jakiegokolwiek formy presji psychologicznej, działań paternalistycznych, mających na celu zmianę postawy opiniowanego [...]” (s. 187).

Orzecznictwo sądowe powinno być obiektywne i bezstronne. Obiektywność opiniowania oznacza opieranie się na zebranych danych empirycznych i ich uzasadnionej teoretycznie interpretacji (Pobocho, 2013). Należy jednak mieć na względzie to, że określony rezultat pracy psychologa (opinie

sądowo-psychologiczne) często służy jednej stronie postępowania, a drugiej nie (Spendel, 2011). Wymaga także od niego posiadania i rozwijania odpowiednich kompetencji oraz odporności na naciski i kontekst społeczny sprawy, umiejętności utrzymywania bezstronności w interpretacji oraz wiedzy na temat wiarygodności metod diagnostycznych stosowanych w warunkach odpowiedzialności karnej czy cywilnej³⁹ (Leśniak i Leśniak, 2018).

Niezależnie od tego obowiązkiem psychologa-diagnosty jest dbałość o warunki badania, które umożliwią skupienie się i efektywną pracę (cisza, wygodne krzesło, stół, przybory do pisania itp.). Jeśli diagnosta nie może zapewnić standardowych warunków fizycznych, to powinien starać się minimalizować wpływ czynników zakłócających. Zawsze uwzględniać należy wszelkie wynikające stąd modyfikacje przy wyciąganiu końcowych wniosków. Jednak chodzi nie tylko o warunki fizyczne, ale także wzbudzenie odpowiedniej motywacji do wykonywania zadań (testów).

Badanie diagnostyczne powinno dawać szansę na pełne przedstawienie tego, co jest przedmiotem badania (Iverson, 2006; McMillan i in., 2009), co ściśle związane jest z poziomem zaangażowania (motywacji) osoby diagnozowanej. Trafność testu ma sens tylko wtedy, gdy osoba go rozwiązująca wystarczająco mocno stara się osiągnąć pożądany przez nią wynik. Ponadto aby uzyskać informacje o prywatnych, osobistych sprawach osób diagnozowanych, trzeba stworzyć takie warunki, w których będą one mogły i chciały o tym komunikować. Jeśli diagnosta stwierdza małe zaangażowanie (wysiłek) osoby diagnozowanej, to powinien on rozważyć możliwość intencjonalnego wprowadzania przez nią w błąd psychologa. Błędy popełniane w opiniach sądowo-psychologicznych to błędy zarówno formalne, jak i merytoryczne, często będące pośrednim efektem manipulacji wynikami badania przez osoby będące przedmiotem opinii (Stopiak i Skorupski, 2017). Należy pogodzić się z tym, że istotą psychologicznego badania diagnostycznego jest wyjście poza to, czego osoba diagnozowana jest świadoma, ale że zarazem stosowanie narzędzi kontrolujących manipulację wynikami badania (np. skale kłamstwa czy poszukiwanie aprobaty społecznej) stanowi niekiedy działanie wbrew interesom osoby diagnozowanej (Spendel, 2011).

W praktyce – w efekcie sformułowania pytań w postanowieniach zlecających opracowanie opinii psychologicznych – oczekiwania sądów przekraczają

³⁹ Opisy parametrów psychometrycznych technik diagnostycznych stosowanych w takim kontekście są w Polsce bardzo rzadkie (por. Paluchowski, 2016).

możliwości i kompetencje biegłych psychologów, niekiedy zastępują też inne dowody (Biederman, 2007; Budzyńska, 2007; Przybyś, 2003). Wskazuje się (szczególnie z perspektywy podejścia narracyjnego), że realizowanie oczekiwań sądów może skutkować niejasnością opinii biegłych, gdyż mogą oni się kierować różnymi wariantami wiedzy medycznej, prawnej i potocznej. Dzieje się tak dlatego, że w tych obszarach istnieją pojęcia literalnie podobne, ale treściowo różne (Karlińska, 2020; Pobocho, 2013).

Agnieszka Karlińska (2020) na podstawie analizy 65 opinii sądowo-psychiatrycznych w sprawach karnych analizowała strategię wiązania języka prawa i języka medycyny przyjmowane przez biegłych. Korpus teksów opinii zestawiono z dwoma innymi korpusami, utworzonymi na użytek tego badania: korpusem tekstów prawnych (199 250 segmentów tekstu) oraz korpusem psychiatrii klinicznej (338 998 segmentów). Analizy wykazały, że jeśli psychiatrzy nie odnosili się bezpośrednio do dokumentów procesowych, to wybierali terminy „badany” i „opiniowany” (zapewne w celu obiektywizacji). W opiniach kierowano się zasadą zrozumiałości dla organów procesowych, stąd język prawa ma pierwszeństwo przed językiem psychiatrii klinicznej. Okazało się też, że psychiatrzy sądowi wprowadzają terminy prawne, wzbogacając je wiedzą medyczną, co sprawia, że przyjmują perspektywę narracyjną reprezentanta wymiaru sprawiedliwości. Sytuacja biegłych jest w tym – językowym – zakresie trudna, co może być powodem zarzutów wobec opinii (Czerederecka, 2015; Szydełko, 2021). Z jednej strony opis i wnioski z badań powinny pozwolić na ich ocenę przez innego biegłego, a więc być formułowane w języku specjalistycznym. Z drugiej strony wnioski biegłego powinny być odpowiedzią na zadane pytania, a więc w miarę możliwości wyrażone w języku odbiorcy opinii, czyli w języku prawniczym (Czerederecka, 2019; Przybyś, 2003).

Niekiedy psycholog w ramach swojej działalności zawodowej dowiadyuje się o domniemanym przestępstwie, którego odbiorca usługi psychologicznej był ofiarą lub świadkiem. W takiej sytuacji psycholog staje przed problemem informowania o tym (lub nie) osób trzecich. Jednym z istotnych czynników wpływających na decyzje psychologa jest subiektywne tzw. uzasadnione przekonanie (Pacholik-Żuromska, 2016), zwane także uzasadnionym przypuszczeniem lub podejrzeniem (Szymczyk, 2017). To ono sprawia, że ktoś przyjmuje, że istnieją powody uznania takiej informacji za prawdziwą, za „wiedzę”. Zatem podejmując decyzję o zniesieniu w tej konkretnej sytuacji wymogu zachowania tajemnicy, psycholog często poszukuje odpowiedzi, co uzasadnia jego przekonanie.

Wydaje się oczywiste, że informacja o domniemanym przestępstwie najczęściej nie jest intencjonalnym kłamstwem („konfabulacją”). Takie niezamierzone, tzw. uczciwe kłamstwo może być objawem zaburzeń neurologicznych (w tym schorzeń neurodegeneracyjnych, urazów mózgu czy udaru) czy psychicznych (w tym tzw. kłamstwa patologicznego), a także innych zaburzeń. Można mijać się z prawdą, będąc jednocześnie głęboko przekonanym, że przekazuje się informacje o faktach, co wiąże się z poczuciem subiektywnej wiarygodności tego, o czym się mówi.

Takie nieintencjonalnie bezpośrednie lub pośrednie kłamstwo może pełnić wiele funkcji w komunikacji interpersonalnej w relacji z psychologiem, wśród których można wymienić: chęć prezentacji bardziej atrakcyjnego wizerunku, przemilczenie czy też ukrywanie pewnych niewygodnych czy wstydliwych spraw (w tym relacji seksualnych, prób samobójczych czy samouszkodzeń, uzależnień), unikanie oceny, niechęć ponownego przeżywania traumy, chęć pogłębienia wzajemnych relacji (od przyjacielskiej do romantycznej), kłamstwo jako efekt braku zaufania lub poczucia bezpieczeństwa albo działania mechanizmów obronnych itp. (Blanchard i Farber, 2016; Cichocki, 2018). Odróżnia się od niego intencjonalne kłamstwo, które polega na świadomym komunikowaniu nieprawdy w określonym interesie, mającym na celu przekonanie odbiorcy o rzekomej prawdziwości przekazywanych informacji (Puczyłowski, 2014). Istnieje też kłamstwo destrukcyjne, którego celem nie jest realizacja własnego interesu, lecz szkodenie drugiej osobie (Cichocki, 2018). Niewątpliwie kłamanie zaburza relację psycholog – odbiorca usługi psychologicznej. Nie oznacza to, że psycholog traktuje je osobiście, jak w relacji towarzyskiej. To jest komunikat o czymś, co wymaga interpretacji, jednak zasadniczo utrudnia pracę z klientem (Blanchard i Farber, 2016; Farber i in., 2019).

Podobny problem rozstrzygają czasami biegli sądowi. Wiarygodność odnosi się do stopnia prawdopodobieństwa, z jakim informacje zawarte w zeznaniu odzwierciedlają stan faktyczny. Psycholog sądowy nie dokonuje oceny wiarygodności zeznań świadków, bo jest to domena organu procesowego. Rola biegłego psychologa polega na ocenie psychologicznych uwarunkowań wiarygodności zeznań, czyli wpływu stanu psychicznego, rozwoju umysłowego, zdolności poznawczych do spostrzegania, zapamiętywania i odtwarzania spostrzeżeń. Inaczej mówiąc, biegli oceniają wiarygodność psychologiczną (wiarygodność i kompetencje świadka; Draheim, 1995; Sikorska-Koza, 2010). Przyjmowanie zdroworozsądkowego założenia, że członek

jakiejs grupy społecznej jest prawdopodobny, a innej nie, jest nieuzasadnione. Psychologiczna analiza treści zeznań stanowi istotne narzędzie wspierające ocenę ich wiarygodności (Łyś i Bargiel-Matusiewicz, 2024; Wojciechowski, 2014a).

Na potrzeby wymiaru sprawiedliwości wypracowano systemy kryterialnej oceny zeznań oparte na analizie ich treści. Według podstawowego założenia psychologicznych kryteriów wiarygodności (znane jako „hipoteza Udo Undeutscha”) zeznania oparte na rzeczywistych wydarzeniach i osobistych doświadczeniach świadka różnią się jakościowo i treściowo od zeznań świadomie fałszowanych lub zmyślonych. Wspomnienia traumatycznych doświadczeń zawierają zazwyczaj informacje percepcyjne (sensoryczne), sytuacyjne (kontekstualne) oraz informacje emocjonalne. Zmyślane wspomnienia zawierają więcej operacji poznawczych (myślenie, rozumowanie). W związku z tym prawdziwe zeznania posiadają specyficzne cechy, które pozwalają odróżnić je od fałszywych. Jednak kryteria treściowe często dostarczają sprzecznych wyników, a zasady ich stosowania bywają niejasne. Wskazuje się też na ich kulturową stronniczość (Łyś i Bargiel-Matusiewicz, 2024; Wojciechowski, 2014a). Lepsze wyniki osiąga się za pomocą Modelu Wielozmiennowej Analizy Zeznań Świadców Dorosłych (ang. *Multivariable Adults' Statements Assessment Model*, MASAM), opartej na koncepcji Jana Stanika (Wojciechowski, 2014a, 2014b). Wiedza taka jest (powinna być) elementem kompetencji zawodowych biegłego psychologa sądowego.

2.3.3 Inne problemy opiniowania i orzekania

Już w 1968 roku (Paluchowski, 1991) przedstawiono przekonującą argumentację za automatyzacją procesu badań psychodiagnostycznych z wykorzystaniem programów komputerowych. Ówczesne argumenty przemawiające za wykorzystaniem komputerów do administrowania badaniem wydają się dzisiaj oczywiste: standaryzacja warunków badania, dokładność zapisu parametrów zachowań testowych (oba czynniki wydatnie zwiększające rzetelność badań) czy wreszcie obniżka jednostkowych kosztów badania (Paluchowski, 1991). Ciągłe nie wykorzystuje się w pełni dodatkowych zalet korzystania z komputerowego diagnozowania, takich jak możliwość wykorzystywania kolejnych wyników osoby badanej do sterowania w czasie rzeczywistym przebiegiem badania (tworzenie tzw. systemu adaptacyjnego, zwanego też interakcyjnym) oraz możliwość aktualizacji norm na podstawie kolejnych badań (tworzenie tzw. norm kroczących). Ciekawe jest wykorzystanie możliwości

badania uwagi, czasu reakcji, impulsywności oraz nadaktywności (pakiet MOXO) u dzieci i dorosłych z ADHD (Arrondo i in., 2024; Hetmańczyk, Kawiak, 2018) oraz u pacjentów z chorobami psychicznymi (Borkowska, 2009) i innymi zaburzeniami za pomocą tzw. komputerowego testu ciągłego wykonywania (ang. *Continuous Performance Tests*, CPT), czyli badania wymagającego od uczestnika utrzymywania uwagi na ciągłym strumieniu bodźców i reagowania na wcześniej określony cel (z wykorzystaniem dystraktorów wzrokowych i słuchowych). W badaniach kierowców korzysta się z Wiedeńskiego Sytemu Testowego (ang. *Vienna Test System*, VTS; Schuhfried, 2013; Niezgoda i in., 2011) i podobnych narzędzi (Tarnowski, 2021). Programy komputerowe wykorzystuje się także do wspomagania rozwoju dzieci za pomocą stymulacji intelektualnej (Barańczak, 2013). Postęp technologiczny spowodował dodatkowe wyzwania dla psychologów związane z utrzymaniem bezpieczeństwa treści testów, aby konsumenci testów mogli mieć wystarczającą pewność co do rzetelności, trafności i uczciwości ich wyników (APA, 2017a).

Pracownia Testów Psychologicznych PTP (PTP PTP, 2025e) oferuje na urządzeniach z systemem operacyjnym Windows platformę Epsilon do prowadzenia badań komputerowych ponad 40 testami z oferty Pracowni. Platforma Epsilon automatycznie oblicza wyniki zakończonych badań i generuje z nich szczegółowy raport. Istnieją specjalne licencje badawcze (naukowe) bez modułu do obliczania wyników oraz generowania raportu. Diagnosta lub osoba badana (w przypadku badania zdalnego) instaluje na dysku swojego komputera aplikację Epsilon i uruchamia badanie testem za pośrednictwem specjalnego kodu generowanego przez psychologa (podając minimum wiek i płeć osoby badanej). W trakcie badania zablokowane są niektóre funkcje systemu Windows (w tym robienia print screenów). Za pośrednictwem Platformy możliwe jest też wprowadzenie wyników z badania zrealizowanego w wersji papier-ołówek. Odpowiedzi osoby badanej są następnie wysyłane na serwer Pracowni i psycholog ma do nich dostęp po zalogowaniu się do swojego konta Epsilon. Ceduje to problem ochrony danych na Pracownię Testów Psychologicznych PTP, ale nie jest jasny zakres i sposób wykorzystywania przetwarzanych przez nią tych danych dla celów wydawcy. Samodzielne tworzenie wersji komputerowych z narzędzi kupionych w Pracowni w wersji papierowej jest możliwe wyłącznie po uzyskaniu jej pisemnej zgody.

Inni wydawcy testów psychologicznych – Pracownia ALTA oraz Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych – także oferują wspomaganie

komputerowe. ALTA (2024b) oferuje platformę OPTIMIS do prowadzenia badań komputerowych na stanowisku diagnostycznym z monitorem dotykowym, gdzie osoba badana w warunkach kontrolowanych wykonuje przydzielone testy. Testy pozwalają na badania diagnostyczne (badanie szybkości i adekwatności reakcji oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej, efektywności uwagi, spostrzegania, antycypacji, pamięci oraz rozumowania sytuacyjnego, dojrzałości emocjonalnej i społecznej, motywacji oraz funkcjonowania w sytuacjach trudnych) w obszarze badań psychologicznych pracowników ochrony i detektywów, osób ubiegających się o broń, zatrudnionych przy wytwarzaniu materiałów wybuchowych, broni, amunicji oraz wyrobów o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym/cywilnym i obrocie nimi, w obszarze medycyny pracy, zarządzania kadrami oraz badań kierowców w ramach psychologii transportu. Możliwe są badania w języku angielskim, ukraińskim i rosyjskim. Diagnosta dysponuje stanowiskiem administracyjnym, gdzie ma możliwość zarządzania bazą danych osób badanych, wprowadzania danych z obserwacji i wywiadu oraz generowania raportów indywidualnych i przygotowania dokumentacji dla wydania orzeczenia (zgodnie z aktualnymi przepisami). Dane są wysyłane na serwery ALTA, gdzie są zapisywane. Serwery te zapewniają bezpieczeństwo oraz ochronę powierzonych danych i nie udostępniają żadnych informacji podmiotom trzecim. Użytkownicy systemu są informowani o wykorzystywaniu anonimowych wyników testów do celów naukowych. Jednak podobnie jak w przypadku PTP PTP nie jest wystarczająco jasny zakres i sposób wykorzystywania przetwarzanych przez ALTA tych danych dla celów wydawcy.

Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych proponuje System Wsparcia Diagnosty do komputerowej analizy najczęściej stosowanych testów i baterii (PTPiP, b.d.b). System automatycznie przelicza wyniki surowe na wyniki przeliczone, opracowuje raporty techniczne (zawierające np. informacje o istotności różnic wyników odniesionych do norm) oraz generuje opisy uzyskanych wyników. W przypadku Baterii SB6/18 raport m.in. na podstawie analizy mocnych i słabych stron osoby badanej generuje bibliotekę rekomendowanych zaleceń dla nauczycieli oraz rodziców. Inaczej niż w innych platformach dane wprowadzane do Systemu Wsparcia Diagnosty i gromadzone na serwerach Pracowni nie pozwalają na zidentyfikowanie konkretnej osoby (nie zawierają imienia i daty urodzenia) i tym samym nie stanowią danych osobowych w rozumieniu RODO. Dane zanonimizowane są wykorzystywane przez PTPiP do analiz statystycznych norm, do badań naukowych i publikacji.

Ważnym aspektem korzystania z diagnozowania za pomocą programów komputerowych czy sieci są specyficzne kompetencje zawodowe technologiczne i kliniczne, zapewniające klientom jakość zarówno merytoryczną, jak i techniczną oraz bezpieczeństwo badania. Automatyczne obliczanie wyników testów psychometrycznych i sporządzanie na tej podstawie opinii lub orzeczeń nie zwalnia diagnosty z osobistej odpowiedzialności za nie. Takie aplikacje powinny służyć jako narzędzia uzupełniające oraz nie mogą zastępować profesjonalnej wiedzy i doświadczenia (Schulenberg i Yutrzeńska, 2004). Z tego powodu dla diagnosty istotne jest posiadanie informacji o podstawach i sposobie interpretacji wyników badania. Bez tego wykorzystywanie komputerowych systemów diagnostycznych prowadzić może do wrażenia dehumanizacji całego procesu: maszyna bada i podejmuje mechaniczne decyzje o ludzkich losach (Krieger i in., 2024). Ważną pomocą dla diagnostów, ich klientów oraz zleciennodawców jest dostęp (obecność?) do naukowych dowodów użyteczności takich systemów, możliwość porównywalności z wersjami papier-ołówek oraz sprawdzenia ich funkcjonalności w kontrolowanych badaniach, zanim zostaną wdrożone do praktyki. Użytkownicy powinni również otrzymać informacje o zaletach i wadach komputerowych systemów diagnostycznych.

Na marginesie nasuwa się pytanie: czy nie jest bardziej sensowne tworzenie nowych narzędzi, lepiej wykorzystujących współczesne możliwości niż komputeryzacja znanych testów? Przenoszenie testów typu papier-ołówek na ekran komputera wydaje się mieć sens porównywalny do przedstawiania zadań testowych w formie wideo zamiast na papierze (Paluchowski, 1991). Potencjalne możliwości nowego medium wykorzystuje się wówczas w minimalnym stopniu! Skoro gry komputerowe mogą być narzędziem resocjalizacji (Łukasiak, 2023) lub być stosowane w szkoleniach organizacyjnych (Mijał, 2012), to mogą także stanowić inspirację do opracowania nowych form badania i pomiaru nie tylko procesów poznawczych (Gomez i in., 2023; Leutner i in., 2022), lecz także np. cech osobowości.

Profilowanie psychologiczne (rozumiane jako sporządzanie indywidualnej charakterystyki psychologicznej na podstawie dostępnych danych) miało miejsce podczas II wojny światowej i po niej (Wikipedia, 2010). Erik Erikson, odwołując się do swojego wcześniejszego artykułu, napisał dla Biura Służb Strategicznych (OSS) opinię na temat osobowości nazistów (ang. *nazi mentality*), wykorzystaną w książce (Martin-Joy, 2020; Erikson, 1950, s. 326–358), a Henry A. Murray podczas II wojny światowej pracował jako podpułkownik

w Biurze Służb Strategicznych oraz napisał dla OSS psychologiczną charakterystykę Adolfa Hitlera (Murray, 1943). Jednak nie zawsze tego rodzaju diagnostyczne działania psychologów miały jednoznaczny pozytywny wydźwięk moralny.

Po przegranych wyborach prezydenckich w 1964 roku senator i kandydat na prezydenta USA Barry Goldwater pozwał magazyn *Fact* o zniesławienie po tym, jak psychiatrzy w 1966 roku opublikowali jego diagnozę w wydaniu specjalnym pt. *The Unconscious of a Conservative: A Special Issue on the Mind of Barry Goldwater* (Ginzburg, 1964). Był to efekt ankiety na temat stanu psychicznego Goldwatera, którą wydawca magazynu Ralph Ginzburg wysłał do 12 356 psychiatrów. Wypełniło ją ponad 2 417 osób, z czego 1 189 z nich stwierdziło, że Goldwater nie nadaje się na urząd, co Ginzburg zapisał dużą czcionką na okładce *Fact*. Psychiatrzy opisywali Goldwatera m.in. jako osobę z zaburzeniami osobowości lub psychozą, kilku uznało go za „poważnie paranoicznego” i „wrażliwego na punkcie swojej męskości”. Goldwater otrzymał odszkodowanie w wysokości 75 tys. dolarów (Martin-Joy, 2015). Kluczowym dowodem w sprawie Goldwatera było zignorowanie przez *Fact* listu od Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego ostrzegającego na podstawie *The Principles of Medical Ethics. With Annotations Especially Applicable to Psychiatry*, że – biorąc pod uwagę, iż psychiatrzy mają obowiązek uczestniczyć w działaniach przyczyniających się do poprawy społeczności i zdrowia publicznego – wszelkie diagnozy, które nie są efektem osobistego diagnozowania i uzyskania na to zgody, są nieważne (U.S. Supreme Court, 1966). Później Komisja Etyki Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego rozszerzyła swoją interpretację, stwierdzając, że zakaz zaocznej diagnozy ma zastosowanie także do publicznej opinii zawodowej (APA, 2017b). Stanowisko to podzieliło również Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, choć Kodeks Etyczny APA nie zawiera takiego wyraźnego zakazu. W 2016 roku ówczesna prezes Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego Susan H. McDaniel opublikowała list w *The New York Times*, w którym przedstawiła swoją opinię i interpretację obowiązującego kodeksu etycznego w sprawie „Reguły Goldberga” (McDaniel, 2016).

W związku z wyborem Donalda Trumpa na kadencję 2017–2021 pojawiły się pytania o jego stan umysłowy. W grudniu 2017 roku profesor psychiatrii sądowej Bandy X. Lee na prośbę kilkunastu kongresmanów dokonała nieoficjalnej diagnozy jego stanu psychicznego. Uznała, że może zagrażać bezpieczeństwu kraju i zaleciła badania kliniczne. W październiku 2017 roku

opublikowała pod swoją redakcją pierwsze wydanie książki (Lee, 2017), w której przedstawiono także inne diagnozy psychologów i psychiatrów, niekorzystne dla Prezydenta. Autorzy twierdzą, że prezydentura Trumpa stanowi sytuację nadzwyczajną, która nie tylko umożliwia psychiatrom w Stanach Zjednoczonych podniesienie alarmu, ale wręcz tego wymaga. W prasie pojawiły się głosy, że Trumpa cechują narcyzm i zaburzenia antyspołeczne (Talmadge i Blotcky, 2020), co oczywiście nie oznacza istnienia u niego choroby psychicznej (Frances, 2017). Wątpliwości etyczne ponownie pojawiły się w kontekście opiniowania bez badania zgodnego ze standardami „Reguły Goldwatera”.

Od początku reguła ta budziła wątpliwości (Kroll i Pouncey, 2016). Na pytanie, czy psychiatrzy powinni spekulować w prasie lub mediach społecznościowych na temat swoich zaocznych diagnoz, nie ma jasnej odpowiedzi (Gartner i in., 2018). Z jednej strony ryzyko ostrzeżenia o obawach dotyczących osób publicznych jest nadrzędne wobec obowiązku zachowania poufności. Z drugiej wykracza to poza etyczne kompetencje praktyki psychiatrycznej. Wskazuje się, że „Reguła Goldwatera” zmusza psychiatrów do zaniedbywania zgodnego z własnym sumieniem obowiązku dzielenia się swoją wiedzą z innymi obywatelami. Pojawiają się też głosy o wewnętrznej niespójności – gdyby traktowałoby się ją dosłownie, to przed przygotowaniem opinii (na podstawie udokumentowanych danych) trzeba byłoby mieć zgodę osoby diagnozowanej, a więc zawrzeć kontrakt zakładający poufność takiej opinii (Kroll i Pouncey, 2016). Być może ta reguła była nadmiarową, reaktywną odpowiedzią organizacji zawodowych w USA. Można odnieść też wrażenie, że ma ona mniejsze znaczenie dla opinii psychologicznych niż diagnoz psychiatrycznych (Lilienfeld i in., 2018; McLoughli, 2022). W badaniach zasad etycznych 44 krajowych organów EPA (European Psychiatric Association) wykazano, że w większości nie ma jasnych odniesień do sytuacji, które są objęte „Regułą Goldwatera” (Smith i in., 2023).

W Polsce kwestia profilu psychologicznego i zdrowia psychicznego polityków także budziła zainteresowanie, zarówno osób niebędących psychologami, jak i psychologów czy psychiatrów (Gorbaniuk i in., 2010). Marek Migalski (2016), politolog i publicysta, zamieścił psychologiczny portret Jarosława Kaczyńskiego, stwierdzając: „państwo polskie znajduje się obecnie w faktycznym władaniu człowieka o dziwnej, być może z punktu widzenia psychiatrycznego chorobowej, osobowości [...] Uzależnił on od siebie prezydenta, [panią – przyp. W.J.P.] premier oraz większość parlamentarną.

Władza umysłami dużej części publicystów. De facto kieruje polityką Rzeczpospolitej”. CBOS (2011) przeprowadziło badanie dotyczące opinii na temat Donalda Tuska, w którym stwierdzono, że „jest [on] politykiem postrzeganym niejednoznacznie [...] z jednej strony portret człowieka wyraźnie zdolnego zjednywać sobie sympatię ludzi i obdarzonego wieloma atrakcyjnymi społecznie cechami, z drugiej – polityka i szefa rządu niespełniającego oczekiwań, jakie z nim wiązano [...] Prawie połowa badanych zarzuca premierowi, że nie rozumie problemów zwykłych ludzi i nie obchodzi go los przeciętnych obywateli (49%). Tyle samo osób jest zdania, że Donald Tusk uchyla się od rozwiązywania najważniejszych problemów kraju i nie potrafi podejmować trudnych decyzji [...] głównym, najbardziej widocznym mankamentem społecznego wizerunku premiera Donalda Tuska jest mała wiarygodność jego wypowiedzi i przypisywana mu niesłowność”.

W czasopiśmie *Charaktery* opublikowano wywiad z Józefem Gierowskim pt. *Polityczna paranoja* (Krzemionka-Brózda, 2015). Powiedział w nim m.in.: „[...] Wielokrotnie słuchając tego, co mówią politycy, nie mogłem się oprzeć pokusie postawienia jakiejś prostej diagnozy psychopatologicznej. [...] Często spotykana wśród polityków jest osobowość narcystyczna [...]”. W tygodniku *Do Rzeczy* psychiatra Łukasz Święcicki udzielił wywiadu zapowiedzianego na okładce nagłówkiem *PiS-obłąd. Jak miliony Polaków wpadły w jego sidła*. I tu rzecz dotyczy „zaocznej diagnozy” psychiatrycznej – tym razem nie pojedynczych osób, ale zbiorowości. Jak stwierdził Święcicki (Leśniewski, 2016): „Jest coś takiego jak obłąd udzielony, z francuskiego – *folie a deux*. Czyli stan, w którym innym osobom udziela się urojeniowy pogląd na sytuację. I rzeczywiście wydaje mi się, że teraz coś takiego obserwuję. [...]”. W odpowiedzi środowisko psychiatrów opublikowało list otwarty 23 lekarzy-psychiatrów (b.a. 2016), w którym napisali m.in.: „Psychiatra nie może diagnozować osób na podstawie pojedynczych wypowiedzi, nieetyczne jest także diagnozowanie osób, które nie zgłosiły się celem otrzymania diagnozy. [...] Bardzo niepokojący jest także ton, z jakim profesor Święcicki odnosi się do stosowania elektrowstrząsów, sugerując, że mogłyby być używane w celu zmiany poglądów politycznych u jego przeciwników”. W tej sprawie także opublikowano w Internecie oświadczenie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Rajewski, 2016), w którym stwierdzono: „[...] psychiatra nie powinien publicznie czynić aluzji do psychopatologii komentując poglądy polityczne czy sympatie partyjne innych osób, sprzeczne z własnymi poglądami. [...] absolutnie niedopuszczalne jest sugerowanie, że wobec prezentującej

odmienne poglądy polityczne grupy osób można zastosować leczenie (cyt.: «najlepsze byłyby elektrowstrząsy»). [...] Nie jest dopuszczalne, aby psychiatra korzystając z przewagi jaką daje mu wiedza medyczna i doświadczenie, używał tych dóbr w celu publicznego demonstrowania swych antypatii albo pozwalając na to dziennikarzowi”. W majowym numerze czasopisma *Do Rzeczy* Świącicki (b.a., 2016) odpowiedział: „Nie zgadzam się z doborem okładki i śródtytułów dokonanych przez Redakcję pisma, na dobór ten nie miałem żadnego wpływu, a moim zdaniem sugeruje on zupełnie nietrafnie moje intencje. Nie było moją intencją twierdzenie, że osoby o innych poglądach politycznych są chore psychicznie. W żadnym wypadku nie sugerowałem, aby osobom o innych poglądach wykonywać elektrowstrząsy. [...] Jedynym celem mojej wypowiedzi było zwrócenie uwagi na to, że niektóre nieodpowiedzialne wypowiedzi polityków mogą wywierać zły wpływ na osoby o wrażliwej psychice”. W wywiadzie prof. Bogdan Jerzy de Barbaro (M. Mazurek, 2017) skomentował takie diagnozowanie w następujący sposób: „[...] Paradoks polega na tym, że w mediach diagnozy psychiatryczne politykom wystawiają pisarze, celebryci, czasem politycy sobie nawzajem. Im wolno. A ci, którzy – wydawałoby się – mogliby to zrobić najbardziej fachowo, nie powinni”. Zgadzając się z przytoczonym poglądem, wskazać należy na jeszcze jeden ważny aspekt – psychiatra czy psycholog, diagnozując bez osobistego badania, zarówno uwiarygadnia takie „diagnozy”, jak i utwierdza odbiorców takich komunikatów, że jest to postępowanie „fachowe”, oraz buduje negatywny stereotyp zawodu (Mcia, 2016).

Czasami efekt społecznego oddziaływania psychologii bywa paradoksalny: leżące u podstaw badań naukowych moralne intencje kłócą się z ich społecznym zastosowaniem, nawet wbrew zamierzeniom autorów informacji, na których się opierają. Klasycznym przykładem zastosowania wiedzy psychologicznej do niemoralnych działań jest wykorzystanie badania sprawności intelektualnej w celach eugenicznych. Według twórcy tego terminu Francisa Galtona „eugenika jest nauką zajmującą się wszystkimi wpływami, które mogą poprawić oraz rozwinąć najkorzystniej dla społeczeństwa wrodzone właściwości rasy” (Zabłotniak, 1971), a jej celem jest zwiększenie pożądanych cech w populacji ludzkiej poprzez selektywną hodowlę (zgodnie z tezą „państwo jest najwyższym hodowcą”). Eugenicy uważali, że inteligencja jest uwarunkowana pojedynczym „genem inteligencji”, niezmienna, a jednocześnie związana z sukcesem społecznym i finansowym oraz niezbędna do posiadania moralnego osądu. W roku 1904 francuskie Towarzystwo

Badań Dzieci i Ministerstwo Edukacji poprosiło psychologa Alfreda Bineta (dyrektora laboratorium psychologicznego na Sorbonie) o opracowanie testu sprawności umysłowej. Binet zajmował się (wraz z lekarzem Teodorem Simonem) badaniami kraniometrycznymi, zainspirowany badaniami antropologa Paula Broca, który twierdził, że inteligentniejsi ludzie mają większe głowy. Test powstał po wprowadzeniu przez francuski rząd prawa nakazującego powszechną edukację. Celem tego testu miało być wyszukiwanie w szkołach podstawowych uczniów, którzy wymagają szczególnej pomocy w nauczaniu, w formie zbliżonej do współczesnych klas wyrównawczych. Założenie Bineta było takie, że słaby wynik IQ nie wskazuje na niemożność osiągnięcia dobrych wyników w nauce, lecz osoby takie wymagają dodatkowej, specjalistycznej pomocy i wsparcia w procesie edukacji, zatem nie powinny być uznawane za chore i wysyłane do przytułku. Binet ponadto uznał, że kluczową zdolnością intelektualną jest umiejętność dokonywania sądów, którą określał jako zdrowy rozsądek. Uważał, że myślenie osób inteligentnych charakteryzuje się ukierunkowaniem i planowaniem, dostosowaniem do specyfiki zadania oraz refleksją i kontrolą oraz że inteligencja kształtowana jest środowiskowo. Początkowo dzieci rozwiązywały testy o różnym stopniu trudności. W 1908 roku zestaw pytań został zmieniony i odpowiednie zadania przyporządkowano do konkretnego wieku. W ten sposób można było określić, czy dziecko potrafi rozwiązać te zadania, które powinno w obecnym momencie swojego rozwoju. Binet tym samym wprowadził pojęcie wieku umysłowego (rozwojowy poziom inteligencji).

W roku 1912 niemiecki psycholog William Stern (profesor Uniwersytetu Wrocławskiego i Uniwersytetu w Hamburgu) określił poziom inteligencji jako iloraz wieku umysłowego i wieku życia pomnożony przez 100 (Strelau i Zawadzki, 2008). Amerykański psycholog Henry Goddard interesował się „ułomnością umysłową” i jej dziedziczeniem. Jest autorem książki *The Kallikak Family: A Study in the Heredity of Feeble-Mindedness* wydanej w 1912 roku (Gelb, 1986). Przetłumaczył on w 1908 roku test Bineta-Simona i w 22 tys. kopii rozesłał go po USA. Zaprezentował go prorokowi amerykańskiego ruchu eugenicznego i Eugenika Record Office (ERO; biuro gromadzące dane o osobach upośledzonych umysłowo) Charlesowi Davenportowi. Zaproponował on, by stosować – zamiast badań lekarskich – testy inteligencji w celach selekcjonowania imigrantów opóźnionych umysłowo. W związku z tym umówił Goddarda na spotkanie z komisarzem ośrodka Williamem Williamsem na wyspie Ellis. Kilukrotnie badania małych próbek emigrantów nie pozawalały,

zdaniem Goddarda, na wyciąganie praktycznych wniosków. Ostatecznie Goddard przedstawił wyniki na konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1916 roku, a następnie opublikował je w następnym roku w *The Journal of Delinquency* (Goddard, 1917). Artykuł ten stał się powszechnie znany i poddany sprzecznym interpretacjom pro- i antyeugenicznym (Gelb, 1986). Trudności w jednoznacznym ustaleniu intencji Goddarda wynikały ze sprzecznych stwierdzeń w samym artykule. Z jednej strony uznał on (Goddard, 1917), że „trudno uciec od przekonania, że inteligencja przeciętnego imigranta «trzeciej klasy» jest niska, być może na poziomie kretyna” (s. 243), a z drugiej pisał: „Nie jest to badanie dotyczące imigrantów w ogóle, ale sześciu niewielkich, starannie dobranych grup, [...] z których wszystkie przybyły na Ellis Island jako pasażerowie trzeciej klasy” (s. 243). Ponadto argumentował: „Zakładając, że są oni kretynami, nasuwają się dwa praktyczne pytania: po pierwsze, czy jest to wada dziedziczna, czy też wada wynikająca z niedostatku? Jeśli to drugie, co wydaje się prawdopodobne, nie ma powodu do obaw o dzieci. Nawet jeśli to pierwsze, nadal możemy zadawać sobie pytanie, czy nie moglibyśmy zatrudniać kretynów, gdybyśmy byli na tyle mądrzy, aby odpowiednio ich wyszkolić” (s. 243). Ta publikacja stała się jedną z przesłanek do uchwalenia Ustawy imigracyjnej w 1924 roku i wprowadzenia systemu kwot proporcjonalnych do składu etnicznego USA według spisu ludności z 1890 roku, czyli 11,2% dla emigrantów z krajów Europy Środkowej, Wschodniej i Południowej (Gawin, 2015; Grygorczuk, 2008; Ryan, 1997).

Innym przykładem jest wykorzystanie orzeczeń o opóźnieniu umysłowym lub chorobie neurologicznej, opartych m.in. na testach psychologicznych, do kierowania pacjentów w Wirginii do sterylizacji w stanowym szpitalu, zgodnie z Ustawą o sterylizacji z 1924 roku. Sąd Najwyższy uznał ustawę za zgodną z konstytucją i stała się ona podstawą przepisów dotyczących sterylizacji w innych stanach. Po wydaniu takiego orzeczenia sterylizacja kobiety lub mężczyzny była dokonywana w ciągu 30 dni. Działanie to bazowało na opisanym wcześniej założeniu, że niesprawność intelektualna ma charakter dziedziczny. W latach 1924–1979 w stanie Wirginia na mocy tego prawa zostało wysterylizowanych łącznie 7 325 osób. Około 62% z nich stanowiły kobiety (Kaelber, 2012). Państwowy program sterylizacji najdłużej realizowany był w Szwecji – na podstawie prawa sterylizacyjnego obowiązującego w latach 1934–1975 sterylizowano m.in. osoby, które mogłyby przekazać potomstwu chorobę fizyczną, umysłową lub inne ograniczenie umysłowe (Wikipedia, 2024a; Zaremba Bielawski, 2014).

Jeszcze innym, podobnym przypadkiem jest rutynowe stosowanie przez służby ochrony dzieci na Grenlandii wobec rdzennych Inuitów psychometrycznych testów „kompetencji rodzicielskich” (duń. *forældrekompetenceundersøgelse*, FKU). Test dyskryminuje rodziców z grenlandzkiej mniejszości Eskimosów w Danii, która obecnie liczy ok. 17 000 osób, ponieważ nie uwzględnia odmiennych norm kulturowych i społecznych oraz barier językowych (Bryant, 2024). Opinie na podstawie wyników tych testów w skrajnych przypadkach mogą przyczynić się do przymusowego odebrania dziecka (Marsden, 2025). Instytucje ochrony praw człowieka od dawna krytykowały je jako kulturowo nieodpowiednie dla Grenlandczyków i innych mniejszości w Danii, która niegdyś rządziła wyspą jako kolonią oraz nadal kontroluje jej politykę zagraniczną i bezpieczeństwa. Na mocy konstytucji duńskiej z 1953 roku Grenlandia jest integralną częścią Królestwa Danii, posiadającą od 1979 roku szeroką autonomię. Sprawa Inuitów stała się głośna z powodu deklaracji prezydenta USA Donalda Trumpa o możliwości siłowego przejścia Grenlandii z powodu jej kluczowego znaczenia dla bezpieczeństwa narodowego USA. Duński rząd zapowiedział, że nie będzie już stosował FKU w sprawach dotyczących rodzin grenlandzkich (Baron-Jaworska, 2021).

2.4 ETYCZNE PROBLEMY W POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPII

Punktem wyjścia do rozważań w tym podrozdziale jest zdefiniowanie indywidualnej interwencji psychologicznej. Może ona przyjmować formę psychoterapii lub pomocy psychologicznej i poradnictwa. W dalszej części zanalizowano etyczne aspekty relacji między psychologiem a klientem, podkreślając asymetrię kompetencji i odpowiedzialności. Omówiono ryzyko paternalizmu i naruszania autonomii klienta w różnych formach interwencji psychologicznej. Przedstawiono etyczne aspekty kontraktu psychotherapeutycznego. Ponadto wskazano na wąskie, egoistyczne definiowanie dobra odbiorcy. Problem ten skonfrontowano ze stosowaniem terapii awersyjnych. Szczególną uwagę zwrócono na problematykę granic zawodowych, w tym łączenie ról i nawiązywanie relacji seksualnych z klientami. Poruszono również problem samokierowania jako kryterium zakończenia pomagania czy psychoterapii. Omówiono także wyzwania etyczne związane z wykorzystaniem sztucznej inteligencji w psychologii oraz kwestię światopoglądowej neutralności psychoterapeuty, przywołując przykłady organizacji psychologów

o określonej orientacji religijnej. Zanalizowano przykład nienaukowej psychoterapii i wynikające z tego zagrożenia etyczne.

2.4.1 Indywidualna interwencja psychologiczna

Analizując etyczne aspekty kolejnego obszaru zawodowych działań psychologów, zaczniemy od definicji. Zasadniczo indywidualna interwencja psychologiczna to intencjonalne działanie podejmowane wobec osoby (lub osób) zgłaszającej się z powodu doświadczanego dyskomfortu, w celu zmiany tej sytuacji. Działanie to jest planowane przez osobę odpowiednio wykształconą, która korzysta z wiedzy operacyjnej (teoretycznej) i pragmatycznej (opartej na doświadczeniu). Istotą indywidualnej interwencji psychologicznej jest posługiwanie się różnymi formami oddziaływań psychospołecznych z wykorzystaniem mechanizmów psychologicznych w ramach relacji interpersonalnej. Celem interwencji jest zmiana (także w celach profilaktycznych) procesów psychicznych i funkcjonowania, lepsze przystosowanie się do danej sytuacji, a tym samym optymalizacja zasobów osobistych pacjenta. Zmiana ma umożliwić zrealizowanie zachowań z wykorzystaniem odzyskanych umiejętności, albo – częściej – wprowadzenie nowych zachowań, do których jednostka nie jest zdolna samodzielnie ani wyłącznie na podstawie swoich dotychczasowych możliwości. Profesjonalista generuje tę zmianę, ale jest ona głównie efektem własnej aktywności podmiotu oddziaływań (Paluchowski, 2007, 2017a, 2023a). Indywidualna interwencja psychologiczna może przyjąć formę psychoterapii, pomocy psychologicznej lub poradnictwa.

Psychoterapia jest (Norcross, 1990, za: Mizerska i in., 2019) świadomym i zamierzonym zastosowaniem metod klinicznych i oddziaływań interpersonalnych pochodzących ze sprawdzonych twierdzeń nauk psychologicznych, w celu towarzyszenia ludziom przy modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych. Celami psychoterapii są: zmniejszenie nasilenia objawów zaburzeń psychicznych lub ich usunięcie, wspomaganie, ochrona i stabilizacja zdrowia psychicznego, przywrócenie zdolności do pracy, przepracowanie różnego rodzaju kryzysów i trudności, przywrócenie zdolności do przeżywania, kontaktowania się, odczuwania nadziei i umiejętności cieszenia się życiem, rozwój lub integracja osobowości uczestników psychoterapii w kierunku lepszej adaptacji i realizacji swoich celów życiowych, poszerzenie świadomości dotyczącej własnego funkcjonowania oraz poprawa jakości życia (Mizerska i in., 2019). W publicznej dyskusji

zaznacza się, że tak szeroka definicja wzbudza niepokój i może stwarzać zagrożenie dla pacjentów (Wykowski, 2024, 2025).

Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego psychoterapia to celowe i planowane oddziaływania psychologiczne, zmierzające do złagodzenia lub usunięcia objawów zaburzenia oraz do poprawy funkcjonowania psychicznego i społecznego, wspierające dążenia jednostki lub rodziny do zdrowia i rozwoju, kierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi (Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, art. 5. 2.). Według słownika terminów psychologicznych (Reber, Reber, 2005, s. 631) psychoterapia to „w najbardziej ogólnym sensie zastosowanie każdej metody, która ma łagodzące lub lecznicze oddziaływanie na wszelkie zaburzenia psychiczne, emocjonalne lub na zachowania. W takim znaczeniu termin ten jest neutralny w stosunku do teorii leżącej u jego podstaw, zastosowanych metod lub formy i czasu trwania terapii. Jednakże w praktyce mogą mieć miejsce kwestie prawne i zawodowe⁴⁰. W literaturze specjalistycznej termin ten jest prawidłowo używany jedynie wówczas, gdy psychoterapię wykonuje osoba o odpowiednim szkoleniu, stosująca ogólnie przyjęte metody”. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne definiuje psychoterapię jako rodzaj leczenia, które może pomóc osobom doświadczającym różnorodnych schorzeń psychicznych i wyzwań emocjonalnych. Okoliczności, w jakich może pomóc psychoterapia, obejmują radzenie sobie ze stresującymi wydarzeniami żywotnymi, wpływ traumy, choroby medycznej lub straty, takiej jak śmierć bliskiej osoby; oraz określone warunki zdrowia psychicznego, takie jak depresja lub lęk. Psychoterapia może być stosowana w połączeniu z lekami lub innymi metodami leczenia (Bhatia, 2023).

Psychoterapia może przyjmować też inne formy, takie jak interwencja kryzysowa, psychoterapia krótkoterminowa itp. Interwencja kryzysowa to intensywna pomoc np. w sytuacji rozważania samobójstwa, doświadczenia przestępstwa, śmierci bliskiej osoby, udziału w wypadku lub katastrofie, przemocy fizycznej i psychicznej czy przemocy seksualnej. Odbiorcą tych działań mogą być zarówno jednostki, jak i grupy, a nawet całe społeczności. Spotkania

⁴⁰ Znajduje to swój obraz w dyskusjach na temat ustawy o zawodzie psychoterapeuty (<https://alertmedyczny.pl/pttpb-przeciw-ustawie-o-zawodzie-psychoterapeuty-krytyczna-analiza-projektu/>, dostęp: 15.12.2025, <https://gazetalekarska.pl/lekarze-ostro-o-projekcie-ustawy-dotyczacej-psychoterapeutow/>, dostęp: 15.12.2025, <https://www.termedia.pl/prawo/Dyskusji-o-zawodzie-psychoterapeuty-ciag-dalszy,63358.html>, dostęp: 15.12.2025 oraz Łuczak-Wawrzyniak, 2024).

z psychologiem dają wsparcie emocjonalne i poczucie bezpieczeństwa, a także redukują lęk w trudnych sytuacjach życiowych i pomagają w rozwijaniu umiejętności samodzielnego radzenia sobie i poczucia sprawczości, a dzięki temu zapobiegają przejściu reakcji kryzysowej w stan chroniczny. W działaniach wykorzystuje się zasoby osoby w kryzysie, jej otoczenia społecznego oraz instytucji pomagających. Głównie realizowana jest ona w stylu dyrektywnym, ale wykorzystuje się także podejście współpracujące i niedyrektywne (Gilliland i James, 2008). Terapia krótkoterminowa zazwyczaj odbywa się w ograniczonym czasie oraz koncentruje się na jednym sprecyzowanym celu i jego doraźnych rozwiązaniach lub znalezieniu nowych, bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie, a nie na ogólniejszych problemach i dysfunkcjach odbiorcy usługi psychologicznej (Rakowska, 2000).

Psychoterapia różni się od innych form pomocy, m.in. takich jak konsultacje i porady psychologiczne, psychoedukacja czy warsztaty umiejętności społecznych (Mizerska i in., 2019). Jerzy Aleksandrowicz (2000, 2004, 2017; Morasiewicz, 2007; Paluchowski, 2023) zaproponował podział oddziaływań psychospołecznych na terapeutyczne interwencje psychologiczne adresowane do osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych (akceptujących społeczną rolę chorego i pacjenta) i pomaganie kierowane do osób bez takich zaburzeń. Ten pierwszy rodzaj interwencji to forma leczenia zaburzeń zdrowia środkami niefarmakologicznymi (ang. *talking therapy*), których celem jest usunięcie objawów i przyczyn zaburzeń doświadczania oraz zachowania. Obszarem działania podczas psychoterapii (zwanej też medyczną czy kliniczną) jako metody z wyboru jest leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego opisanych w podręcznikach diagnostycznych (ICD, DSM). Dla niektórych osób stanowi to wąskie rozumienie pojęcia psychoterapii. Może mieć ona postać psychoterapii indywidualnej, rodzinnej lub grupowej.

Druga forma interwencji wobec osób bez zaburzeń zdrowia psychicznego (nazywana też psychoterapią skierowaną na rozwój lub psychoterapią psychologiczną) obejmuje specyficzne pomaganie ludziom w trudnych sytuacjach życiowych, samorozwoju, uzyskaniu większej wiedzy o sobie, poprawie funkcjonowania psychospołecznego i zwiększeniu umiejętności radzenia sobie, w celu i zakresie określanym przez osobę zainteresowaną (Aleksandrowicz, 2000, 2004, 2017; Paluchowski, 2023). Jak pisze Aleksandrowicz (2004), ważne jest „rozróżnienie między oddziaływaniami psychospołecznymi, mającymi na celu leczenie, a tymi, których celem jest udzielanie pomocy. Tylko dla pierwszych właściwa jest nazwa «psychoterapia», zgodnie ze znaczeniem

słowa «terapia», dla tych drugich właściwsze wydaje się określenie «pomoc psychospołeczna» (s. 22).

W badaniach 30 praktyków pracujących w poradniach psychologicznych, realizowanych za pomocą analizy dyferencjału semantycznego przestrzeni semantycznej terminu „wsparcie psychologiczne” (Jaroszewski, 2014), wykazano, że jego konotacje są zbliżone do tych związanych z opiekuńczym rodzicem, który budzi zaufanie. Porównując profile semantyczne pojęcia „wsparcie psychologiczne” oraz innych bliskoznacznych pojęć, jak „poradnictwo psychologiczne” i „psychoterapia” (Jaroszewski, 2014), nie stwierdzono żadnej statystycznie istotnej różnicy konotacji terminów „wsparcie psychologiczne” i „poradnictwo psychologiczne” (kojarzonych z krótkotrwałym wspieraniem kogoś), natomiast dowiedziono, że różniły się w porównaniu związku obu terminów z pojęciem „psychoterapia” (kojarzonym z trwającym dłużej leczeniem). „Poradnictwo psychologiczne” w porównaniu z „psychoterapią” widziane jest jako interwencja wymagająca relatywnie mniejszego zaangażowania emocjonalnego i empatii osoby udzielającej pomocy (Jaroszewski, 2014).

Pomoc psychologiczna może przyjmować formę szeroko i wąsko rozumianego udzielania pomocy oraz porad na podstawie wiedzy psychologicznej oraz przy użyciu narzędzi psychologicznych. Szeroko rozumiane poradnictwo psychologiczne jest „profesjonalną pomocą osobom zdrowym, które nie radzą sobie z zaspokajaniem swoich potrzeb i realizowaniem zadań rozwojowych albo potrzebują pomocy w doskonaleniu swoich umiejętności koniecznych do realizacji ich potrzeb [...]”. Głównym zadaniem poradnictwa jest odwoływanie się do zasobów (mocnych stron) osoby doświadczającej dys stresu psychicznego w okresach przełomów rozwojowych, osobistych wyzwań czy życiowych kryzysów” (Czabała i Kluczyńska, 2015, s. 32). Poradnictwo psychologiczne to: identyfikacja doświadczanych problemów, wgląd w ich przyczyny oraz identyfikacja czynników podtrzymujących problem, pomoc w rozwiązywaniu normatywnych reakcji kryzysowych, asystowanie ludziom w procesie podejmowania ważnych decyzji życiowych, doskonalenie własnych silnych stron oraz doskonalenie samego siebie (Czabała, 2016; Czabała i Kluczyńska, 2015, s. 33). Amerykańskie Towarzystwo Poradnictwa (American Counseling Association) opisuje poradnictwo (ang. *counseling*) jako profesjonalną pomoc dla jednostek, rodzin i grup w warunkach bezpiecznych, poufnych i pozytywnych relacji w uzyskiwaniu wglądu w doświadczane problemy, opracowywanie strategii realnych rozwiązań osobistych problemów i wyzwań oraz sugerowanie narzędzi i technik, które przyniosą korzyści klientom (ACA,

2025). Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego poradnictwo psychologiczne to profesjonalna pomoc w radzeniu sobie z problemami osobistymi, w tym emocjonalnymi, behawioralnymi, zawodowymi, małżeńskimi, edukacyjnymi, rehabilitacyjnymi i związanymi z aktualnym etapem życia na podstawie aktywnego słuchania, doradztwa, dyskusji, wyjaśniania i wyników testów (APA, 2018).

Istnieją też formy poradnictwa psychologicznego obejmujące węższe obszary, np. poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne czy doradztwo zawodowe. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne diagnozują dzieci i młodzież oraz wydają opinie i orzeczenia dotyczące kształcenia i wychowania, udzielają pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu, udzielają rodzicom i nauczycielom bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej związanej z wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży, realizują zadania profilaktyczne, a także wspierają wychowawczą i edukacyjną funkcję przedszkola i szkoły w rozwiązywaniu problemów dydaktyczno-wychowawczych. Ich działalność jest regulowana rozporządzeniami Ministerstwa Edukacji Narodowej (2018a). Doradztwo zawodowe to krótkotrwała pomoc psychologiczna polegająca na wsparciu zarówno podczas wyboru swojej dalszej ścieżki kształcenia, jak i w rozwoju kariery czy planowaniu zmiany pracy. Kluczowe rozwiązania z zakresu doradztwa zawodowego na poszczególnych etapach kształcenia w systemie oświaty określa art. 26a Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku – Prawo oświatowe (Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2018b). Planowanie kariery to z kolei proces identyfikowania zainteresowań oraz własnych mocnych stron, kompetencji i predyspozycji oraz dopasowywanie ich do wymagań rynku pracy. Przedmiotem porad są także zakłócenia równowagi między pracą a życiem osobistym. Formą doradztwa zawodowego jest również coaching osobisty, którego celem jest inspirowanie i motywowanie (Szac-Krzyżanowska, 2020).

2.4.2 Asymetria relacji psycholog – odbiorca i jej konsekwencje

Relacja między psychologiem a odbiorcą jest z natury asymetryczna pod względem kompetencji, położenia, a co za tym idzie, odpowiedzialności (konsekwencji) i kontroli treści relacji. Biorąc ten aspekt pod uwagę, warto zauważyć, że obie formy interwencji – psychoterapia i poradnictwo – różnią się nasileniem rozbieżności kompetencji w relacji. W przypadku psychoterapii silniejsza asymetria wynika z większej wiedzy medycznej jednej ze stron. Można w związku z tym powiedzieć, że podporządkowanie się pacjenta bardziej

wynika z jego wiary (w psychoterapeutę i/lub posiadane informacje) niż wiedzy. Inaczej jest podczas udzielania pomocy oraz porad osobom bez zaburzeń zdrowia psychicznego. Tu większą rolę odgrywają potrzeby oraz życzenia klienta⁴¹. W przypadku pomagania wydaje się słuszne przekonanie, że decyzje dotyczące sposobu i zakresu pomagania zawsze powinny należeć przede wszystkim do klienta, bo zarówno jego motywacja, jak i poziom współpracy silniej determinują efekty udzielanej pomocy oraz to odbiorca bezpośrednio ponosi konsekwencje zawodowych działań psychologa (asymetria odpowiedzialności).

Interwencja psychologiczna, oparta na zgodzie na naruszanie praw jednostki, może nieintencjonalnie naruszać jej prawa do intymności, prywatności, poufności, tajemnicy osobistej i autonomii (Śliwińska, 2019). Klient powierza specjalście informacje o swoim życiu prywatnym, a psycholog dostaje przyzwolenie na ingerencję w sposób jego funkcjonowania. Odbiorca usługi psychologicznej zrzuca się części swoich praw, oddając się w ręce specjalisty, co stwarza ryzyko nadużycia wyrażonej na to zgody. Reasumując wcześniejsze ogólne rozważania na temat dobra klienta i paternalizmu, należy podkreślić, że przyjmując dobro odbiorcy jako cel działania psychologa, ważne jest uwzględnianie sposobów jego realizacji, bo to on ograniczy paternalizm decyzji psychologa. Jest bowiem tak, że gdy jako cel działania psychologa stawia się dobro, to z powodu asymetrii kompetencji owo dobro definiuje specjalista, co czyni tę relację paternalistyczną. Gdy pierwszeństwo przed dobrem ma autonomia, to relacja opiera się na zasadach partnerskich, kontraktowych (Boratyńska, 2012). Różne formy pomocy psychologicznej i różne nurty psychoterapeutyczne można umieścić na dymensji paternalizm (autorytaryzm, dyrektywność) vs niedyrektywność (partnerstwo)⁴². Jednak żadne z tych podejść nie odnosi się do skrajnego jednostronnego definiowania indywidualnego dobra czy interesu oraz wskazywania konkretnej drogi do jego osiągnięcia (często wspierając egoizm odbiorcy).

Tak jak opiniowanie oraz orzekanie z założenia naruszają prywatność i intymność osób, tak interwencja psychologiczna narusza ich autonomię. Formą ograniczania autonomii jednostki są działania terapeuty na podstawie arbitralnego zdefiniowania jej dobra (paternalizm). Drugą formą dominacji

⁴¹ Jednak wśród różnych form pomocy psychologicznej zdecydowanie bardziej dyrektywne niż inne formy pomagania jest np. poradnictwo zawodowe.

⁴² Innym, niezależnym wymiarem jest pasywność vs aktywność specjalisty.

jest narzucanie przez specjalistę rozwiązań, planu ich realizacji i uzasadnień tych działań oraz zewnętrzne motywowanie (dyrektywność). Często oba te aspekty naruszania autonomii określa się syntetycznym terminem „paternalizm” (Paluchowski, 2023). Istnieje słaba (miękką, umiarkowaną) i mocna (twarda, radykalna) forma paternalizmu. W odniesieniu do tej ostatniej można wskazać paternalizm upoważniony i nieupoważniony (Lang, 2006).

Różne nurty psychoterapii, podobnie jak różne formy pomocy psychologicznej, różnią się poziomem dyrektywności (Opoczyńska-Morasiewicz i Morasiewicz, 2015). Także pacjenci czy klienci różnią się pod względem poszukiwania i akceptacji paternalizmu. Paternalizm etymologicznie nawiązuje do postawy ojca rodziny, który troszczy się o jej dobro bez uwzględniania zdania jej członków w sprawie tego dobra. Jednak gdy działania takie podejmowane są w stosunku do osób dorosłych, ocenia się je negatywnie i to niezależnie od pozytywnego efektu. W modelu paternalistycznym specjalista – nie ufając odbiorcy – podejmuje samodzielnie decyzję, jaki sposób rozwiązania problemu odbiorcy usługi pomocowej jest najodpowiedniejszy, a następnie przekazuje mu wybrane informacje oraz przekazuje go do wyrażenia zgody lub o taką zgodę nie pyta (Paluchowski, 2023).

Czy w kontekście relacji paternalizm – samostanowienie jesteśmy w stanie sprostać wyzwaniom współczesności? Postulat zwiększania wiedzy potencjalnych odbiorców usługi psychologicznej oraz kompetencji niezbędnych do krytycznego myślenia jest niewątpliwie słuszny, ale stanowi też formę zrzućania odpowiedzialności za rozwiązanie dylematu etycznego przez profesjonalistów. Tylko wspólne, refleksyjne działanie w tym wymiarze i naradzanie się mogą prowadzić do kontekstowo optymalnych rozwiązań (Jantos, 2015; Paluchowski, 2023; Stupak i Petryka, 2025; Szewczyk, 2009). Brak dyrektywności nie jest jedynie opowiedzeniem się za danym nurtem psychoterapeutycznym. Oznacza on także przyjęcie fundamentalnego dla psychologii stanowiska, że przedmiotem oddziaływań jest jednostka i że w związku z tym istotą relacji stanowi autonomia i suwerenność klienta. Niedyrektywność jest wyrazem otwartości na klienta, unikania narzucania perspektywy wszechwiedzącego specjalisty i szacunku dla dialogu (Schmid, 2013).

We wszystkich przypadkach działań pomocowych obowiązuje negocjowanie kontraktu z klientem. Wyjątkiem od tej zasady jest interwencja kryzysowa. Różne nurty terapeutyczne kładą różne akcenty na te kwestie. Zasadniczo kontrakt jest umową między psychoterapeutą a jego klientem, która określa warunki i zasady współpracy podczas procesu pomagania. Jego celem

jest zapewnienie klarownych ram dla profesjonalnego działania, budowanie zaufania i poczucia bezpieczeństwa oraz unikanie nieporozumień. Może on mieć formę ustną lub pisemną, jednak dla większego komfortu odbiorcy lepsza wydaje się forma pisemna. Może być renegotjowany w trakcie procesu terapii, jeśli zajdzie taka potrzeba. Kontrakt wprowadza wzajemne zobowiązanie dążenia do celu. Ponadto podkreśla współsprawczość odbiorcy usługi i jego partnerską rolę w relacji, określając zakresy odpowiedzialności każdej ze stron. W trakcie formułowania kontraktu wstępnie określa się problem oraz wymierny cel, odwołujący się do przyszłości (de Barbaro, 2002). Budzi to gotowość i motywację do angażowania się w przebieg procesu pomagania oraz pozwala na monitoring postępów. Oczywiście kontrakt nie jest zawierany „na zawsze”, ale może (i powinien) zmieniać się podczas procesu pomagania. Nie może też być „gorsetem” utrudniającym elastyczne reagowanie na zmiany – deregulacja to wynik wiary w człowieka.

Aby odbiorca usługi psychologicznej mógł udzielić opartej na wiedzy zgody, psychoterapeuta musi przekazać mu niezbędne informacje oraz ustalenia formalne. Kontrakt psychoterapeutyczny może zawierać następujące elementy: cel terapii, rodzaj i formy pracy, informacje o ryzyku związanym z udziałem w terapii, o technikach terapeutycznych, które będą stosowane podczas kolejnych sesji, o prawach przysługujących klientowi, o obowiązkach klienta, zasadach dotyczących tajemnicy zawodowej (w tym możliwości robienia notatek lub nagrywania treści sesji w celu ewentualnej superwizji), kwestie dotyczące wysokości wynagrodzenia oraz formy płatności, sposobu odwoływania lub przekładania sesji przez pacjenta i terapeutę oraz płatności za sesję odwołaną, czasu trwania pojedynczej sesji terapeutycznej wraz z oszacowaniem długości trwania procesu psychoterapii, wytyczne dotyczące wzajemnego kontaktowania się poza sesjami, możliwości uzyskania pomocy u przedstawicieli innego nurtu terapeutycznego niż ten, w którym pracuje dany terapeuta.

Należy jednak podkreślić, że relacja kontraktowa jest przeciwieństwem relacji bazującej na zaufaniu, przyrzeczeniu i zobowiązaniu. Kontekstem kontraktu jest branie pod uwagę – mniej lub bardziej jawnie – istnienia dwu antagonistycznych, nieufnych i podejrzliwych stron, którym chodzi o zawarcie korzystnego dla siebie kontraktu (Biesaga, 2005). Pogłębia to istniejącą asymetrię w relacji pomocowej. Konstruowanie i egzekwowanie kontraktu instytucjonalizuje wzajemną nieufność, szczególnie gdy istnieje tradycja odwoływania się do sądowych rozstrzygnięć w takich sprawach. Przy

takim dehumanizującym nastawieniu psychologowi może nie będzie zależeć na realizacji profesjonalnego zadania, ale na literalnym spełnieniu wymagań kontraktu. Za jedyne zło moralne uważa się wówczas niewystarczające przestrzeganie przyjętego kontraktu, a nie brak pomocy (Biesaga, 2005).

Podstawowym etycznym zagrożeniem w interwencji psychologicznej jest ryzyko naruszenia autonomii jednostki. Interwencja psychologiczna może prowadzić do paternalizmu w relacji zawodowej, gdzie specjalista arbitralnie definiuje dobro jednostki i narzuca rozwiązania, ograniczając jej autonomię (Paluchowski, 2023). Oczywiście poradnictwo psychologiczne, jak sama nazwa wskazuje, określa działania psychologa jako poradę, ale nawet wówczas istnieje ryzyko, że to psycholog zdefiniuje, co jest dobre dla klienta, zamiast angażować go w proces decyzyjny. Ważne, by klient miał możliwość poznawczo kontrolować realizację swojego dobra. Potencjalnie możliwe szkodenie innym osobom uzasadniane dobrem klienta stanowi wyrządzanie szkody, nawet wtedy, gdy jest to jedynie sugestia działania, a nie zalecenie. Warto też pamiętać o asymetrii odpowiedzialności – większe konsekwencje ponosi ten, komu się radzi, niż ten, kto tych rad udziela. Jednocześnie łatwo myśleć, że wszystko się wie, gdy nie ponosi się ostatecznej odpowiedzialności za skutki rad. Psycholog powinien wносить w relację zawodową wiedzę specjalistyczną, nie swoje osobiste życiowe doświadczenia.

Jeśli dobro jednej osoby pociąga za sobą potencjalne krzywdzenie drugiej, to takie rozwiązanie problemu klienta wymaga moralnej refleksji. Można bowiem albo przyjąć (Melonowski, 2019), że dobro ma charakter uniwersalny i pozakontekstowy (i tak ujmowane jest w ramach tzw. etyki sprawiedliwości), albo uznać, że ma ono charakter indywidualny, zależny od kontekstu relacji i wzajemny (jak rozumiane jest to w kontekście tzw. etyki troski). W odniesieniu do etyki troski ocena czynienia dobra nie jest więc absolutna, ale zależy od odczuć wszystkich osób, których dany czyn dotyczy. Podobieństwo poradnictwa psychologicznego i psychoterapii wynika z troski i wspierania odbiorców usługi psychologicznej w radzeniu sobie, a nie udzielania rad dotyczących tego, jak realizować osobisty interes. Opiekuńcza życzliwość nie może pomijać społecznego dobra, a „[...] Wobec pacjenta jest [...] terapeuta rzecznikiem Dobra innych ludzi” (Lustig, 2015, s. 371–372).

Problem ten dobrze obrazuje społeczna dyskusja na temat tzw. toksycznych rodziców. Zainicjował ją artykuł w tygodniku *Polityka* (Wilk, 2025a), z podtytułem *Rzesza nieodpowiedzialnych psychoterapeutów urządza młodym ludziom kąpiel, wraz z którą z ich życia zostają wylani rodzice. Bo podobno są toksyczni*.

Te „zerwania relacji” przybierają rozmiary absurdu i niebezpiecznego zjawiska. W dyskusji na Facebooku dominowały negatywne głosy, powierzchownie odnoszące się bardziej do okładki tygodnika niż do treści artykułu: „Wstyd, żeby na główny temat numeru dać tekst promocyjny, i to jeszcze tak słaby – powrzuć tysiąc wątków do jednego artykułu, bez ładu i składu, żeby na końcu dać reklamę innego wydawnictwa Polityki”; „Pachnie straszną boomerzyną. Niestety nie mam dostępu do Polityki więc nie mogę się skonfrontować z tekstem”⁴³. Jednak w artykule poruszane są problemy ważne i dla psychoterapeutów, i odbiorców ich usług: „Nie wiem skąd takie negatywne komentarze. To naprawdę dobry tekst. A fakt, że psychoterapię można prowadzić już po 2 latach studiów jest porażający... to prosta droga do robienia ludziom krzywdy”; „Wystarczy wyciąć informację o nurtach terapeutycznych i w ogóle o psychoterapii i zadbać, żeby wszędzie było słowo «para-» czy «neoterapeuta» zamiast terapeuta. I będzie to artykuł tyleż emocjonalnie prawdziwy, co merytorycznie korekt. Tak, mnóstwo jest osób oferujących swoje usługi bez posiadania należytego wykształcenia, odbycia własnej psychoterapii, staży i niebędącego w stałej superwizji. I, jak mi nie mam, do ich popularności i przerażających czasami w skutkach działań się Pani odnosi”⁴⁴. Naukowe Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej (NTPP, 2025)⁴⁵ opublikowało na Facebooku list otwarty do redakcji *Polityki*, zarzucając, że artykuł przedstawia zniechęcającą do psychoterapii jej karykaturę, niezgodną ze stanem współczesnej wiedzy psychiatrycznej i psychologicznej oraz światowymi rekomendacjami. Na łamach *Polityki* pojawił się krytyczny wywiad z Bogdanem de Barbaro i Barbarą Józefik, odnoszący się do diskutowanej w środowisku publikacji (Wilk, 2025b).

⁴³ https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=635527645503958&id=100071401831281 (dostęp: 15.12.2025).

⁴⁴ https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=635527645503958&id=100071401831281 (dostęp: 15.12.2025).

⁴⁵ W komentarzu do tego listu Katarzyna Konopka pisze: „To, że potrzebujemy ustawy, która oddzieli osoby z odpowiednim wykształceniem od osób nie będących terapeutami jest oczywiste. Wciąż jest to jednak dość wygodne i niezgodne z rzeczywistością równanie w dół, które pozwala na pomijanie innego problemu. [...] Mam nadzieję, że przyjdzie taki moment, w którym dyskusja z poziomu «kto może nazywać się terapeutą» przeniesie się na poziom dalej: co jest a co nie jest etyczne w terapii – tej prowadzonej przez terapeutów, nie przez osoby podające się za nich. Ustawa to minimum [...]” (<https://www.facebook.com/NaukoweTowarzystwoPsychodynamiczne/posts/publikujemy-list-otwarty-jaki-kilka-dni-temu-przes%C5%82ali%C5%9Bmy-do-redakcji-polityki-w/1042165377944634/>, dostęp: 15.12.2025).

Jak pisze Ewa Wilk (2025a), zalecenia dotyczące zerwania relacji z rodzicami „[...] sprawiają wrażenie, jakby przeczytali oni [pseudoterapeuci – przyp. W.J.P.] w życiu tylko jedną książkę [...]: «Toksyczni rodzice. Jak się uwolnić od bolesnej spuścizny i rozpocząć nowe życie»” (s. 15). W książce tej, wydanej po raz pierwszy w 1989 roku (Forward i Buck, 2015), opisano rodziców, którzy nękać i niszczyć swoje dzieci, poniżając je, umniejszając i tyranizując. Omówiono mit rodziców doskonałych i rodziców nieadekwatnych, kontrolujących, alkoholików, przemocowych czy dopuszczających się kazirodztwa. Ryszard Praszkie, psycholog i superwizor psychoterapii, powiedział w wywiadzie: „Teoria o «toksycznych rodzicach» zrobiła wiele złego, bo była adresowana do głęboko skrzywdzonych, a trafiła do wszystkich – wprost z gabinetów psychoterapii do literatury popularnej. Ludzie doszli do wniosku, że ich problemy w dorosłym życiu to вина wychowawczych błędów, że przez ojca i matkę są nieszczęśliwi i muszą się leczyć. [...] Warto zdawać sobie sprawę, że współczesna psychologia tak samo jak inne dziedziny życia podlega dziś prawom rynku: tworzy metody i teorie na użytek pacjentów, ale jeśli może zarobić, sprzedaje je wszystkim, jak produkty. «Toksyczność» kupiliśmy jak świeże bułeczki” (Święcicka, 2008). W kontekście rozszerzonego znaczenia toksyczności rozmowa z rodzicami, która koncentruje się na ich winie za aktualne niepowodzenia, zamiast na asertywności w bieżących kontaktach, okazuje się kontrskuteczna. Zalecanie zerwania relacji z rodzicami dla dobra klienta może oznaczać szkodę dla tych rodziców (Grulkowski, 1998).

Podobny przypadek decydowania przez osoby pomagające czy doradzające odbiorcom usług psychologicznych opisano na forum Gazeta.pl. Tam rzecz dotyczyła rady, by zakończyć związek powodujący dyskomfort klienta, a w innej sytuacji, aby klient „[...] spróbował mieć romans, żeby zobaczyć, jak to jest z inną kobietą” (claudel6, 2023). Być może opisana historia ilustruje merkantylną odpowiedź na zapotrzebowanie rynku, także w postaci działań motywowanych chciwością. Z etycznego punktu widzenia niepokojąca jest jednak nie tyle moda wśród osób pomagających czy doradzającym polegająca na diagnozowaniu przyczyn wszystkich aktualnych problemów w przeszłych relacjach dorosłych dzieci z ich rodzicami (co głównie opisuje Wilk, 2025a), ile problem działania na rzecz wąsko rozumianego dobra (interesu) odbiorcy usługi psychologicznej bez uwzględniania społecznego kontekstu jego funkcjonowania (Wilk, 2025b). Utożsamianie szkodliwych terapii z terapiami obciążonymi błędem jatrogennym jest problematyczne, ponieważ ten termin odnosi się zazwyczaj tylko do negatywnych skutków u klientów.

Niemniej jednak interwencje pomocowe przynoszące poprawę u odbiorców, ale zwiększające cierpienie ich społecznego otoczenia, należy z etycznego punktu widzenia uznać za szkodliwe (Lilienfeld, 2007).

Najczęściej działanie osób pomagających czy doradzających odbiorcom kończy się w momencie, gdy zrealizowany zostaje cel zawarty w kontrakcie czy we wstępnych ustaleniach. W kodeksach etyki zawodowej psychoterapeuta jest zobowiązany do zakończenia procesu terapii także w sytuacji, gdy zda sobie sprawę, że jego działania i metody nie przynoszą poprawy klientowi lub gdy relacja pomiędzy nim a odbiorcą przestaje mieć charakter terapeutyczny. Odrębny przypadek stanowi sytuacja konfliktu pomiędzy systemami wartości klienta i terapeuty, wpływająca na przebieg psychoterapii. We wszystkich wymienionych przypadkach terapeuta ma obowiązek lub prawo odmówić kontynuowania terapii, jednak musi zapewnić klientowi dalszą pomoc u innego specjalisty. W trakcie całej terapii przedmiotem refleksji moralnej powinno być zagrożenie związane z tendencją do ingerowania w życie odbiorcy usług poza sesjami. Ważne etycznie zadanie na ostatnim etapie pomagania czy doradzania to wprowadzenie do życia klienta osiągnięć działań psychologa oraz stopniowe wycofywanie się z pracy nad bieżącymi problemami klienta (Chyrowicz, 2008b). Istotny wskaźnik naruszania indywidualnej autonomii i samodzielności odbiorcy stanowi odwlekание tego etapu działania oraz – często związane z tym – łączenie roli zawodowej z rolą pozazawodową. Kontrola tego procesu usamodzielniania, poczucia sprawstwa i brania na siebie odpowiedzialności za swoje życie spoczywa bezsprzecznie na psychologu/psychoterapeucie (Bogatyńska-Kucharska i in., 2023).

Przykładem społecznej recepcji długotrwałego procesu interwencji psychologicznej oraz nakładania się ról społecznych jest relacja między psychologiem sportu Darią Abramowicz a tenisistką Igą Świątek. Psycholog sportowy to (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, b.d.) osoba, która „[...] wspiera zawodników w osiąganiu najlepszych wyników sportowych; rozwija ich kompetencje psychologiczne w zwalczaniu stresu [...] motywuje i kształtuje zachowania przydatne w trudnych momentach rywalizacji; pomaga zmobilizować się po przegranej [...]”. Do jego zadań należą: „budowanie pewności siebie u zawodnika [...] kształtowanie umiejętności i sposobów osiągania celu, wykorzystania atutów i silnych stron w realizacji zadań sportowych [...] ustalanie struktury współpracy między zawodnikiem a trenerem [...] udzielanie pomocy i wsparcia zawodnikowi w kontakcie z mediami, ochrona jego prywatności oraz niwelowanie stresu wynikającego z wpływu opinii publicznej

i oczekiwań kibiców na jego zachowanie [...]”. Ponadto taka osoba: „współpracuje z trenerem i buduje jego relacje z zawodnikiem [...]”. Abramowicz ukończyła psychologię ze specjalnością psychologia kliniczna na SWPS na Uniwersytecie Humanistyczno-Społecznym w Warszawie, szkolenie I stopnia w Centrum Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach CTSR, a także studia podyplomowe z psychologii sportu na tej samej uczelni (Abramowicz, 2025; por. też Warzecha i Radomski, 2024).

Od lutego 2019 roku Abramowicz współpracuje z Igą Świątek⁴⁶. Po jej pierwszym znaczącym sukcesie w turnieju French Open w 2020 roku pisało (Eurosport, 2025): „Bez odpowiednich osób zwycięstwo Świątek byłoby niemożliwe. Nie tylko dobre przygotowanie fizyczne, techniczne i taktyczne, ale również mentalne sprawiło, że Polka w błyskawicznym tempie pokonywała kolejne rywalki, by w końcu w finale ograć Amerykankę Sofię Kenin 6:4, 6:1 [...] w trakcie całego turnieju ogromne znaczenie miało odpowiednie nastawienie mentalne, o które zadbała Abramowicz [...] 33-letnia psycholog dołączyła do sztabu Świątek w zeszłym roku [...] Daria doskonale mnie rozumie. Czasem mam wrażenie, że czyta w moich myślach. Podnosi poziom mojej pewności siebie – przyznała Świątek”. W sieci Abramowicz opublikowała wymowne zdjęcie, które opatrzyła komentarzem: „Najlepszy prezent urodzinowy na świecie”. Na fotografii widzimy Igę w objęciach pani psycholog⁴⁷. Iga Świątek w latach 2022–2025 zajmowała 1. lub 2. miejsce na liście *Women's Tennis Association* (WTA). W czasie każdych zawodów Abramowicz siedziała na ławce razem z trenerem oraz fizjoterapeutą.

Początkowy publiczny, dość powszechny zachwyt nad efektami działania psychologa sportu (Kowalski, 2021) zaczął słabnąć i pojawiły się pytania o pozazawodową rolę w relacji pomocowej (Priya, 2023). W artykułach prasowych, w mediach społecznościowych i w licznych komentarzach po zmianie trenera w zespole szkoleniowym Świątek zadawano pytania o wpływ Abramowicz, wykraczający poza zwyczajowe działania psychologa sportu – wspólne zakupy czy wizyty u fryzjera (Dziennikarze Przeglądu Sportowego Onet, 2025; Bernard, 2024; Garus, 2024; Michalski, 2024; H. Pawlik, 2024; Warzecha i Radomski, 2024). Stwierdzano (Podolski, 2024), że „[...] relacja łącząca obie panie jest zbyt zażyła i już dawno przekroczyła pewne granice,

⁴⁶ <https://igaswiatek.com/pl/> (dostęp: 15.12.2025).

⁴⁷ <https://static.weszlo.com/cdn-cgi/image/quality=65,format=auto/2024/10/Zrzut-ekranu-2024-10-16-175133-900x688.png> (dostęp: 15.12.2025).

a Abramowicz obecnie ma negatywny wpływ na tenisistkę [...]”. Na początku 2025 roku przegranym spotkaniom tenisistki towarzyszyły pytania o przyczyny załamania jej „siły mentalnej” (Bobakowski, 2025; Jachimiak, 2025; Królikowski, 2025; Matys, 2025a, 2025b; Trochimowicz, 2025).

Nie chodzi tu o ocenę wiarygodności informacji prasowych i głosów w mediach społecznościowych ani też o to, czy zażyłość psychologa sportu i klientki poprawia czy pogarsza skuteczność pomocy (Seweryn, 2025). Blisko 7-letnia współpraca Abramowicz i Świątek w opinii publicznej jawiła się jako nieskuteczna, a ich relacja jako bardziej prywatna niż zawodowa (Natoński, 2025). Oczywiście niezmiernie rzadko psycholog czy psychoterapeuta staje się (jest) celebrytą i przedmiotem analiz oraz interpretacji w prasie czy mediach społecznościowych, ale prezentowany przypadek pokazuje, jakie mogą być społeczne skutki łamania zasady koncentrowania się na standardach skutecznego profesjonalnego działania oraz jak to może wpływać na społeczny etos zawodu.

2.4.3 Inne problemy pomagania

Ważny aspekt zawodowej odpowiedzialności psychologa stanowi unikanie łączenia ról profesjonalnych i pozaprofesjonalnych (ang. *boundary violations*). Była już mowa o tym, że relacja psycholog – klient jest asymetryczna pod względem władzy, a to może nieść ryzyko wykorzystania tej przewagi. Im większa asymetria, tym większe prawdopodobieństwo nawiązania takiej relacji. Asymetria władzy jest jednym z czynników ryzyka nawiązania relacji pozaprofesjonalnej z odbiorcą usługi psychologicznej. Innym jest treść relacji i związana z nią jej głębokość. Dotyczy to szczególnie tzw. relacji romantycznych czy seksualnych, czyli angażowania się w aktywność seksualną z klientem w trakcie i/lub po zakończeniu zawodowej relacji pomocowej (Koocher i Keith-Spiegel, 2021).

Nieliczne opisy takich przypadków znaleźć można w sieci. Należą do nich m.in. sprawa Wojciecha Eichelbergera (TERAPEUCI.PL, 2005; b.a., 2005), Andrzeja Samsona (UWAGA/TVN, 2007; PAP/AŚ, 2009), Lechosława Gapika (Glanc, 2017; Cieśla, 2012) czy pseudoterapeuty Jakuba Wetta (Włodkowska, 2025a, 2025b; Kaniecki, 2025). Takie sytuacje się zdarzają, ale zdecydowanie rzadziej, niż może się to wydawać na podstawie informacji w popularnych mediach. Większość osób pomagających czy doradzających kontroluje swoje relacje z odbiorcami usług psychologicznych (Gottlieb i Younggren, 2009).

Psycholog nie powinien nawiązywać takich relacji z odbiorcami zarówno w formie fizycznej, jak i werbalnej, także z osobami bliskimi tych odbiorców, oraz nie powinien nawiązywać relacji zawodowej z osobami, z którymi wcześniej miał relacje seksualne. Dotyczy to również relacji ze studentami, osobami superwizowanymi czy osobami szkolonymi lub takimi, z którymi pozostaje w stosunku zależności, gdyż niesie to ryzyko wykorzystania ich do osobistych celów. John Gonsiorek i Laura Brown (1989) jako pierwsi zaproponowali bardzo szczegółowe zasady dotyczące relacji seksualnych z byłymi klientami psychoterapii. Wskazali m.in., że kontakty seksualne z byłymi klientami po zakończeniu terapii zawsze będą uważane za nieetyczne i niewłaściwe, szczególnie gdy taki związek inicjuje psychoterapeuta⁴⁸. Trudno jest jednoznacznie wskazać, ile czasu powinno upłynąć po zakończeniu terapii, aby nawiązać tego typu relacje z odbiorcami. Oprócz czasu i rodzaju terapii ważne są takie czynniki, jak okoliczności jej zakończenia, osobista historia pacjenta, jego aktualny stan psychiczny, prawdopodobieństwo wpływu wszelkiego rodzaju oświadczeń psychologa złożonych podczas terapii, sugerujących nawiązanie relacji po zakończeniu terapii lub zachęających do tego (Gottlieb, 1993). Zasadniczo wskazuje się na trzy ogólne kategorie przyczyn nawiązywania takich kontaktów: kulturowe, sytuacyjno-interpersonalne i intrapsychiczne (Hankins i in., 1994). Zwraca się także uwagę na tzw. efekt salami czy śliskiego zbocza (ang. *slippery slope of psychotherapy*), opisujący racjonalizację procesu łamania zasad (w tym moralnych) metodą małych kroków, który w efekcie prowadzi do poważnych nieetycznych konsekwencji działań (Gutheil i Gabbard, 1993). Niewłaściwe zachowania o charakterze erotycznym zwykle zaczynają się od stosunkowo drobnych naruszeń granic, np. od zwracania się po imieniu. Następnym krokiem może być pozornie bezosobowy kontakt cielesny (np. poklepywanie po ramieniu, uścisk na przywitanie lub pożegnanie), kokieteria i lekki flirt itp. Potem pojawiają się spotkania poza sesjami w publicznych miejscach, później w prywatnych (Gutheil i Gabbard, 1993). Oczywiście nie jest to proces jednokierunkowy, który musi kończyć się relacją seksualną, ani nie można go traktować jako uniwersalnego prawa (Gottlieb i Younggren, 2009). Jednak zawsze znajdują się „czarne owce” wykorzystujące relację pomocową dla egoistycznych interesów, niezależnie

⁴⁸ Nie można wykluczyć, że taką relację inicjuje odbiorca, traktując gabinet psychologa jako miejsce do nawiązywania kontaktów randkowych i poszukując w kontakcie ze specjalistą nie pomocy, ale seksualnego podniecenia.

od posiadania lub braku certyfikatów czy istnienia ustaw o zawodzie psychologa bądź psychoterapeuty.

Jeśli psycholog zaangażuje się w romantyczne relacje, ciężar wykazania, że nie doszło do wykorzystania, spoczywa na nim. Jak wynika z badań, mniej doświadczeni terapeuci (ze stażem pracy poniżej 10 lat) surowiej oceniają podwójne zaangażowanie zawodowe z klientami niż ci z dużo większym doświadczeniem (ze stażem ponad 30 lat; Borys i Pope, 1989; Sonne, 2006). Jak pisze Pope (1988): „Następstwa (dla klienta) zaangażowania seksualnego terapeuty-klienta mogą stanowić odrębny zespół kliniczny, który jest pod pewnymi względami podobny do zespołu reakcji na gwałt, zespołu maltretowanego małżonka, reakcji na kazirodztwo, reakcji na wykorzystywanie dziecka i zespołu stresu pourazowego. Podobnie jak w przypadku wielu z tych zespołów, pojawienie się uszkodzeń może być znacznie opóźnione” (s. 224). Ofiary seksualnej relacji z psychologiem z jednej strony często doświadczają ambiwalentnych uczuć w stosunku do wyzyskującego je specjalisty, jak np. wściekłość, odraza, strach, a także chęć ucieczki od jego wpływu oraz cierpienia i bólu (aż do chęci popełnienia samobójstwa). Z drugiej strony odczuwają wyjątkowość tej relacji oraz obawę przed porzuceniem przez kochającą osobę. Dodatkowo czują lęk, że sprzeciw wobec tej relacji oraz jej ujawnienie mogą wyrządzić nieodwracalną szkodę psychologowi, np. w postaci utraty licencji czy rozwodu, co może prowadzić do ukrywania takich przypadków (Pope, 1988). Ofiarom wykorzystania często towarzyszy poczucie winy (podobnie jak ofiary gwałtu), że w jakimś stopniu przyczyniły się do nawiązania seksualnej relacji. Naruszenie i wykorzystanie zaufania mogą nieść konsekwencje, które będą miały wpływ na ofiarę przez całe życie. Staje się nieufna – nie ufa sobie i innym, szczególnie psychologom (Pope, 1988).

Warto też zwrócić uwagę na inny aspekt łączenia roli zawodowej i pozazawodowej, który w procesie pomagania widać najwyraźniej. Często przyjmuje się, że zaangażowanie emocjonalne wpływa niekorzystnie na kompetencje zawodowe, bo może generować dodatkowy stres, co zaburza sprawność działania i operacji poznawczych. Jednak jest to przekonanie mało uzasadnione w przypadku ugruntowanych kompetencji. Może natomiast być tak, że hierarchia ważności dóbr widziana z perspektywy różnych ról jest inna, a nawet sprzeczna. Praca z osobą, z którą jest się związanym emocjonalnie, może wpływać na zdolność do podejmowania obiektywnych i racjonalnych decyzji profesjonalnych. Z perspektywy pozaprofesjonalnej, tracąc neutralność, skłonni jesteśmy podejmować decyzje pod wpływem emocji, przypisując

różnym efektem pomagania inną wagę, niż sugerowałyby wiedza profesjonalna. Mówiąc metaforycznie – przyjaźń podpowiada inne rozwiązania niż wyniki badań naukowych. Jeśli nasza wiedza profesjonalna wskazuje, że środek A może przynieść sukces z prawdopodobieństwem 95%, ale jednocześnie powoduje dyskomfort u odbiorcy, a z perspektywy pozazawodowego zaangażowania przewidujemy, że inne działanie może zapewnić większy komfort, nawet jeśli jego skuteczność jest niższa, to napotykamy dylemat etyczny związany z konfliktem ról. I to on właśnie powoduje dodatkowy stres i utrudnia profesjonalne działanie.

Nowym z etycznego punktu widzenia rozwiązaniem jest pomoc udzielana zdalnie. Ta forma działania rozwinęła się i rozprzestrzeniła jako nieplanowany efekt pandemii COVID-19 (Kluzowicz i Kluzowicz, 2021). Dzisiaj korzystanie z sieci stało się integralną częścią rutyny psychologów. W badaniach nad postawami psychoterapeutów i ich klientów wykazano (Kluzowicz i Kluzowicz, 2021), że odbiorcy w okresie kwarantanny w zdecydowanej większości kontynuowali psychoterapię w formie zdalnej z miejsca zamieszkania (za pomocą komunikatorów), choć przeszkadzał im brak bezpośredniego kontaktu z rozmówcą. Psychoterapeuci zwracali uwagę na brak kompetencji do udzielania pomocy również w formie zdalnej (por. też Klajs, 2020). Wskazuje się na to, że klienci zgłaszają jako jej efekt zwiększoną autonomię, poprawę w podejmowaniu decyzji i relacjach interpersonalnych oraz większą odpowiedzialność za samopomoc i zaangażowanie interpersonalne (Fenichel i in., 2002).

W Polsce pionierem tej formy pomagania był Bassam Aouil (Aouil, 2004; Aouil i Maliszewski, 2007; Aouil i Rowiński, 2010; Osowski, 2007). Jego zdaniem (Aouil, 2004) pomoc online to „[...] pomoc psychologiczna świadczona zdalnie przy pomocy mediów elektronicznych, takich jak: Internet, telefon, wideotelefon itd. [...] jest bezpośrednia, rzeczywista w czasie [synchroniczna – przyp. W.J.P.], zaś forma tej pomocy jest formą pośrednią” (s. 80). Może ona występować jako: e-terapia, kiedy psychoterapeuci tworzą stałe relacje pomocowe, realizowane wyłącznie za pośrednictwem komunikacji internetowej, porady dotyczące zdrowia psychicznego, dodatkowe usługi uzupełniające tradycyjną, osobistą psychoterapię oraz jako zdalne usługi videokonferencyjne do pracy z pacjentami w odległych lokalizacjach, jako rozszerzenie tradycyjnej opieki klinicznej lub szpitalnej (Grohol, 2004).

Powstaje pytanie, czy zmiana formy pomagania (środka komunikacji) stwarza nowe zagrożenia etyczne (APA, 2023, 2024; Osowski, 2007; Stoll i in.,

2020). Kształcenie psychoterapeutów (a tym bardziej psychologów) nie nadąża za aktualnym zapotrzebowaniem i nie rozwija umiejętności w nowo powstałych kanałach świadczenia usług psychologicznych. Ta kwestia nie przejawia się w kodeksach etycznych psychologów czy psychoterapeutów. W takiej sytuacji większego znaczenia nabiera rola superwizorów i refleksyjnej praktyki.

Wśród argumentów przemawiających za stosowaniem tej formy pomagania wymienia się zwiększony dostęp do psychoterapii, korzyści wynikające ze specyficznej sytuacji klienta (np. odległe miejsce zamieszkania), wygodę. Niewątpliwie świadczenie psychologicznych usług pomocowych online ogranicza ryzyko wypalenia zawodowego psychologa. Specjalista powinien dbać o dobór tej formy udzielania pomocy do specyfiki problemów klientów. Należy szczególnie dbać o zapewnienie poufności przekazywanych informacji przez odbiorcę, ale także poinformować o takiej konieczności klienta. Specjalista powinien też zapewnić poufność danych identyfikujących odbiorcę usługi i dokumentacji procesu pomagania. Odbiorcy należy przekazać informacje dotyczące specyfiki e-terapii, jej zalet i wad, które są niezbędne do świadomego wyrażenia zgody na tę formę wsparcia. Podczas takiej usługi należy być szczególnie wyczulonym na kłopoty odbiorcy w radzeniu sobie z technicznymi kwestiami udzielanej pomocy.

W obszarze szeroko rozumianego zdrowia psychicznego w relacji z odbiorcą usługi wykorzystuje się także sztuczną inteligencję (Kaźmierczyk, 2022). Wcześniej w pomocy psychologicznej online używano komunikatorów typu Skype (Osowski, 2007; Waszyńska i Skowroński, 2015). Jednak już w roku 2017 opisywano wykorzystanie chatbotów skutecznie zmniejszających objawy depresji i zaburzeń lękowych (Fitzpatrick i in., 2017). Dzisiaj takich aplikacji wykorzystujących duże modele językowe (LLM) istnieje wiele: Tess, Wysa, Youper, Woebot Health, Replika, a nawet ChatGPT lub Gemini Pro czy – w języku polskim – Fido bądź aplikacje takie jak Happify, Roodt, Sanvello, MindShift CBT (Holohan i Fiske, 2021; Karkosz i in., 2022, 2024; Li i in., 2023).

Oczywiście wiele z tych aplikacji budzi wątpliwości (Graber-Stiehl, 2023; Szałaj, 2024; Rządeczka i in., 2025), także ze względu na niewielki stopień wrażliwości na niewerbalne komunikaty i sygnały – niemniej trudno przejść obok tego zjawiska obojętnie. I w tym przypadku ta problematyka nie przejawia się w kodeksach etycznych psychologów czy psychoterapeutów. Jak wspomniano, wykorzystywanie sztucznej inteligencji w obszarze szeroko rozumianego zdrowia psychicznego rodzi wiele problemów i dylematów etycznych w zakresie zawodowej odpowiedzialności wobec odbiorców usług

psychologicznych (Aktan i in., 2022). Wśród nich znajdują się (Saeidnia i in., 2024; Warriier i in., 2023): zagrożenie dla prywatności i poufności danych, nieintencjonalna tendencyjność algorytmów wynikająca z rodzaju danych, na których uczą się systemy AI, uczciwość podejmowanych działań, konieczność posiadania wiedzy profesjonalnych użytkowników systemów AI oraz zrozumienie działania i podejmowania decyzji przez AI, problemy komunikacyjne w kwestii uzyskiwania zgody odbiorcy usługi opartej na wiedzy.

W obszarze pomagania wykorzystywani są tzw. agenci konwersacyjni (CAI; chatboty) występujący w roli partnerów rozmowy. Ich skuteczność w pomaganiu zależy m.in. od spostrzeganej głębokości relacji, a do tego potrzebne jest przechowywanie w pamięci danych z poprzednich spotkań. To jednak stwarza zagrożenie dla poufności informacji i osobistej odpowiedzialności profesjonalisty za ich zabezpieczenie przed nieautoryzowanym dostępem do nich. Interakcja między osobą i AI może także wywoływać negatywne uczucia i emocje⁴⁹, nawet jeśli użytkownik jest świadomy, że np. widziany na ekranie awatar to jedynie sztuczna istota, mimo że jego wypowiedzi są bardzo zbliżone do wypowiedzi ludzkich (Desage i in., 2024; Słowicka, 2023; Tavery, 2024). Trudno mówić w takim przypadku o sojuszu terapeutycznym czy empatii (Minerva i Giubilini, 2023). Sztuczna inteligencja działa na podstawie algorytmów odzwierciedlających typowe związki w danych, na których się uczy, a nie zindywidualizowanych doświadczeń osoby. Uczciwość wymaga także tego, aby odbiorca był świadomy, że nie rozmawia z człowiekiem (Tavery, 2024).

Tendencyjność zasadniczo uważa się za jedno z głównych zagrożeń, ponieważ AI trenuje na zbiorach danych, które nie są wystarczająco zróżnicowane lub nie obejmują wszystkich istotnych populacji. W obszarze zdrowia psychicznego i psychologii chodzi głównie o kulturowe zakotwiczenie wykorzystywanych dużych zbiorów danych i język, w jakim one są tworzone, szczególnie jeśli są to dane w języku naturalnym (Tavery, 2024). Zapewne w mniejszym stopniu dotyczy to danych w języku fachowym (np. przy interpretacji wyników obrazowania), bo nawet w medycynie łacinę zastąpił

⁴⁹ Jest to efekt zwany „doliną niesamowitości” (ang. *uncanny valley*), polegający na doznawaniu nieprzyjemnych odczuć, a nawet odrazy przez obserwatorów maszyny wyglądającej bądź zachowującej się podobnie jak człowiek. Zgodnie z tym efektem w miarę rosnącego podobieństwa maszyny (tworu nieożywionego) do człowieka akceptacja rośnie, ale pojawia się dyskomfort po przekroczeniu podobieństwa do człowieka (Ciechanowski i in., 2019).

język angielski (choć w akademii medycznej obowiązuje terminologia polska). Jednak w przypadku języka naturalnego dane te charakteryzują się zarówno kulturowym obciążeniem treści problemów i uznawanych wartości, jak i specyfiką języka *per se* (Radomski, 2022). Problem ten występuje w psychodiagnostyce w odniesieniu do kulturowej adaptacji technik diagnostycznych, a szczególnie kulturowej adekwatności operacjonalizacji diagnozowanych czynników (zmiennych). Jest to szczególnie ważne w przypadku udziału AI w tworzeniu relacji terapeutycznych (pomocowych) bez udziału terapeuty, udzielana pomoc może być bowiem nieadekwatna kulturowo.

Oczywiste jest to, że odbiorcy usługi psychologicznej powinni być w pełni poinformowani o potencjalnym ryzyku i korzyściach wynikających ze stosowania AI w działaniach profesjonalnych w zakresie zdrowia psychicznego przed wdrożeniem jakiegokolwiek interwencji opartej na sztucznej inteligencji (Sedlakova i Trachsel, 2023). Jak już wspomniano wcześniej, ich wiedza jest wprost zależna od wiedzy profesjonalisty w tym zakresie oraz umiejętności jasnego i przejrzystego ukazania związku stosowania AI ze skutecznością interwencji. Ponadto proces podejmowania decyzji przez systemy sztucznej inteligencji jest często nieprzejrzysty i trudny do przedstawienia, co utrudnia komunikowanie w celu uzyskania zgody.

Zasadniczo neutralność psychologa ma wiele aspektów. Trudno być neutralnym, gdy rozważa się aspekt moralny działań zawodowych, skoro u podstaw ocen leżą określone systemy etyczne (Grulkowski, 1998). Psychologia sama w sobie może być traktowana jako zbiór światopoglądów ze względu na różnorodność koncepcji człowieka. Można też pytać, czy zalecana neutralność oznacza brak światopoglądu, czy wstrzymanie się od jego ekspresji. Kwestią otwartą pozostaje to, co bardziej podważa zaufanie do psychologa: brak neutralności czy światopoglądowa obojętność. Problem neutralności światopoglądowej wydaje się szczególnie istotny w kontekście pomocy psychologicznej i psychoterapii. Cezary Żechowski (2020) pisze, że światopogląd psychoterapeuty nie powinien być podstawą relacji z pacjentem, bo istotą psychoterapii stanowi relacja pacjenta z samym sobą i z innymi ludźmi. Jednocześnie jego zdaniem (Żechowski, 2020) „[...] różne kierunki psychoterapii odnoszą się bezpośrednio lub pośrednio do istotnych pytań egzystencjalnych”, a więc teoretyczna podstawa takiego czy innego kierunku psychoterapii ma w większym lub mniejszym stopniu charakter światopoglądowy (por. też Włodawiec, 2013).

Zatem mimo że całkowitej neutralności psychoterapeuty nie można osiągnąć, to niebezpieczeństwo nie wynika z posiadania światopoglądu, lecz

sposobu, w jaki terapeuta tego światopoglądu używa, szczególnie manipulacji i indoktrynacji (Grulkowski, 1998). Zdaniem Eichelbergera (2009) neutralność światopoglądowa jest postulatem praktycznie nie do zrealizowania, i jak pisze: „Jeśli w procesie terapeutycznym pojawia się napięcie między światopoglądem pacjenta a psychoterapeuty, należy zalecić pacjentowi zmianę terapeuty, a nie światopoglądu”. Pomaganie to nie wychowanie (intencjonalne i celowe oddziaływanie wywołujące względnie trwałe zmiany, tu światopoglądu) ani nauczanie (ewangelizacja) czy źródło sensu życia. Wydaje się, że kluczowa jest samoświadomość psychologa co do własnych przekonań i jednocześnie unikanie wywierania presji na klienta bez narzucania mu światopoglądu.

Jednak pojawia się inny problem. Z jednej strony odbiorca ma prawo oczekiwać od psychoterapeuty informacji dotyczących jego podejścia do kwestii religii i wiary oraz odmówić interwencji sprzecznej z jego światopoglądem (Prusak, 2007a). Wiąże się to z wiedzą psychologa czy psychoterapeuty o wyznaniowym wymiarze podejmowanych interwencji (Jastrzębski, 2021; Ostaszewska, 2014, 2023; Słysz, 2017; Żylicz, 1993). Ponadto religijność można traktować jako wewnętrzny zasób osobisty (Tychmanowicz, 2020). Z drugiej strony religijność może być komponentą doświadczanego przez jednostkę dyskomfortu (de Barbaro, 2015; Żylicz, 2006).

Czy więc deklaracja o posiadanym światopoglądzie może być elementem zawodowej charakterystyki psychologa? Oczywiście tak bywa. Istnieje Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, powołane w 2018 roku⁵⁰. Zgodnie ze statutem jest to wspólne przedsięwzięcie „[...] psychologów chrześcijańskich (zarówno katolików, jak i chrześcijan innych wyznań), pragnących możliwie pełnie przeżywać swoje powołanie zawodowe w duchu Ewangelii [...]”. Jego zadaniem jest „[...] propagowanie pełnego rozwoju osoby ludzkiej, uwzględniającego dążenie do zintegrowania rozwoju psychicznego i duchowego [...] poznawanie i upowszechnianie chrześcijańskich koncepcji osoby ludzkiej [oraz – przyp. W.J.P.] poznawanie i rozwijanie tych metod pracy psychologicznej, psychoterapeutycznej i poradnianej, które pozostają w zgodzie z chrześcijańską wizją człowieka”. W powiązaniu z nim pracują Poznański Ośrodek Pomocy Psychologicznej prowadzony przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich⁵¹ czy Zespół Psychoterapeutów Chrześcijańskich

⁵⁰ <https://osrodek.spch-poznan.pl/o-osrodku/> (dostęp: 15.12.2025).

⁵¹ <https://www.spch.pl/> (dostęp: 15.12.2025).

w Sosnowcu⁵², które stosują wszystkie techniki psychoterapeutyczne pozostające w zgodzie z Ewangelią. Są też inne ośrodki, np. istniejący od 2007 roku w Warszawie Katolicki Ośrodek Pomocy Psychologiczno-Pastoralnej Poradnia Dewajtis⁵³, w Bytomiu Betesda Chrześcijański Ośrodek Pomocy Psychologicznej⁵⁴ czy w Łodzi Centrum Psychoterapii Cardoner⁵⁵.

2.4.4 Nieetyczne interwencje pomocowe

Warto zwrócić uwagę na odpowiedzialność środowiska zawodowego psychoterapeutów za brak publicznego krytycyzmu wobec niemoralnych działań osób pomagających czy doradzających odbiorcom oraz nieetycznych interwencji pomocowych⁵⁶. Ważne kryterium etyczności działań stanowi ich naukowa podstawa. Odpowiedź na pytanie, jakie są cechy badania naukowego, jest pozornie prosta – jak już wspomniano, te kryteria to jawność warsztatu, replikowalność badań i intersubiektywność komunikowania wyników. Biorąc pod uwagę tzw. kryteria demarkacji, twierdzenia naukowe są falsyfikowalne, natomiast twierdzenia pseudonaukowe nie mogą zostać sfalsyfikowane, ponieważ są tak niejasne, że nie można ich sprawdzić lub ich twórcy odwołują się do ciągle zmienianych hipotez *ad hoc* wyjaśniających negatywne wyniki badań weryfikujących teorię (Lilienfeld i in., 2015). Nie jest jednak prawdą, że wyznacznik etycznych działań opartych na wynikach badań naukowych stanowi ich poprawność metodologiczna. W pewnym sensie jest odwrotnie – działania na podstawie badań niepoprawnych metodologicznie są nieetyczne.

Wydaje się, że wystarczy stwierdzić wystarczająco dużą różnicę między grupą kontrolną a eksperymentalną w ślepej próbie, aby mieć pewność, iż badany czynnik działa. Jednak w przypadku badań w obszarze indywidualnych interwencji pomocowych należy zachować dużą ostrożność (Paluchowski, 2011, 2012b; Rakowska, 2011). Metaanalizy randomizowanych badań klinicznych nad wpływem psychoterapii na zaplanowany efekt, z grupą eksperymentalną i grupami kontrolnymi, pokazują (Paluchowski, 2011),

⁵² <https://psychoterapeutachrzescijanski.pl/o-nas.html> (dostęp: 15.12.2025).

⁵³ <https://dewajtis.pl/o-nas/> (dostęp: 15.12.2025).

⁵⁴ <https://betesda.com.pl/> (dostęp: 15.12.2025).

⁵⁵ <https://psychoterapia.mocniwduchu.pl/index.html> (dostęp: 15.12.2025).

⁵⁶ W 2007 roku tzw. ustawienia hellingerowskie wykładane były na czterech uczelniach państwowych (z dwunastu, włącznie z kierunkiem studiów psychologia) (Talarczyk, 2010, s. 18).

że dowolna psychoterapia jest lepsza niż jej brak (średnia siła efektu $ES = 0,82$) i trochę lepsza od zastosowania placebo ($ES = 0,48$), ale placebo jest porównywalnie lepsze niż brak terapii ($ES = 0,42$). Inaczej mówiąc, psychoterapia okazuje się skuteczna, bo rozmiar realnego efektu, który mierzymy, jest duży w porównaniu z jej brakiem. Ale już w porównaniu ze skutkiem placebo (sugestią) jest tylko trochę lepsza! Bez wskazania, co powoduje skuteczność danego rodzaju psychoterapii, jaki „proces podstawowy” za to odpowiada, a więc czym tę różnicę wyjaśniamy, brak jest kluczowego elementu wyjaśniania. Brak wiedzy dotyczącej tego, dlaczego coś działa, skoro działa, prowadzi nas prosto do działań nieetycznych. Tym, co odróżnia „naukową metodę psychoterapeutyczną” od „pseudopsychoterapii”, jest wadliwość leżącej u jej podstaw teorii (Lilienfeld, 2007) lub jej brak.

Przykładem takiej nieetycznej pseudoterapii są tzw. ustawienia hellingerowskie (Hellinger, 2002, 2004). Nazwa pochodzi od nazwiska jej twórcy Berta Hellingera⁵⁷ (Wikipedia, 2024c). Urodził się w 1925 roku, a zmarł w 2019 roku. Studiował filozofię, teologię i pedagogikę, lecz nie ukończył studiów. W 1946 roku wstąpił do katolickiego zakonu misyjnego Misjonarzy z Marianhill w Würzburgu⁵⁸ i przyjął imię Suitbert. Spędził w nim 25 lat. W 1952 roku otrzymał święcenia kapłańskie, a rok później wyjechał na misję do RPA. Pełnił misję w prowincji Kwazulu-Natal i był proboszczem Zulusów. W roku 1971 wystąpił z zakonu i poświęcił się psychoterapii. Stworzył własną technikę, najczęściej stosowaną jednorazowo, zwaną terapią ustawień rodzin lub ultrakrótką terapią rodzin. Był autorem ponad 40 książek przetłumaczonych na kilkadziesiąt języków oraz licznych dokumentacji wideo.

Metoda ustawień rodzinnych Hellingera opiera się na kilku kluczowych założeniach teoretycznych, które dotyczą dynamiki systemów rodzinnych i ich wpływu na życie jednostek (Jagięła, 2017; Janus, 2012). Do jej głównych elementów należy uwikłanie jednostki wynikające z wykluczenia kogoś w przeszłości z systemu rodzinnego (często osoby zapomnianej lub zmarłej), obejmującego kilka pokoleń, co wytwarza transgeneracyjną presję, aby któryś z członków rodu wziął na siebie los wykluczonego (sumienie klanowe). Celem metody ustawień rodzinnych jest ujawnienie oraz transformacja nieświadomych sił panujących w systemie rodzinnym klienta, które powodują

⁵⁷ <https://hellinger.pl/> (dostęp: 15.12.2025).

⁵⁸ <https://zakony-na-swiecie.blogspot.com/2009/09/misjonarze-z-mariannhill.html> (dostęp: 15.12.2025).

jego aktualne problemy życiowe i przywrócenie naturalnego porządku w systemie (zasad). Dzięki temu klient uwalnia się od brzemienia winy i zaczyna podążać własną ścieżką życiową (Walendzik, 2022). Ustawienia są przeznaczone dla osób zdrowych psychicznie i emocjonalnie dojrzałych. Jak krytycznie pisze Zalewski (2023): „[...] należy stanąć po stronie osób, które wyrządziły zło i przez to zostały wykluczone z rodziny. Ich prawo przynależności do rodziny zostało naruszone, co spowodowało cierpienie jej członków, w tym krzywdziciela. Podczas seansu wykluczonych przyłącza się do rodziny poprzez złożenie hołdu i wyrazów szacunku oraz wybaczenie krzywdy. [...] W wystąpieniach i swoich książkach [Hellinger – przyp. W.J.P.] podkreśla, że nie wie, skąd posiada wiedzę na temat ustawień. Ona miała na niego spłynąć. Należy przyjmować ją na wiarę. Ale skoro działa, to czy jest sens dążyć?”

Krytycy (Fryc, 2024; Talarczyk, 2010; Zalewski, 2023) wskazują, że ustawienia hellingerowskie opierają się na myśleniu magicznym i życzeniowym. Brakuje opublikowanych badań naukowych nad ich skutecznością oraz weryfikacji założeń teoretycznych. Osoby stosujące tę metodę często wykorzystują jednorazowe sesje (trwające od 20 do 45 minut), co nie spełnia kodeksowego kryterium procesu psychoterapii. Brak długofalowych relacji z klientem nie pozwala na monitorowanie efektów tej techniki. Realizacja sesji czy „warsztatów” w obecności licznej grupy obserwatorów, biorących czynny udział w „ustawieniu”, nie zapewnia prawa do poufności. Nie istnieją żadne regulacje prawne tej formy pomocy psychologicznej, co pozostawia klientów bez ochrony. Negatywne stanowisko wobec łączenia „ustawień” z psychoterapią, szczególnie systemową, zostało wyrażone przez Sekcję Naukowej Terapii Rodzin PTP (Żurek, 2024) oraz Wielkopolskie Towarzystwo Terapii Systemowej (WTTS, 2013). Z perspektywy religijnej praktyka „ustawień” budzi poważne wątpliwości jako odejście od chrześcijaństwa oraz przejaw okultyzmu i ezoteryzmu (Posacki, 2006).

Nie zawsze dobro odbiorcy usługi psychologicznej jest równoznaczne z dobrostanem, przynajmniej w kontekście bieżącej interwencji, a nie tylko jako odległy efekt procesu wsparcia. Dotyczy to wszelkiego rodzaju środków przymusu, odwoływania się do strachu przed karą itp. Oczywiście w procesie pomagania przymus nie jest zwykle rozumiany w tym samym sensie, co przymus bezpośredni w psychiatrii, gdy odnosi się do fizycznego lub farmakologicznego zmuszania pacjenta do określonego zachowania bądź leczenia wbrew jego woli (RPP, 2013). W psychiatrii przymus jest uważany za etycznie uzasadniony tylko wtedy, kiedy istnieje realne zagrożenie dla pacjenta lub

innych. Musi być proporcjonalny do potencjalnego zagrożenia i nie może być stosowany, gdy możliwe są mniej inwazyjne alternatywy. W procesie pomagania przymus nie jest zwykle fizycznym zmuszaniem, lecz raczej zbiorem wewnętrznych i zewnętrznych czynników wpływających na proces terapeutyczny. Może to być nadmierna kontrola w relacjach, kiedy psycholog (lub odbiorca) próbuje wywierać nadmierny wpływ na zachowania drugiej strony.

Przykładem takiej terapii jest tzw. terapia konwersyjna (Dora i in., 2013), nazywana również terapią reparatorną (Galińska, 2011)⁵⁹. Jej deklarowany cel stanowi zmiana, stłumienie lub przekierowanie orientacji homoseksualnej bądź biseksualnej czy tożsamości płciowej lub ekspresji płciowej nieodpowiadającej płci przypisanej przy narodzinach. U jej podstaw leży założenie, zgodnie z którym homoseksualność to zaburzenie, efekt nieprawidłowego rozwoju psychoseksualnego, dewiacja lub grzech. Takie stanowisko jest wysoce problematyczne z perspektywy etycznej, ponieważ sugeruje, że istnieje potrzeba „naprawy” lub „leczenia” naturalnych różnorodności w zakresie ludzkiej seksualności. Teza ta ma wyraźnie światopoglądowy charakter.

Psychoterapia awersyjna to technika oparta na warunkowaniu klasycznym, która polega na skojarzeniu niepożądanego zachowania z nieprzyjemnym bodźcem. Główne rodzaje tej terapii to terapia awersyjna chemiczna, elektryczna, odwołująca się do wyobrażania sobie negatywnych konsekwencji, awersyjnych bodźców zapachowych czy smakowych, nieprzyjemnych dźwięków czy wyobrażeniowej desensytyzacji. Wśród działań stosowanych podczas konwersji znajdują się m.in.: rozmowa lub psychoterapia, w tym terapia grupowa, farmakoterapia (w tym hormonoterapia), zabiegi chirurgiczne, homeopatia, terapia elektrowstrząsowa, nagradzanie i wzmacnianie heteroseksualnych kontaktów seksualnych i/lub oglądanie heteroseksualnej pornografii, negatywne wzmocnienia, takie jak porażenie prądem rąk lub leki wywołujące nudności wraz z prezentacją bodźców homoerotycznych, przymus fizyczny i/lub słowny, poniżanie, izolacja w szpitalu, „gwałt naprawczy” (ang. *corrective rape*), egzorcyzmy (Bothe, 2020; Dora, Mijas i Dobroczyński, 2013; Haak, 2020). W efekcie stosowania tej terapii osoby jej poddawane doświadczają wielu negatywnych konsekwencji (Carlisle i Withers Green, 2022; Przeworski i in., 2020), takich jak: dysonans poznawczy, lęk i zaburzenia lękowe, myśli samobójcze, nienawiść wobec siebie, okaleczanie, ostracyzm

⁵⁹ Będąca częścią tzw. wysiłków na rzecz zmiany orientacji seksualnej (ang. *sexual orientation change efforts*, SOCE).

ze strony otoczenia, poczucie bezradności, klęski, winy lub wstydu, ryzykowne i kompulsywne zachowania seksualne, samookaleczenie, samotność i poczucie osamotnienia, utrata wiary, utrata zaufania do ludzi, utrata związku z osobą tej samej płci, zaniżona samoocena.

Konsensus wśród głównych organizacji psychologicznych i medycznych jest jednoznaczny – orientacji seksualnej nie można skutecznie zmienić, a próby dokonania takiej zmiany mogą prowadzić do poważnych szkód psychicznych i emocjonalnych. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne i 12 innych instytucji opublikowało poradnik na temat orientacji seksualnych, w którym stwierdzają, że homoseksualizm jest stanem normalnym i nie podlega leczeniu (Just the Facts Coalition, 2008). Międzynarodowa Rada Rehabilitacji Ofiar Tortur wręcz określa tę terapię jako torturę (Bothe, 2020). Polskie Towarzystwo Psychoterapii Gestalt podjęło uchwałę przeciwko terapii konwersyjnej (PTPG, 2020). Z jednej strony z prawnego punktu widzenia (Szwed, 2020) nie stanowi ona obiektu zainteresowania, a jej prowadzenie nie jest w polskim prawie przestępstwem (RPO, 2020). Z drugiej strony nigdzie nie wskazuje się jej jako świadczenie zdrowotne. Etyczna ocena terapii konwersyjnej i innych działań z wykorzystaniem przymusu jest zdecydowanie negatywna (Alexander, 2017). Ten rodzaj terapii jest zakazany w takich krajach jak Ekwador, Francja, Grecja, Kanada, Malta, Niemcy, Nowa Zelandia oraz w stosunku do osób małoletnich w ponad 20 stanach USA (Maroń, 2023).

Istotnym argumentem uzasadniającym negatywną etyczną ocenę jest brak dobrych empirycznych dowodów na skuteczność oddziaływań mających na celu zmianę orientacji seksualnej, a nie tylko zmianę behawioralną (Dora i in., 2013; Haak, 2020; Haldeman, 1994; MZ, 2020). Biorąc pod uwagę zasadę nieszkodzenia, stanowi to argument podstawowy. Nieinformowanie o braku naukowych podstaw takiej terapii podważa zasadę uczciwości (Alexander, 2017). Ponadto stosowane techniki oddziaływania naruszają dobrostan odbiorcy usługi psychologicznej. W odniesieniu do osób małoletnich (pomijając zgodę rodziców czy opiekunów prawnych na ryzyko dla dziecka) problemem jest dobrowolność ich zgody. Pomoc powinna polegać na wspieraniu i promowaniu zdrowia i dobrostanu osób, którym się pomaga, a nie na dalszej ich marginalizacji. Stosowane awersyjne techniki oddziaływania opierają się na odmowie akceptacji, wsparcia i opieki, które są niezbędne w relacji terapeutycznej (Alexander, 2017). Czasami psycholog znajduje się w trudnej sytuacji, kiedy dorosła osoba oczekuje terapii konwersyjnej. Z jednej strony

realizowanie praktyk bazujących na uprzedzeniach narusza kodeksową zasadę poszanowania praw i godności ludzi oraz sprawiedliwości (Alexander, 2017). Z drugiej strony utrzymywanie takiego oczekiwania ze strony odbiorcy usługi psychologicznej rodzi dylemat etyczny związany z pogodzeniem wspomnianych zasad z autonomią decyzyjną klienta.

2.5 PODSTAWOWE PROBLEMY ETYCZNE BADAŃ NAUKOWYCH Z UDZIAŁEM LUDZI

Kwestie etyczne w badaniach naukowych w psychologii dotyczą badania bez zgody, instrukcji maskującej czy naruszenia poufności. Ważnymi aspektami są także anonimowość danych, unikanie konfliktu interesów, wyłączenie osób narażonych na dyskomfort oraz specyfika wykorzystywanych narzędzi psychologicznych. Uczelnie posiadają komisje etyczne ds. nieinterwencyjnych badań z udziałem ludzi, dbające o dobrostan uczestników. Kluczowe jest dbanie o zgodę opartą na wiedzy i w związku z tym podawanie kryteriów wyłączenia w ogłoszeniach. Problem stanowi też łączenie roli zawodowej psychologa i naukowca prowadzącego badania w obszarze psychologii. Istotna jest także wrażliwość badacza na motywy uczestnictwa w badaniu. Ważne, aby wynagrodzenie nie było jedynym powodem, dla którego ktoś decyduje się na udział w badaniu.

Problemy etyczne w badaniach naukowych zasadniczo dotyczą kwestii związanych z integralnością procesu badawczego i traktowaniem jego uczestników oraz członków społeczności akademickiej (Brzeziński, 2019a; Drolet i in., 2023; Narodowa Komisja Ochrony Osób Uczestniczących w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych, 2011). Specyfika badań psychologicznych polega na badaniu jednostek ludzkich lub grup społecznych (APA, 1973; Brzeziński, 1978). Stawia to przed badaczami wiele wyzwań, w tym problemy etyczne. Z tego, iż ludzie uczestniczą w badaniu naukowym, nie wynika, że ich prawa znikają lub są zawieszane (Brzeziński, 1978, 2001). W badaniach psychologicznych obejmują one badania bez zgody osób uczestniczących w badaniu, stosowanie instrukcji maskujących, naruszenia poufności i potencjalne szkody dla uczestników, w tym szkody psychologiczne, społeczne i fizyczne (APA, 1973; Brzeziński, 2019a; Hu, 2023).

Z dużą pewnością można przyjąć, że niewielki procent osób realizujących zawodowe zadania psychologa prowadzi badania naukowe z udziałem ludzi. W tzw. starej ustawie o zawodzie psychologa (Ustawa z dnia 8 czerwca

2001 roku o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów) oraz w projekcie nowej ustawy o zawodzie psychologa (Ustawa o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów. Projekt, 2025) za wykonywanie zawodu psychologa uważa się również prowadzenie przez niego badań naukowych i prac rozwojowych w zakresie psychologii. Jednak w tekście nowej ustawy o zawodzie psychologa, przyjętej przez rząd 27 maja 2025 roku i skierowanej do Sejmu 6 czerwca 2025 roku, nie ma takiego zapisu (Ustawa o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów. Projekt, 2025). Chyba słusznie przyjęto, że prowadzenie badań naukowych nie jest specyficzne dla realizacji zadań zawodowych psychologa. Warto jednak zaakcentować takie problemy etyczne, jak anonimowość zebranych danych, unikanie konfliktu interesów (zobowiązań) wynikającego z łączenia ról, wyłączenie z badań osób, dla których ich przedmiot lub przebieg może być dyskomfortowy, czy specyfikę narzędzi psychologicznych.

Prowadzenie badań naukowych zgodnie z zasadą metodologicznej staranności ma wymiar nie tylko prakseologiczny, lecz także moralny, będąc realizacją etosu racjonalności epistemicznej (Brzeziński, 2012; Lekka-Kowalik, 1998). Naukowiec powinien respektować zasadę uczciwości poznawczej, a co za tym idzie, unikać fabrykowania danych (ang. *fabrication, forging*) lub ich preparowania (ang. *cooking, trimming*), fałszowania wyników (ang. *falsification*), poszukiwania istotnych statystycznie zależności i publikowanie ich jako weryfikację zaplanowanych hipotez (ang. *data fishing, HARKing*) oraz plagiatu (ang. *plagiarism*), przypisywania sobie autorstwa (ang. *ghostwriting*) lub dopisywania się jako współautor do publikacji (ang. *guest authorship*) (Brzeziński, 2012, 2019b; Galewicz, 2009; Karpe, 2017; Lekka-Kowalik, 1998; Surmiak, 2022). Zgodzić się też należy z ogólną tezą, że badacze nie powinni szkodzić osobom uczestniczącym w badaniach naukowych z udziałem ludzi i respektować uniwersalną zasadę poszanowania godności, świadomej i opartej na wiedzy zgody, prawa do poufności, prywatności i – specyficzną dla tego obszaru – zasadę anonimowości (Brzeziński, 2012).

Istnieje w tym obszarze wiele kodyfikacji zasad postępowania w badaniach naukowych, takich jak Kodeks etyki pracownika naukowego PAN, rzetelność w badaniach naukowych oraz poszanowanie własności intelektualnej, Europejska Karta Naukowca, Kodeks Dobre Praktyki badacza i nauczyciela akademickiego czy wytyczne NCN dla wnioskodawców (Nowak, 2024; NCN, 2021; KRASP, 2023; KSEN PAN, 2025; Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, 2012; RUE, 2023). Wiele uczelni i instytucji naukowych

posiada również własne kodeksy etyczne lub regulaminy. W wielu uczelniach powołane są także komisje zajmujące się problemami etycznymi związanymi z badaniami naukowymi.

Najczęściej komisje zajmujące się etyką naukowych nieinterwencyjnych badań z udziałem człowieka pełnią funkcję opiniodawczą oraz doradczą w rozstrzyganiu dylematów etycznych związanych z projektowaniem i prowadzeniem badań naukowych. Ich podstawowym celem jest zapewnienie dobrostanu osób uczestniczących w badaniu przez ochronę ich zdrowia, fizycznej i psychicznej integralności, prywatności, intymności i godności. We wrześniu 2023 roku Komisja etyczna ds. badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi UAM zorganizowała webinarium dla pracowników UAM. Podczas tego spotkania przedstawiłem referat pt. *O czym mówią regulaminy analogicznych komisji na innych uczelniach – przegląd*. Omówione w nim wyniki były efektem analizy regulaminów 26 uczelnianych lub wydziałowych komisji etycznych z tego okresu. Dla zobrazowania sposobu działania komisji etyki warto przytoczyć podstawowe obserwacje:

- jeśli chodzi o umocowanie komisji, to najczęściej jest to komisja rektorska, senacka lub jednostki międzywydziałowe, rzadziej komisja wydziałowa, a czasami przewodniczącym/przewodniczącą komisji jest z urzędu prorektor (prodziekan itp.) ds. naukowych;
- podstawą wydawanych opinii jest treść uznawanych w środowisku akademickim uporządkowanych systemów norm, zasad i zaleceń etycznych (typu Kodeks etyki pracownika naukowego PAN, „Dobre Obyczaje w Nauce” PAN czy kodeksy etyczne właściwe dla dyscypliny naukowej oraz regulacje prawa krajowego);
- co do zasady komisje nie opiniują projektów badań naukowych, które mają charakter eksperymentów medycznych w rozumieniu przepisów ustawy o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi;
- odnośnie do trybu zgłaszania wniosków, to jego złożenie jest dobrowolne jako wyraz wrażliwości etycznej badacza lub gdy wymagają tego instytucje zewnętrzne, np. wydawnictwo albo ośrodek, w którym badanie ma być realizowane; także NCN, NCBiR i inne instytucje przyznające środki finansowe na prowadzenie badań naukowych; w niektórych komisjach możliwe jest również wydawanie doraźnych opinii na temat problemów związanych z etyką badań naukowych lub prowadzonej dydaktyki na polecenie organu założycielskiego;

- wnioskodawcami są zasadniczo pracownicy danej uczelni (jednostki organizacyjnej), doktoranci i studenci uczelni (wówczas wnioskodawcą bywa promotor/opiekun naukowy lub oficjalnie akceptuje wniosek), a także uczestnicy studiów podyplomowych, czasami również i inne podmioty (np. w ramach badań wspólnych, wielośrodkowych badań naukowych itp.);
- najczęściej komisja nie rozpatruje wniosków dotyczących badań będących już w toku, chyba że w trakcie prowadzenia badań zmianie uległ ich zakres, przedmiot lub sposób prowadzenia, a wniosek był poprzednio opiniowany; czasami komisja rozpatruje wnioski dotyczące badań zakończonych, wówczas opinia może być albo pozytywna albo negatywna, bez możliwości poprawek i uzupełnień; niekiedy istnieje specjalny tryb zgłaszania opiniowania badań zakończonych lub realizowanych, np. o wydanie takiej opinii zwróci się do komisji rektor, prorektor lub przewodniczący senatu;
- typowy tryb rozpatrywania wniosków to taka sytuacja, gdy przewodniczący komisji wyznacza co najmniej jednego członka sprawozdawcę (a w przypadkach uzasadnionych co najmniej dwóch członków komisji) do przygotowania projektu opinii o zgodności projektu badania naukowego z zasadami etycznymi; czasami w trakcie prac i dyskusji nad projektem opinii oraz w przypadku wątpliwości komisja może zasięgnąć opinii zewnętrznej (spoza komisji lub uczelni) o przedłożonym projekcie;
- czasami w posiedzeniu komisji, podczas którego omawiany jest projekt opinii, może (z własnej inicjatywy lub na prośbę wnioskodawcy) uczestniczyć wnioskodawca w celu prezentacji projektu, aby osobiście wyjaśnić wątpliwe kwestie lub udzielić dodatkowych informacji; czasami jest to spotkanie z przewodniczącym komisji oraz członkiem sprawozdawcą;
- najczęściej efektem działania komisji jest jej pozytywna lub negatywna opinia; w przypadku opinii negatywnej komisja przedstawia wnioskodawcy jej uzasadnienie; istnieje również możliwość wydania warunkowej pozytywnej opinii, o ile wnioskodawca wprowadzi do wniosku wskazane zmiany i przedłoży poprawiony projekt komisji do ponownego zaopiniowania we wskazanym czasie;
- najczęściej komisja podejmuje decyzję większością głosów w głosowaniu jawnym, przy obecności więcej niż połowy jej członków;

- czasami dodatkowo wymaga się aktualizacji opinii, gdy zaszły zmiany w projekcie badania lub sposobie jego realizacji wprowadzone po uzyskaniu opinii komisji, a mające wpływ na bezpieczeństwo, interesy lub prawa uczestników badania, wymaga to ponownego zaopiniowania przez komisję w postaci aneksu; w przypadku badania naukowego trwającego dłużej niż 24 miesiące komisja ma prawo zwrócić się do kierownika badania o przedłożenie informacji dotyczących warunków lub sposobu prowadzenia tego badania;
- wydając opinię komisja może zobowiązać wnioskodawcę do składania regularnych sprawozdań z przebiegu badania oraz do przedłożenia raportu końcowego z jego realizacji;
- najczęściej wydanie opinii przez komisję jest bezpłatne (z wyłączeniem podmiotów zewnętrznych); często opinia w języku angielskim może zostać wydana każdemu wnioskodawcy na jego życzenie; rzadko jest informacja, czy można odwołać się od negatywnej opinii komisji (jeśli tak, można to uczynić do tej samej komisji, za jej pośrednictwem lub bezpośrednio do organu wyższego).

Z perspektywy dbałości o optymalny dobrostan osoby uczestniczącej w badaniu naukowym podstawowe wydają się dwa aspekty postępowania badacza: dbanie o świadomą i opartą na wiedzy zgodę osoby uczestniczącej w badaniu na potencjalne naruszenie jej praw i dyskomfort oraz jego obowiązek podania w ogłoszeniu rekrutacyjnym tzw. kryteriów wyłączenia⁶⁰. Oba te aspekty dotyczą badania ludzi, niezależnie od tego, czy badacz jest psychologiem czy nie. Kryteria włączenia osób do badań dotyczą właściwości (cech, czynników) specyficznie powiązanych z problemem badań i wskazujących na konkretną populację osób, która ma być objęta badaniem. Oczywiście kryteria włączenia nie mogą obejmować udziału osób rekrutowanych w działaniach zakazanych prawem. Kryteria wyłączenia (wykluczenia) dotyczą natomiast tych specyficznych cech osób uczestniczących w badaniu naukowym, które – inaczej niż w przypadku typowych (przeciętnych) osób wybranych na podstawie kryteriów włączenia – mogą zwiększyć ich dyskomfort związany z udziałem w badaniu lub które uniemożliwiają im pełny i pozbawiony zakłóceń udział w nim (Nowak, 2024, s. 64–65). Osoby o takich cechach stanowią podgrupę badanej populacji wyłączonej z badań.

⁶⁰ Kryteria włączenia i wyłączenia są kluczowe dla przeprowadzenia badania klinicznego.

Oczywiście zgoda na udział w badaniu naukowym powinna być dobrowolna, świadoma oraz wyrażona przed badaniem na podstawie uzyskanej zrozumiałej informacji i wyjaśnienia wątpliwości osoby badanej (Brzeziński, 2001; Malicka, 2014). Tak zwana świadoma zgoda oznacza decyzję podjętą przez osobę posiadającą zdolność psychiczną do rozumienia informacji i ich przekazywania oraz zadecydowania w kwestii swojego udziału w badaniu naukowym. Osoba ta ma również prawo do wycofania się z badania w dowolnym momencie bez żadnych konsekwencji. Podstawą jest informacja o celu, sposobie i przebiegu badania, jak również potencjalnym dyskomforcie (ryzyku) wywołanym działaniem badacza dla potencjalnych uczestników z ich punktu widzenia. Informacje te powinny być przekazane uczestnikowi badania zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej. Ważne, aby były one wyczerpujące, dostosowane do możliwości poznawczych i zrozumiałe dla każdego potencjalnego uczestnika badania. Badacz powinien się upewnić, że przekazywane przez niego informacje są zrozumiałe i wystarczające dla konkretnej osoby. Powinny one dotyczyć także zgody na publikowanie wyników badania naukowego.

Zgoda to proces (ang. *informed consent process*), a nie pojedynczy i nieodwracalny akt (ang. *informed consent*). Udział w badaniu naukowym jest również formą zdobywania przez osoby uczestniczące w nim wiedzy o jego celu i przebiegu i może się zmieniać. Czasami wiele istotnych elementów pojawia się na późniejszych etapach badania i wówczas każdorazowo należy je omówić i upewnić się, że są akceptowane przez osobę badaną. Warto też podkreślić, że zgoda na udział w badaniu naukowym wyrażana jest w innym kontekście niż zgoda na diagnozowanie czy pomoc psychologiczną. W pierwszym przypadku to badacz jest zainteresowany udziałem osoby w czynnościach psychologa, w drugim to jednostka jest najczęściej inicjatorem tego udziału. Inaczej mówiąc – udział w badaniach stanowi realizację interesu psychologa-badacza, udział w zawodowych działaniach psychologa jest zaś realizacją interesu jednostki.

W polskim prawie oświadczenie woli i oświadczenie wiedzy to dwa odrębne rodzaje oświadczeń, które mają różne skutki prawne (Stopiak, 2019). Oświadczenie woli to takie zachowanie, z którego wynika wola spełnienia zobowiązania (wywołania określonych skutków prawnych). Oświadczenie wiedzy natomiast to wypowiedź wskazująca na wiedzę o okolicznościach swojego zobowiązania, będącą uzewnętrznieniem treści umysłu, często ze wskazaniem źródeł tej wiedzy. Oświadczenia wiedzy co do zasady nie wywołują

żadnych skutków prawnych. W tym sensie zgoda osoby badanej jest raczej oświadczeniem wiedzy niż oświadczeniem woli i gdy wiedza o okolicznościach zobowiązania się zmienia, osoba badana może się ze swego zobowiązania wycofać. Badacz musi ponadto respektować indywidualną zgodę na badanie. Nie można polegać na zgodzie np. nauczycieli, przełożonych itp. Jeżeli osobą badaną jest osoba małoletnia, to należy dodatkowo uzyskać pisemną zgodę rodziców lub prawnych opiekunów (Makaruk i in., 2013; Malicka, 2013). Jeżeli małoletni ukończył 16 lat (lub nie ukończył i jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię na temat swego uczestnictwa w badaniu), konieczna jest także jego pisemna zgoda (Manti i Licari, 2018). Kwestia konieczności (lub jej braku) pisemnego potwierdzenia zgody bywa dyskutowana. Podpisane pisemne oświadczenie zgody na udział w badaniu stanowi niewątpliwie najlepiej udokumentowaną formę takiej zgody (Nowak, 2024, s. 97–98), jednak z etycznego punktu widzenia nie to jest jej istotą. W pewnych okolicznościach niezbędna jest zgoda małoletniego i za jego pośrednictwem pisemna zgoda rodziców lub prawnych opiekunów czy dokumentacja finansowej lub rzeczowej rekompensaty za udział w badaniu. Ważny jest jednak nie sam podpisany formularz, ale treść i forma przekazanych informacji. Zgoda uczestnika badania naukowego jest w tej formie „daną osobową”.

Specyficznym wymogiem dla badań naukowych z udziałem ludzi jest zapewnienie osobom w nich uczestniczącym anonimowości, chroniącej ich prywatność w przypadku udostępniania danych uzyskanych w badaniu. Anonimowość ta dotyczy nie tylko okresu badania, ale także publikacji opartej na zebranych danych naukowych (Męćfal, 2020). Anonimizacja uzyskanych w badaniu naukowym danych jest procesem przekształcenia danych osobowych nieodwracalnie w taki sposób, by nie można było ich przyporządkować konkretnej badanej osobie (Nowak, 2024, s. 11–12). Takie dane nie podlegają przepisom o ochronie danych osobowych. Natomiast pseudonimizacja oznacza działanie badacza, polegające na trwałym oddzieleniu danych osobowych od zebranych danych naukowych. Te ostatnie oznacza się kodem i przechowuje oddzielnie (Kaźmierska, 2024; Męćfal, 2020). Oczywiście problem ten nie występuje, gdy badacz nie zbiera danych osobowych. Szczególnym przypadkiem jest publikowanie *case study*, w którym mogą się znaleźć informacje pozwalające na identyfikację konkretnej osoby. Najprostsze jest oczywiście usunięcie z publikowanego tekstu danych identyfikacyjnych (imion, nazwisk, adresów, numerów PESEL, dat urodzenia, numerów telefonów, adresów e-mail, danych biometrycznych, informacji o stanie zdrowia,

preferencjach itp.). Jeśli to możliwe, w proces anonimizacji treści publikacji należy włączyć osobę, której ten tekst dotyczy.

Specyfiką narzędzi (testów) psychologicznych jest m.in. to, że w wyniku badania mogą zostać ujawnione ukryte (ukrywane) i/lub nieznane właściwości osób badanych oraz ich relacje interpersonalne. Badanie za pomocą narzędzi psychologicznych, podobnie jak badanie diagnostyczne, powinno być prowadzone z udziałem lub pod nadzorem psychologa, w relacji *face to face*. Proces testowania może wywołać emocjonalne reakcje u niektórych osób, dlatego najlepiej, gdy proces ten jest obserwowany i istnieje możliwość bezzwłocznych wyjaśnień czy nawet interwencji psychologa (Paluchowski, 2021). Ważne dla trafności wyników badania jest też przestrzeganie standardowych procedur badania testowego. Warto przy tej okazji zwrócić uwagę na to, że zdalne, niekontrolowane bezpośrednio przez diagnostę badanie może naruszać te wymagania, a ponadto stwarzać potencjalną możliwość wykonywania testów przez grupę konsultujących się osób. Podobnie jest z badaniami za pomocą ankiet. W badaniu online trudne może być utrzymanie koncentracji osób badanych, dlatego zaleca się ograniczenie trwania takiego badania do 15–20 minut (Paluchowski i Ptaszyński, 2017), co wpływać może na wybór stosowanych w badaniu naukowym testów.

Innym specyficznym problemem wykorzystywania w badaniach naukowych testów psychologicznych jest potencjalne naruszanie prawa autorskiego majątkowego, a czasami osobistego. Zgodnie ze stanowiskiem Pracowni Testów Psychologicznych PTP (PTP PTP, 2025a) testy wydawane przez Pracownię chronione są przepisami ustawy o prawie autorskim. W szczególności, bez wyraźnej zgody Pracowni Testów Psychologicznych PTP, zabronione jest ich używanie do prowadzenia badań naukowych, a także publiczne udostępnianie (dotyczy to udostępniania całego testu lub treści jego pozycji nie tylko w artykułach naukowych, ale też w pracach dyplomowych). Odnosi się to również do autorów innych legalnych testów psychologicznych (Pearson, 2021; PTP PTP, 2014; Zalewska, 2009). Także adaptacja (czy tłumaczenie) testu niefunkcjonującego dotychczas legalnie w Polsce i jego wykorzystanie w badaniu naukowym bez zgody autora lub wydawcy wersji oryginalnej stanowi naruszenie praw autorskich. Jeśli test był adaptowany w Polsce, należy zwrócić się do autora polskiej adaptacji o wyrażenie zgody, o ile ma takie uprawnienia od autora lub wydawcy wersji oryginalnej. W przypadku testu w wersji oryginalnej warunki jego wykorzystania określają autor lub wydawca (PTP PTP, 2014). Oczywiście istnieją też testy ogólnodostępne, w tym

testy opublikowane w literaturze przedmiotu. Jednak o ile w publikacji nie jest wyraźnie zaznaczone, że używanie załączonego do publikacji testu nie wymaga zgody autora, o tyle domyślnie autor jest nadal właścicielem praw i dysponentem zgody na używanie testu w badaniach. Należy oczywiście uniknąć plagiatu, czyli przywłaszczania sobie autorstwa testu, co stanowi złamanie osobistego prawa autorskiego. W szczególności dotyczyć to może testów niepublikowanych (pozarynkowych) lub znajdujących się w tzw. domenie publicznej.

Tworząc własne narzędzie, np. kwestionariusz, w przypadku korzystania z zadań innych oryginalnych narzędzi (twierdzeń) jako wymóg minimalny trzeba wskazać źródła (PTP PTP, 2014), a niekiedy posiadać zgodę autora lub wydawcy na taki zabieg (dotyczy to także publikacji zadań w tekście artykułu naukowego). Ciekawa jest sytuacja w odniesieniu do twierdzeń kwestionariusza MMPI (ang. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*; Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości). Starke R. Hathaway i John C. McKinley rozpoczęli proces tworzenia MMPI od określenia i zdefiniowania cech osobowości, które chcieli zidentyfikować za pomocą tworzonego testu psychometrycznego. W tym celu opracowali roboczą listę ponad 1000 potencjalnych twierdzeń testowych. Treść pozycji testowych została zaczerpnięta z tekstów wywiadów psychiatrycznych, podręczników psychiatrycznych, wcześniej opublikowanych skal postaw osobistych i społecznych oraz własnego doświadczenia klinicznego autorów. Żadna z pozycji testowych zaczerpniętych z wcześniejszych narzędzi nie została wykorzystana w oryginalnej formie, ale zostały one przeredagowane lub zmodyfikowane (Greene, 1991, 2000). W ostatecznej wersji kwestionariusza MMPI opublikowanej w 1942 roku znalazło się 550 różnych twierdzeń na podstawie wyników procedury porównań kontrastowych. Prawa autorskie MMPI należą do Uniwersytetu Minnesota, który pierwotnie opracował MMPI. Oznacza to, że materiały testowe, w tym same pozycje, procedury punktacji i wytyczne dotyczące interpretacji są chronione prawem autorskim. Licencję na jego sprzedaż ma Pearson Assessments, a w Polsce od 2012 roku Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Na bazie twierdzeń MMPI powstały liczne skale dodatkowe (poza podstawowymi skalami klinicznymi i skalami kontrolnymi), których szacunkowa liczba waha się od 450 do ponad 500, w zależności od konkretnej wersji (MMPI, MMPI-2 lub MMPI-2-RF). „Oficjalny” zestaw skal uzupełniających jest okresowo aktualizowany, a skale są dodawane lub usuwane. Ostatniej aktualizacji dokonano w 2001 roku. Wersja MMPI-2, opublikowana w 1989 roku,

zawierała niektóre z najczęściej używanych i spełniających wymogi psychometryczne skal dodatkowych.

Ten zalew skal kwestionariuszowych o różnej wartości i przeznaczonych do bardzo różnych celów spowodował powstanie wątpliwości co do legalności takiej praktyki. Sąd Okręgowy Stanów Zjednoczonych dla Dystryktu Minnesota (US District Court for the District of Minnesota) i Sąd Apelacyjny (Court of Appeals for the Eighth Circuit) uznał, że pozycje testu MMPI mogą być chronione prawem autorskim. Sąd stwierdził, że znaczna większość z 550 stwierdzeń testowych została znacząco zmodyfikowana lub stworzona w całości przez autorów. Doszedł również do wniosku, że autorzy włożyli wystarczająco dużo niezależnego wysiłku intelektualnego w stworzenie pozycji testowych, aby spełnić wymóg oryginalności (Justia Law, b.d.; Court of Appeals for the Eighth Circuit, 1989). W uzasadnieniu stwierdzono ponadto, że autorzy kwestionariusza dokonali znaczącego twórczego wysiłku intelektualnego przy określaniu, które odpowiedzi na które pytania sugerowałyby konkretną cechę osobowości. Inaczej mówiąc, pochodzące z języka potocznego zdania zostały nie tylko formalnie przetworzone, lecz także ze względu na swą treść wskazane jako operacjonalizacje mierzonych konstruktów (cech), co jest podstawą do uznania ich za twór oryginalny.

Powstaje też pytanie, czy udostępnianie dla celów badania online papierowych wersji testów psychologicznych w wersji cyfrowej jest legalne. Korzystanie z komputera czy częściej z platform internetowych w celu prowadzenia badań naukowych jest dzisiaj (zapewne jako pośredni skutek pandemii COVID) powszechne i – nie ma co ukrywać – wygodne. Wydaje się oczywiste, że udostępnianie w Internecie informacji o metodach obliczania wyników i ich interpretacji jest szkodliwe oraz stanowi naruszenie praw autorskich. Digitalizacja testu w formie papierowej w celu prowadzenia badań naukowych online wymaga zgody właściciela praw autorskich (APA, 2017a; PTP PTP, 2025a). Samo testowanie za pomocą sieci nie różni się znacząco od badania „twarzą w twarz” (Butcher i in., 2004; Lewis i in., 2009; Riva i in., 2003). Należy jednak podkreślić, że podręcznikowe dane na temat grupy odniesienia wyników surowych są nieadekwatne do badania w wersji cyfrowej.

Problem stanowi też jednoczesne łączenie roli zawodowej psychologa i naukowca prowadzącego badania z udziałem ludzi w obszarze psychologii (Brzeziński, 2001). Psycholog-badacz, który jest jednocześnie np. psychoterapeutą pacjenta, może być narażony na silne konflikty interesów. Dodatkowo psycholog-badacz może być skłonny do interpretowania wyników badań

w sposób korzystny dla siebie lub dla firmy sponsorującej badanie zamiast w sposób obiektywny (Różyńska i in., 2021). Możliwe rozwiązanie stanowi przeprowadzenie badania w procedurze próby podwójnie ślepej (ang. *double blind randomised trial*). Badanie podwójnie ślepe to technika eksperymentalna stosowana w wielu naukach przyrodniczych i czasami w naukach społecznych. Polega na tym, że ani badacze, ani uczestnicy badania nie wiedzą, kto jest poddany i jakiej manipulacji eksperymentalnej (np. kto otrzymuje badany lek, a kto placebo lub inny standardowy lek). Ma to na celu zminimalizowanie ryzyka stronniczości w wynikach badania, zarówno ze strony badacza, jak i osób badanych.

Rodzi to jednak ważny dylemat etyczny – pacjent potrzebujący np. psychoterapii nie otrzymuje faktycznej pomocy, choć o tym nie wie, lub otrzymuje pomoc fikcyjną albo od osoby niefachowej (Brzeziński, 2019b; Dolińska, 1999; Narodowa Komisja Ochrony Osób Uczestniczących w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych, 2011; Świątek-Młynarska, 2019). Dodatkowo badany powiązany z psychologiem-badaczem może dążyć do „pójścia mu na rękę”, potwierdzając weryfikowane hipotezy. Pacjent może czuć się zobowiązany do współpracy z psychologiem-badaczem, nawet jeśli nie jest to dla niego korzystne (Różyńska i in., 2021). Takie zjawisko może również wystąpić wtedy, gdy istnieje powiązanie służbowe między badaczem a osobami badanymi (np. egzaminator i studenci). Jest oczywiste, że zakaz łączenia ról ma na celu zapobieganie sytuacjom, w których osobiste interesy badacza mogą wpłynąć na obiektywne i bezstronne wykonywanie obowiązków zawodowych związanych z nauką. Dotyczy to zarówno finansowania badań przez firmę, z którą badacz jest związany, jak i oceniania pracy innego badacza, z którym ma on bliskie relacje itp. (Gasparski, 2020).

Psychologiczne kodeksy etyki zawodowej w centrum zainteresowania stawiają dobro jednostki, ale jednocześnie psychologowie-badacze odwołują się do swoistego relatywizmu etycznego i akceptują dezinformowanie (ang. *deception*) osób uczestniczących w badaniu⁶¹ o prawdziwym charakterze badania, argumentując to wymaganiami metodologicznymi i wskazując, że bez stosowania instrukcji maskującej nie można eksperymentalnie zbadać spontanicznych zachowań ludzi (Brzeziński, 1978, 2001, 2019a; Oczak, 2007;

⁶¹ Używa się też terminu „zasłepienie” (ang. *blinding, masking*) celu badań i innych kluczowych informacji przed uczestnikami badania, ale to inny rodzaj oszustwa (Nowak, 2024, s. 94–96).

Rosnow, 1997). Częstym argumentem za stosowaniem instrukcji maskującej jest zwiększenie realizmu psychologicznego i przez to skłonienie uczestników do zachowywania się w czasie badania naturalnie, jak w życiu codziennym. Z jednej strony podkreśla się dążenie do uniknięcia efektu oczekiwań badacza, który polega na dopasowywaniu swojego zachowania do zakładanych przez niego oczekiwań. Z drugiej strony wprowadzanie w błąd może budzić nieufność do nauki i badaczy. Okazuje się, że do połowy lat 70. praktyka oszukiwania uczestników badań w zakresie psychologii społecznej stała się powszechna. Odsetek badań wykorzystujących decepcję wzrósł z ok. 20% w 1960 roku do prawie 70% w 1975 roku (Kimmel, 2008), choć później to zjawisko było znacznie rzadsze (Nicks i in., 1997).

Krytyczna analiza kontrowersyjnych eksperymentów Solomona Ascha, Philipa Zimbardo czy Stanleya Milgrama kieruje uwagę na zakres (kompletność) informacji dotyczących celu badania, jego przebiegu i ewentualnych następstw przekazywanych osobie uczestniczącej w badaniu (Brzeziński, 1978, 2001, 2019a; Kimmel, 2008; Oczak, 2007; Rosnow, 1997). Celem ukrywania tych informacji jest m.in. podkreślenie szczególnej doniosłości przedmiotu badania (por. Pater, 2023), a także dążenie badacza do uniknięcia odmów udziału w badaniu, co stanowi jego uzasadniony interes. Jednak uczestnicy mogą odczuwać dyskomfort po odkryciu, że zostali oszukani lub sprowokowani do zachowań nieakceptowanych społecznie (Wypler, 2013). Nieistotne jest argumentowanie – jak w przypadku eksperymentu więziennego Zimbardo – że komisja etyczna (tu: Uniwersytetu Stanforda) udzieliła zgody na to badanie, nie analizując potencjalnych i – jak się wydawało – mało prawdopodobnych szkodliwych jego konsekwencji. Dzisiaj takie komisje często oczekują od badacza, że w efekcie samokrytycznej analizy scenariusza badania eksperymentalnego sam wskaże takie konsekwencje i sposoby radzenia sobie z nimi, gdy się pojawią w czasie badania lub po jego zakończeniu (Brzeziński, 2001, 2019a). Dlatego ważne jest, aby takie badanie naukowe prowadził doświadczony psycholog lub odbywało się ono pod jego nadzorem.

Pojawia się jednak pytanie – skoro „Jednym z naczelnych praw OUB⁶² jest jej prawo do informacji o wszystkich aspektach badania naukowego, które

⁶² W odnośniku do artykułu Autor deklaruje: „W ostatnich latach [...] zastępuje się parę określeń: «eksperymentator – osoba badana» (ang. «*experimenter/subject*») parą: «badacz – osoba uczestnicząca w badaniu» (ang. «*researcher/participant*»). Także i w tym artykule będę konsekwentnie posługiwał się tą drugą parą określeń oraz skrótem OUB

mogą mieć wpływ na jej gotowość do wzięcia udziału w tym badaniu” (Brzeziński, 2001, s. 64), to jak bardzo szczegółowa ma być informacja o celu badania? Jest oczywiste, że powinna ona zawierać dane o ryzykach związanych z zaplanowanym badaniem i podkreślać znaczenie wyników tego badania. Czy dostarczenie pełnych informacji na temat pytań badawczych oraz weryfikowanych hipotez, a także przewidywanych wyników oraz ich indywidualnego i społecznego znaczenia zwiększy wiedzę osoby uczestniczącej w badaniu i wpłynie na jej decyzję o udziale w nim? Może warto, by badacz dokonał pewnego eksperymentu myślowego: wyobraził sobie informację o celu badania podaną przed udziałem i po udziale w badaniu oraz określił, czym mogłyby się one różnić, a następnie czy ta różnica spowodowałaby odmowę udziału. Odpowiedź pozytywna wskazywałaby na konieczność rozstrzygnięcia dylematu etycznego.

Po zakończeniu badania konieczne jest przeprowadzenie procedury odkłamania (debriefingu), w której badacz wyjaśnia uczestnikom prawdziwy cel badania i powody zastosowania decepcji oraz informuje o sposobie wykorzystania zebranych danych. W niektórych przypadkach, szczególnie gdy decepcja mogła wywołać negatywne emocje i obniżyć poczucie wartości uczestników z powodu zachowań niezgodnych z ich deklarowanymi normami, konieczne jest zapewnienie im wsparcia psychologicznego (Brzeziński, 1978; Oczak, 2007). Nie wystarcza więc interwencja czysto poznawcza, ale potrzebne są empatia i pomoc psychologiczna. Jak pisze Brzeziński (1978): „[...] badacza powinna obowiązywać zasada, iż żadna osoba badana nie powinna opuszczać laboratorium psychologicznego z większym poziomem lęku i niższą samooceną, niż miało to miejsce przed jej zgłoszeniem się na badania” (s. 48). Debriefing, w najszerszym znaczeniu, to proces rozmowy i analizy po jakimś wydarzeniu, mający na celu zrozumienie i wyciągnięcie wniosków z tego doświadczenia istotnych dla jednostki i/lub dla organizacji. Ma on formę indywidualną lub grupową – w zależności od kontekstu – i służy różnym celom, takim jak ułatwienie emocjonalnego radzenia sobie z trudnymi przeżyciami (jako element kompleksowego wsparcia psychologicznego), wyciągnięcie wniosków na przyszłość czy też poprawa efektywności działania w przyszłych zadaniach. Może to być rozmowa po zakończeniu misji wojskowej, realizacji projektu biznesowego czy przeprowadzeniu badania. Debriefing

w miejsce sformułowania: «osoba uczestnicząca w badaniu». To ważna zmiana akceptująca podmiotowość osób uczestniczących w badaniu” (por. też Brzeziński, 1978).

był dawniej wykorzystywany w pomocy osobom, które doświadczyły sytuacji kryzysowej, zgodnie z zasadą: bliskość, natychmiastowość i podtrzymanie nadziei (ang. *critical incident stress debriefing*) (Urbaś, 2004).

Alternatywą dla decepcji może być stosowanie różnych metod badawczych i źródeł danych w celu weryfikacji hipotez zamiast badania wykorzystującego instrukcję maskującą (triangulacja; Hornowska i in., 2012). Istnieją inne metody, które mogą być mniej inwazyjne niż decepcja, np. ukrywanie celu badania poprzez użycie prawdziwych, ale ogólnych sformułowań w instrukcji, poinformowanie na początku o zatajeniu pewnych informacji. Inną techniką jest granie roli (ang. *role playing*), opisane przez badacza i uwzględniające umowność całej sytuacji badawczej (Brzeziński, 1978, s. 45–47). Polega ona na wyobrażeniu sobie siebie w określonej sytuacji i zachowaniu się adekwatnie do niej, co wzbudza w uczestniku badania pozytywną motywację i chęć współpracy. Ważne są też rola szkoleń eksperymentatorów i ich staranność w psychologicznym nadzorze nad przebiegiem badań wykorzystujących instrukcję maskującą (Boynton i in., 2013).

Jednym z aspektów etycznych naukowej i społecznej odpowiedzialności psychologów-badaczy jest wrażliwość na motywę uczestnictwa w badaniu naukowym. Problem postaw i motywacji uczestników badania naukowego i ich wpływ na jego wyniki nie jest ograniczony jedynie do badań w obszarze psychologii. Jednak z psychologicznego punktu widzenia warto skupić się na osobie badanej. Zwraca się uwagę (Brzeziński, 2019c, s. 95–138, 2023) na to, że uczestnicy badań naukowych doświadczają konfliktu między dwiema postawami – współpracą z badaczem (ang. *experimenter effects*) oraz ochroną obrazu siebie. Według koncepcji tzw. efektu eksperymentatora uczestnicy badania tworzą przekonania na podstawie nieintencjonalnych wskazówek (ang. *demand characteristics*) sugerujących osobie badanej treść hipotezy badawczej (Orne, 1991; Sułek, 1979, s. 115–116)⁶³. Uczestnik badania będzie dążył do zachowania się (ze zróżnicowanych indywidualnych powodów) zgodnie z subiektywnie rozpoznaną treścią hipotezy albo niezgodnie z nią. Przekonania te mogą zmieniać wyniki badania i utrudniać ich replikację (i w tym sensie osoba także uczestniczy w badaniu). Według innej hipotezy badacz bezpośrednio lub pośrednio generuje oczekiwania

⁶³ Jak pisał Orne: „Demand characteristics, on the other hand, are a problem only when we are studying sentient and motivated organisms. Light rays do not guess the purpose of the experiment and adapt themselves to it, but subjects may” (Orne, 1969, s. 147).

(ang. *interpersonal expectations*) dotyczące zachowania się uczestnika badania, wzmacniając te, które są zgodne z treścią jego hipotezy, co potencjalnie wpływa na wyniki badania (Rosenthal, 1963). Proponowane są różne sposoby uniknięcia lub minimalizowania tych skutków (Rosenthal, 2005; Sulek, 1979, s. 127). Na przykład w celu kontrolowania efektów oczekiwania eksperymentatora w badaniach eksperymentalnych proponuje się stosowanie podwójnie ślepej próby, ponieważ badacz nie wie, którzy badani otrzymali konkretne warianty bodźca. W celu uniknięcia efektów niezamierzonej komunikacji niewerbalnej rekomenduje się, aby badanie lub jego poszczególne fazy prowadziły osoby, które nie znają hipotez i są neutralne wobec badania. Można też korzystać z nagranych instrukcji, a także poszukiwać uczestników badań wśród osób nieobeznanych z badaniami eksperymentalnymi czy ankietowymi (por. też dalej). Ciekawy jest tzw. efekt ankierski, który polega na tym, że ankier wpływa na uzyskiwane odpowiedzi poprzez formułowanie pytań, ton głosu, mowę ciała, wygląd i cechy osobiste (Horbaczewski, 2001; M.W. Zieliński, 2013).

Ochrona wizerunku uczestnika badania naukowego i dążenie do utrzymania pozytywnego obrazu samego siebie (ang. *evaluation apprehension*) stanowi drugi ważny czynnik wewnętrzny, tym razem związany z osobą uczestniczącą w badaniu (Rosenberg, 1991; Sulek, 1979, s. 116–118). Uczestnicy badania chcą dobrze się zaprezentować, pokazać się w pozytywnym świetle i mogą nie przyznawać się do cech, które uważają za negatywne lub społecznie nieakceptowalne, szczególnie jeśli badanie dotyczy wrażliwych społecznie bądź aktualnie kontrowersyjnych problemów. To zjawisko nazywane jest efektem poszukiwania społecznej aprobaty (Izdebski i in., 2013). Może dochodzić do konfliktu pomiędzy współpracą z badaczem a pozytywną oceną siebie. Jeśli lojalność wobec badacza wymagałaby ujawnienia negatywnie ocenianych cech osobowości, to uczestnicy badania zachowywaliby się nielojalnie, czyli wbrew subiektywnej wiedzy o postawionej hipotezie (Brzeziński, 2019c, s. 110–134; Minor, 1970; Sigall i in., 1970; Sulek, 1979, s. 117–118).

Jak wspomniano, jednym ze sposobów uniknięcia wpływu efektu eksperymentatora jest zatrudnienie do prowadzenia badań (administrowania) osób nieznających hipotez i niezainteresowanych określonym wynikiem danego badania (oczywiście pod warunkiem, że materiały wykorzystywane w badaniu nie sugerują treści hipotez badacza). Można wykorzystać platformy do badań zdalnych, oferujące narzędzia i zasoby potrzebne do prowadzenia takich badań. W swojej podstawowej formie umożliwiają one wprowadzenie

własnych narzędzi kwestionariuszowych czy ankietowych, a następnie udostępnienie osobom zainteresowanym linku do tego miejsca w celu zebrania danych. Takimi platformami są m.in. Microsoft Forms, Google Forms, SurveyMonkey, Typeform, Moodle lub SurveyLab, LimeSurvey. Korzystanie z badania za pomocą komercyjnych narzędzi psychologicznych za pośrednictwem takich platform może potencjalnie naruszać prawo autorskie. Podobną funkcję mogą pełnić platformy do przeprowadzania testów psychologicznych online, będące właścicielami praw autorskich, wymagające podpisania umowy na przekształcenie formy papierowej testów na formę komputerową na użytek prac naukowych (np. Epsilon). W ich przypadku niebezpieczeństwo naruszenia prawa autorskiego oczywiście nie istnieje.

Są też platformy służące do rekrutacji uczestników badań. Przykładem może być platforma PdRUB, czyli Platforma do Rekrutacji Uczestników Badań, której właścicielem jest Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej⁶⁴. Inne takie platformy to Amazon Mechanical Turk (MTurk), CrowdFlower (CF) czy Prolific (Buhrmester i in., 2018; Douglas i in., 2023). Prolific to anglojęzyczny startup założony przez Ekaterinę Damer i Phelima Bradleya w 2014 roku, który pomaga badaczom rekrutować uczestników do badań online (Peer i in., 2017). Osoby dobierane są z bazy na podstawie takich kryteriów zlecniodawcy, jak dane demograficzne, zainteresowania itp. Cechy formalne odpowiedzi na ankiety i kwestionariusze udzielane przez członków bazy osób są kontrolowane (np. szybkość), a osoby, które odpowiadają za szybko i nieuważnie, są eliminowane z bazy (Saad, 2021).

Wynagrodzenie dla uczestników badania jest złożoną kwestią etyczną. Powszechnie przyjmuje się, że powinni oni otrzymać rekompensatę za poświęcony czas i wszelkie niedogodności lub dyskomfort doświadczony podczas badania, ale kwota, metoda płatności oraz status osób badanych muszą być dobrze przemyślane (Łuków, 2022; Różyńska, 2022). System wynagradzania może przyjmować różne formy, w tym korzyści pieniężne lub niepieniężne, takie jak upominki, punkty, które można wymieniać na nagrody, bony podarunkowe albo rabatowe czy kupony, po bezpośrednie przelewy gotówkowe, w tym zwrot faktycznie poniesionych przez uczestnika kosztów związanych z udziałem w badaniu. Pragmatyczne powody oferowania płatności uczestnikom badań są oczywiste: zwiększają one wskaźniki skuteczności rekrutacji i pomagają unikać odmów podczas badania. Jednym z aspektów budzących

⁶⁴ <https://www.aps.edu.pl/nauka/platforma-badawcza-pdhub/> (dostęp: 15.12.2025).

wątpliwości etyczne są tzw. zawodowe osoby badane, które są losowane na podstawie kryteriów ustalonych przez zleceniodawcę z bazy osób powiązanych z daną platformą. Istotne jest, aby wynagrodzenie nie było jedynym powodem, dla którego ktoś decyduje się na udział w badaniu. Motywacje mogą oczywiście być różne, ale badacz ma prawo oczekiwać, że uczestnicy badania kierują się altruizmem i interesem społecznym, a nie tylko osobistym (chęcią zarobku). Osoby badane mogą starać się tak modelować swoje zachowania podczas badania naukowego, by zapewnić sobie udział w innych badaniach i stale otrzymywać rekompensatę finansową. Problem ten dotyczy również studentów, którzy są zachęcani do udziału w badaniach naukowych poprzez przydzielanie im punktów ECTS (UW, 2025).

3 O DYDAKTYCE ETYKI ZAWODOWEJ PSYCHOLOGÓW

Rozdział ten oparty jest na ponad dwudziestoletnim doświadczeniu dydaktycznym autora. Po analizie sensu akademickiego nauczania etyki zawodu jako sposobu wychowania moralnego przedstawiono wyniki ankiety wśród osób prowadzących zajęcia z etyki zawodu psychologa. W dalszej części zaprezentowano formy wyjścia poza tradycyjny wykład i reakcje studentów na te działania.

3.1 SENS NAUCZANIA ETYKI ZAWODU

Do wybuchu drugiej wojny światowej edukację etyczną traktowano w polskiej tradycji uniwersyteckiej jako jeden z filarów kształcenia akademickiego (Jaroń, 2012). Jeszcze w latach 60. przedmiotami obowiązkowymi na uniwersyteckich studiach psychologicznych w Poznaniu były wykłady z logiki wraz z ćwiczeniami (jeden semestr), wykłady i ćwiczenia z historii filozofii (dwa semestry) oraz wykłady i ćwiczenia z etyki (dwa semestry). Wiele lat później wyeliminowano je z planu studiów (Jaroń, 2012; Toeplitz, 2000). W niektórych uczelniach etyka pozostała jako przedmiot fakultatywny lub uzupełniający dla specjalizacji klinicznej (Toeplitz, 2000, s. 246). Pierwszy podręcznik etyki zawodu psychologa ukazał się w 1992 roku (Brzeziński i Poznaniak, 1992), rok po ukazaniu się (z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego) Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa (PTP, 1991; Toeplitz, 2000). Na Wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM od blisko 15 lat prowadzony jest obowiązkowy wykład w semestrze zimowym V roku studiów.

Naiwnością byłaby wiara, że nauczanie etyki, w tym etyki zawodu, wyeliminuje wszelkie złe i niemoralne zawodowe działania adeptów psychologii. Choć wiedza o etyce jest potrzebna, by np. umieć oceniać różne zawodowe działania, to jednocześnie nie wykorzeni ona zła. Jak stwierdził Kosewski

(1985, 1999, 2007), warto poszukiwać odpowiedzi na dwa pytania: Dlaczego ludzie idą za tym, co dobre? Dlaczego ludzie, ceniąc to, co dobre, idą za tym, co złe? (por. też 2.2.5 Model podejmowania decyzji). Odpowiadając na pierwsze pytanie, wskazał (Kosewski, 1985, 1999, 2007), że podstawą jest przynosząca wewnętrzną satysfakcję zgodność pomiędzy obrazem siebie a faktycznym zachowaniem, czyli konsonans godnościowy. To on zaspokaja potrzebę własnej godności i daje wysokie poczucie własnej wartości. Natomiast kiedy dochodzi do godnościowego dysonansu z powodu pójścia za tym, co złe (np. realizacja własnego interesu), łatwiejsze niż zmiana zachowania jest poszukiwanie wiarygodnych usprawiedliwień. Powstają one głównie w procesie społecznego uzgadniania np. w grupie zawodowej. Tworzy się wówczas swojego rodzaju etos zawodowy będący ekspresją podkultury usprawiedliwień, pozwalający zredukować dysonans moralny (Kosewski, 1985, 1999, 2007). Zgodzić się można z tezą, że zajęcia z etyki (nawet w obszarze etyki zawodu) mają bardziej charakter formacyjny niż przekazywanie wiedzy. „Formacja w zakresie etycznego postępowania” (Jaroń, 2012, s. 129) obejmuje poznanie i zrozumienie podstawowych wartości etycznych, rozwój wrażliwości moralnej, w tym zdolności rozpoznawania dylematów etycznych, umiejętność podejmowania decyzji etycznych oraz kształtowanie postaw i nawyków etycznych (EFPA, 2016). Można by nawet mówić o wychowaniu etycznym, uwzględniającym oba te aspekty.

Istnieje kilka sposobów uprawiania i promowania etyki zawodu (Brzeziński i in., 2004; Brzeziński i in., 2019; Kosewski, 2012):

- moralizowanie – przekonywanie ludzi za pomocą rozmaitych form perswazji, aby w większym stopniu kierowali się motywami pozaosobistymi; zapewne jest prawdą, że ludziom nie brakuje wiedzy etycznej do trafnej oceny zachowania w sytuacjach pokusy, lecz mają oni za wiele usprawiedliwień; moralizatorstwo wyklucza kompromis;
- formułowanie szlachetnych celów, wyprowadzanych z określonej wizji świata, człowieka i społeczeństwa oraz kładzenie większego nacisku na formowanie niż nauczanie;
- propagowanie dobrych wzorów i „budujących przykładów”, a następnie ćwiczenia treningowe na przykładach z życia wziętych;
- racjonalizowanie – wymyślanie przekonujących uzasadnień dotyczących tego, co faktycznie się dzieje oraz co ludzie uważają za etyczne;
- stanowcze potępienie nieetycznych zachowań oraz formułowanie w kodeksach etycznych sankcji dyscyplinarnych; ze strachu przed karą

ludzie nie zachowują się godnie i etycznie, ale strachliwie i poszukują wiarygodnych usprawiedliwień, więc to z nimi należy walczyć oraz pozbawiać je wiarygodności.

Niewątpliwie moralizowanie oraz wskazywanie wzorcowych przykładów działań psychologów jest pociągające, lecz mało skuteczne, uzasadnianie praktyki wydaje się zaś praktyczne, ale i cyniczne. Lepsze niż wskazywanie wzorców jest zapewne dyskutowanie rzeczywistych przypadków. Nie wystarczy również tylko pisać i mówić o etycznym kontekście psychologii – podejmowanie moralnej odpowiedzialności za swoje działania powinno być stałym elementem zajęć podczas studiów psychologicznych, badań i praktyki psychologicznej, a także pozostałych działań psychologa.

3.2 SPOSOBY UCZENIA ETYKI – Z DOŚWIADCZEŃ POLSKICH UCZELNI

Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM zorganizował w czerwcu 2023 roku webinarium poświęcone zajęciom z etyki zawodu psychologa. Na podstawie przeglądu sieci sporządzono listę osób prowadzących zajęcia analogiczne lub zbliżone do etyki zawodu psychologa oraz listę uczelni prowadzących zajęcia z psychologii. Na przygotowaną w ten sposób listę adresową wysłano zaproszenie do udziału w webinarium. Otrzymano łącznie 34 zgłoszenia. Wśród zgłaszających 22 osoby osobiście prowadziły zajęcia z etyki zawodu psychologa. Skierowano do nich ankietę na temat formy i treści tych zajęć. W trakcie webinarium wygłoszono cztery referaty⁶⁵ oraz przedstawiono wyniki ankiety.

Na pytanie: „Na którym roku studiów najlepiej byłoby prowadzić zajęcia z etyki zawodu psychologa?” odpowiedzi były następujące:

- na I roku – 10,8%;
- na II roku – 13,5%;
- na III roku – 21,6%;
- na IV roku – 32,4%;
- na V roku – 21,6%.

⁶⁵ W.J. Paluchowski, *Uczenie się i nauczanie etyki zawodu psychologa*, Z. Toeplitz, *Czy można nauczyć etyki zawodowej na wykładzie?*, P. Rosół, *Etyka zawodu psychologa bez kodeksu*, A. Bogatyńska-Kucharska, *Zasada dobroczynności oraz szacunku dla autonomii*.

Mimo relatywnej dominacji IV roku studiów wskazywanie pozostałych lat można interpretować jako akceptację włączania problematyki etycznej do innych zajęć w czasie całych studiów.

Na pytanie o „Najkorzystniejsze dla tego przedmiotu formy zajęć – sposoby pracy ze studentami” odpowiedzi były następujące:

- konwersatorium/seminarium (omówienie i dyskusja wskazanych problemów w literaturze przedmiotu) – 30,2%;
- ćwiczenia (np. rozwiązywanie przykładowych dylematów podczas zajęć) – 28,3%;
- projekt indywidualny (np. rozwiązanie dylematu etycznego) – 17,0%;
- wykład 13,2%;
- projekt grupowy (np. rozwiązanie dylematu etycznego) – 11,3%.

Wykład jako forma nauczania etyki zawodu ma prawie najmniej zwolenników wśród osób ankietowanych. Jest to jednak deklaracja, a nie sprawozdanie z faktycznej realizacji tych zajęć. Natomiast jak wynika z ankiety, w której wzięło udział 136 nauczycieli etyki z programów akredytowanych przez APA w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, tradycyjne wykłady były najczęściej wskazywaną metodą nauczania w szkoleniach i kursach podyplomowych (95,6%) (Domenech-Rodriguez i in., 2014). Często wykorzystywaną metodą były dodatkowo dyskusje w małych (80,1%) i dużych grupach (61,8%).

Na pytanie o „Najkorzystniejsze dla tego przedmiotu kryteria oceniania uzyskanych efektów kształcenia i uczenia się” odpowiedzi były następujące:

- umiejętność dostrzegania złożoności problemów i dylematów etycznych – 16,0%;
- znajomość potencjalnych zagrożeń w realizacji roli zawodowej psychologa – 15,1%;
- znajomość podstawowych rozwiązań zawodowych problemów i dylematów etycznych – 15,1%;
- umiejętność dostrzegania praktycznego kontekstu podejmowania decyzji etycznych – 15,1%;
- wiedza o podstawowych zasadach podejmowania decyzji etycznych – 12,3%;
- umiejętność dostrzegania aspektów paternalizmu i dyrektywności w realizacji roli zawodowej psychologa – 10,4%;
- znajomość wybranych zawodowych kodeksów etycznych – 9,4%;
- znajomość praw człowieka – 5,7%;
- znajomość pojęcia błędów logicznych argumentacji i ich rodzajów – 0,9%.

Ponad 50% wskazań respondentów dotyczy wrażliwości na praktyczne problemy etyczne oraz ich złożoność. Warto też podkreślić, że jest relatywnie niska liczba odpowiedzi dotyczących znajomości kodeksów zawodowych. W badaniach ankietowych w USA i Kanadzie (Domenech-Rodriguez i in., 2014) najczęściej deklarowanym celem nauczania było rozwijanie krytycznego myślenia (94,9%), wskazanie różnych standardów i przepisów (92,6%) oraz przygotowywanie słuchaczy do korzystania z modeli podejmowania decyzji etycznych (92,6%).

Na pytanie o „Najkorzystniejsze dla tego przedmiotu metody oceniania (weryfikacji) uzyskanych efektów” odpowiedzi były następujące:

- projekt indywidualny – 26,5%;
- egzamin pisemny (pytania otwarte) – 20,4%;
- projekt zespołowy – 20,4%;
- egzamin ustny – 18,4%;
- egzamin pisemny (testowy z odpowiedziami do wyboru) – 12,2%;
- aktywność podczas zajęć – 2,0%.

Egzamin pisemny (w różnej formie) miał najwięcej zwolenników wśród badanych osób.

Zdaniem uczestników ankiety „Najkorzystniejsze z punktu widzenia celów tego przedmiotu treści zajęć” to:

- pojęcie i znaczenie tajemnicy zawodowej – 12,6%;
- problemy i dylematy etyczne w diagnozowaniu – 11,9%;
- problemy i dylematy etyczne w psychoterapii, pomaganiu i doradztwie – 11,9%;
- problemy i dylematy etyczne w orzekaniu – 10,6%;
- etyka psychologicznych badań naukowych z udziałem ludzi – 10,6%;
- problemy i dylematy etyczne w pracy biegłego psychologa – 9,9%;
- treść najważniejszych psychologicznych kodeksów etycznych – 9,9%;
- podejmowanie decyzji etycznych (modele) – 9,9%;
- miejsce problematyki w psychologii (w tym rozwojowej i społecznej) – 7,9%;
- miejsce problematyki etyki w filozofii – 2,0%;
- tematyka zajęć ustalana ze studentami – 0,7%;
- problemy etyczne w biznesie – 0,7%;
- etyka korzystania z narzędzi – 0,7%;
- zasady etyczne w publicznych, medialnych wystąpieniach psychologów – 0,7%.

Ciekawe są wskazane przez uczestników ankiety „Formy dydaktycznej współpracy z psychologami praktykami”:

- spotkanie podczas zajęć z psychologiem i rozmowa na temat etycznych problemów zawodu – 40,9%;
- spotkanie podczas zajęć z członkiem sądu koleżeńskiego (lub podobnym ciałem) i rozmowa na temat etycznych problemów zawodu – 31,8%;
- konsultacje podczas realizacji projektów indywidualnych lub grupowych – 27,3%.

Propozycja udziału w zajęciach kursowych psychologa praktyka wydaje się szczególnie cenna. Bez odpowiedzi pozostaje pytanie, czy nasze społeczne oczekiwania i wymagania wobec zawodowych działań psychologów są wystarczające. Klienci/pacjenci nie muszą znać kodeksów, ale powinni mieć jakieś oczekiwania wobec nas. Wewnętrzne dyskusje (kłótnie?) na temat tego, czy podejście humanistyczne w uprawianiu psychologii jest naukowe, czym różni się psychoterapia od pomagania, w jakim obszarze interwencji potrzebne są skończone studia psychologiczne itp., sprawiają wrażenie rodzinnej kłótni i nie sprzyjają tworzeniu społecznego pozytywnego obrazu etosu zawodu psychologa (A. Bańka, 2013; Brzeziński, 2011a).

3.3 ETYKA ZAWODU PSYCHOLOGA – WYKŁAD I CO DALEJ?

Obligatoryjny problemowy wykład kursowy ułatwia początkującym wejście w przedmiot, jest jednak formą zdecydowanie pasywną, co ogranicza skuteczność przekazu. Celem powinno być zainicjowanie u słuchaczy procesu myślowego, który będzie kontynuowany także poza salą wykładową. Istnieje – także w wynikach ankiety – zasadna wątpliwość, czy etyka nauczana w ramach wykładów jest wystarczająca dla funkcjonowania w zawodzie i czy nie lepiej w tym celu odejść od nauczania *ex cathedra* na rzecz konwersatoriów lub ćwiczeń (Jaroń, 2012; Korkut, 2020), w trakcie których byłoby miejsce na tzw. nauczanie problemowe (ang. *problem-based learning*), pozwalające na samodzielne zdobywanie wiedzy (ang. *experience learning*), podczas analizy konkretnego przypadku dotyczącego zachowania etycznego (Jaroń, 2012). Metoda ta w nauczaniu akademickim pojawiła się w kształceniu lekarzy w odpowiedzi na rozdzźwięk między oczekiwaniami praktyki a nauczaniem akademickim (M.M. Kowalczyk, 2022). Ten sposób kształcenia w większym stopniu kładzie nacisk na budowanie postaw i wrażliwości na problemy etyczne w codziennej

praktyce niż konkretną wiedzę (Pasierski, 2016). Przedmiot oceny stanowi proces rozwiązywania problemu i/lub jego ostateczny efekt (ang. *activity-based learning*). Może mieć on charakter indywidualny lub grupowy, a prowadzący zajęcia pełni rolę mentora (M.M. Kowalczyk, 2022). Co roku w ankietach studenckich oceniających prowadzone zajęcia pojawia się postulat uzupełnienia wykładu z etyki konwersatoriami albo zastąpienia nimi wykładu. Niestety, tego postulatu studentów i prowadzących zajęcia nie udaje się zrealizować.

W literaturze dyskutuje się też o miejscu (czasie) nauczania etyki zawodowej. Jedni uważają, że jej elementy powinny pojawiać się (w różnej formie: samodzielne lub włączone w prowadzone zajęcia) już od początku studiów (Pasierski, 2016; Toeplitz, 2000, s. 248). Inni twierdzą, że powinny być omawiane dopiero w ramach specjalności, z większym naciskiem na rozwiązywanie konkretnych dylematów, prowadzone przez psychologów praktyków (Toeplitz, 2000, s. 250–251; EFPA, 2016). Można kompromisowo przyjąć, że należy połączyć wykład wprowadzający na początku kształcenia i zintegrowane moduły przez cały okres nauki (Pasierski, 2016), z akcentem na konwersatoryjne zajęcia w ramach specjalności. Odrębne zajęcia z etyki realizowane na ostatnim roku mają wtedy szansę integrować wiedzę z różnymi specjalistycznymi kontekstami i budować samoświadomość przyszłych psychologów.

W nauczaniu etyki ważne jest uwzględnienie aktualnego i zmieniającego się publicznego rozumienia różnych aspektów praktyki psychologów (EFPA, 2016). Treść prowadzonego przeze mnie wykładu z etyki zawodowej od 2003 roku ewoluowała i była aktualizowana co roku. Od roku 2014 na 30 godzin wykładu składają się 22 godziny poświęcone etyce zawodu psychologa oraz osiem godzin etyki badań naukowych (prowadzonych przez prof. dr. hab. Jerzego Brzezińskiego). W obecnej formie treść tego przedmiotu została opracowana w grudniu 2024 roku. Od początku zajęć istnieje specjalnie stworzona strona WWW poświęcona etyce zawodu psychologa⁶⁶, także regularnie aktualizowana.

Można powiedzieć, że „czysta wiedza” to tylko część tego, co ważne – etyki nie da się bowiem nauczyć na pamięć. Sposobem sprawdzania wiedzy nie może więc być jedynie test pamięci. Bardzo istotne są umiejętność korzystania z wiedzy i własnej wrażliwości etycznej oraz ocena dostrzegania problemów oraz umiejętności ich rozwiązywania (Toeplitz, 2004). Etyka zawodowa to nie

⁶⁶ <https://paluchja-zajecia.web.amu.edu.pl/etyka-zawodu-psychologa-wyklad-228-godzin/> (dostęp: 15.12.2025).

instrukcja obsługi zawodu – to wrażliwość etyczna odnoszona do roli zawodowej. Jedyną drogę uczenia się etyki stanowi refleksja nad dylematami etycznymi i doświadczanie (BPS, 2015; Łukaszewski, 2004; Staniszevska, 2000).

Oczywiście konieczne jest sprawdzenie wiedzy uczestników zajęć (w tym przypadku wykładu). Stawia to wykładowcę przed problemem, co wybrać: egzamin ustny, egzamin testowy czy umiejętność stosowania wiedzy? Wybór między egzaminem testowym a ustnym jest z powodów pragmatycznych dość prosty: egzamin ustny, przy uwzględnieniu liczby studentów, ok. 10 minut przeznaczonych na każdą osobę oraz konieczności subiektywnej oceny odpowiedzi, trwałby dłużej niż wykład, niezależnie od przyjętego trybu studiowania. Test wiedzy (wiadomości) pozostaje sensownym wyborem. Jednak pytania w stylu: „W którym roku urodził się Kant”, „Jakie były ostatnie słowa na łożu śmierci Thomasa Hobbesa?” czy „Ile paragrafów liczy Kodeks PTP” są w kontekście tego przedmiotu nieadekwatne. Trzeba więc szukać rozsądnego kompromisu. Z jednej strony pytania powinny wykraczać poza proste odwoływanie się do pamięci (reprodukcji), mieć charakter problemowy (twórczy), nawiązywać do treści wykładu i mieć jednoznaczny klucz oceny odpowiedzi (wyborów). Z drugiej strony tylko umiejętność stosowania wiedzy przynosi sukces w nauczaniu etyki (Paluchowski, 2017b).

Metodą aktywizacji wspomnianego procesu myślenia poza salą wykładową jest poproszenie studentów o podjęcie działań fakultatywnych. Z tego powodu ten przedmiot można było zaliczyć w dwóch krokach (poziomach). Dla tych, którzy nie chcą się wgłębiać w zawiłości etycznych dylematów związanych z pracą psychologa, jedyne kryterium stanowi zaliczenie testu wiadomości w postaci testu wielokrotnego wyboru. Pytania dotyczą zarówno etyki badań naukowych (33%), jak i etyki zawodu psychologa (67%). Łącznie maksymalna ocena z egzaminu to 90% oceny pełnej. Pytania dotyczące etyki zawodu były losowane: połowa z puli pytań pamięciowych, a druga połowa z puli pytań problemowych. Średni wynik egzaminu testowego za ostatnie pięć lat wynosił 21/30 punktów ($SD = 2,4$). Dla osób zainteresowanych sprawdzeniem ich umiejętności analizowania i podejmowania decyzji etycznych (w obszarze zawodu psychologa) drugą formą zdobycia punktów dodatkowych było zadanie fakultatywne. Za wykonanie takiego zadania można otrzymać punkty dodatkowe, dopisywane do punktów za zdany pisemny egzamin kursowy. W corocznych opiniach studentów krytycznie oceniana była możliwość zdobycia pełnej oceny (bardzo dobrej) jedynie po wykonaniu któregoś z zadań fakultatywnych. Studenci pisali: „[...] Uważam jednak za niesprawiedliwe,

że [aby] dostać lepszą ocenę [trzeba] spełnić dodatkowe aktywności jak udzielanie się na blogu [...] Zadania określone «dodatkowymi» niestety okazują się (patrzac na maksymalną możliwą ocenę) obowiązkowymi, jeśli są brane pod uwagę w określaniu ostatecznej oceny. Po takiej samej formie zaliczenia w zeszłych latach zadania «dodatkowe» raczej odstraszały [...] Nie rozumiem celu istnienia bloga i warunkowanie oceny dobrej lub wyższej udzielaniem się tamże. Jest to niesprawiedliwe i w żaden sposób nie zwiększa pojmowania moralności przez studentów [...] dodatkowe aktywności mogłyby jedynie zwiększać możliwość otrzymania dobrej oceny, a nie być jej warunkiem koniecznym [...] Egzamin powinien umożliwiać zaliczenie na ocenę bdb, a zadania dodatkowe – na ewentualne podwyższanie oceny [...]”. Pojawiały się też inne opinie: „[...] Uważam, że rozważanie dylematów etycznych poprzez bloga jest bardzo sprytnym sposobem na pogłębienie wiedzy u studentów [...] Nieocenionym źródłem wiedzy, okazją do sprawdzenia swoich umiejętności i miejscem, do którego będę wracać, był też blog Profesora, będący efektem Jego pracy i Jego studentów [...]”.

Pierwotnie jednym z takich zadań fakultatywnych była praca grupowa (3–5 osób). Polegała ona na zaproponowaniu analizy trzech fikcyjnych przypadków dotyczących złamania lub nieprzestrzegania zasad postępowania, sformułowanych w wybranym kodeksie etyczno-zawodowym psychologa. Każdy przypadek był omówiony w liście psychologa doświadczającego dylematu etycznego (ew. ze wskazaniem przepisu kodeksu). Każdy taki list zawierał opis istoty dylematu – konfliktu zasad postępowania, sformułowanych w wybranym dowolnym kodeksie etyczno-zawodowym psychologa, ze wskazaniem czyje (zazwyczaj klienta lub osoby badanej) i jakie dobro (wartość, interes) będzie naruszone w wyniku czyjego działania. Ponadto grupa miała przygotować odpowiedzi na trzy listy z innej grupy i każda odpowiedź musiała zawierać, poza opinią (sugestią działań) jakiegoś ciała (komisji etyki), m.in. opis różnych możliwości działania etycznie równoważnych, uzasadnienie, ew. wskazanie numeru przepisu kodeksu oraz propozycję sposobów uniknięcia jego naruszenia, szczególnie przez działania organizatorsko-sytuacyjne (coś, co przypomina ogólną prewencję pozytywną). W opisie zadania zwracano uwagę na to, że komisja (adresat) może jedynie doradzać psychologowi, ale nie może za niego decydować. Kryteria oceny były następujące:

- jasność wyłożenia tezy;
- samodzielność (w tym argumentacji);
- względny realizm sytuacji, trafność przykładów;

- wnikliwość i wrażliwość etyczna;
- relewantność pracy (to zjęcia z etyki zawodu, a nie kompetencji zawodowych psychologa).

Ta forma okazała się trudna w realizacji i niepraktyczna – studenci mogli wielokrotnie poprawiać złą pracę, co utrudniało terminowe zaliczanie przedmiotu. Nie było też jasności, kto w zespole faktycznie pracował. Pomysł losowania osób do zespołów spotkał się z protestem studentów i z niego zrezygnowałem. Zasadniczo ten rodzaj zaliczeniowej pracy fakultatywnej więcej się nie pojawił.

Inną pracą dodatkową, za którą można było otrzymać dodatkowe punkty doliczane do wyniku egzaminu pisemnego, była propozycja problemowego pytania egzaminacyjnego. Zadanie polegało na podaniu maksymalnie trzech propozycji takiego pytania egzaminacyjnego, na które odpowiedzi znalazły się w treści wykładu, na stronie WWW lub w literaturze, wraz z uzasadnieniem odpowiedzi i dystraktorów. Umiejętność formułowania pytań problemowych wymaga przetworzenia wiedzy zdobytej na zajęciach, a przy sformułowaniu sensownych dystraktorów pomocne jest „wczucie się” w meandry myślenia odpowiadających na nie osób. Po ewentualnej korekcie takie pytanie było włączane do bazy pytań problemowych. Ta forma zadania fakultatywnego istnieje do dzisiaj, choć zainteresowanie nią słuchaczy jest aktualnie znikome.

W 2015 roku pojawiła się propozycja stworzenia specjalnego bloga dydaktycznego. Blog dydaktyczny nie jest moim oryginalnym pomysłem – inspiracją była treść nieistniejącej już listy dyskusyjnej dotyczącej dydaktyki psychologii PSYTEACH oraz propozycje *Society for the Teaching of Psychology*, wydawcy czasopisma *Teaching of Psychology* (Davis i Smith, 2020). Zazwyczaj to autor bloga (blogger) dzieli się z odbiorcami swoimi przemyśleniami. W tym przypadku autorami są studenci. Wykładowca administruje bloga („kieruje ruchem”) i – tylko gdy zachodzi taka konieczność – komentuje treści. Można powiedzieć, że blog stanowi formę oddolnej demokracji sieciowej – każdy słuchacz wykładu może pod swoim nazwiskiem publikować przypadki (dylematy/problemy) i (prawie) każdy może imiennie je skomentować. Strona WWW jest statyczna i „skończona” (nawet gdy jest aktualizowana), natomiast blog jest dostępny publicznie, ma charakter dynamiczny, nigdy nie jest kompletny i zamknięty, bo jest na bieżąco współtworzony przez komentarze.

Zadanie fakultatywne polega na podaniu propozycji własnego dylematu etycznego, który może być przedmiotem dyskusji na tym blogu, i/lub ustosunkowaniu się do dylematu z listy. Każdy uczestnik zajęć może zgłosić dowolną

liczbę własnych dylematów etycznych, jednak punkty otrzyma tylko za dwa zgłoszone przez siebie lub wskazane na liście. W odniesieniu do tych ostatnich należy je odpowiednio skonkretyzować i urealnić. Każdy uczestnik zajęć może wziąć udział w dowolnej liczbie dyskusji (czyli wpisać swój komentarz), ale punkty można dostać tylko za udział w dwóch dyskusjach nad dylematami zgłaszanymi i/lub dylematami z listy. Proponowany schemat dylematu opisano na blogu i na stronie WWW wykładu. Ważne jest to, aby opis case'u:

- realistycznie odzwierciedlał pracę psychologa (biorąc oczywiście pod uwagę, że to przykłady dydaktyczne i nie do końca realistyczne);
- zawierał szczegóły (informacje), pozwalające czytelnikowi (dyskutowi) na własną interpretację i samodzielne podejmowanie decyzji;
- nie zawierał wartościowania i etykiet (także nozologicznych);
- wyjaśniał potencjalne niejasności (bo czytelnicy nie wszystko muszą wiedzieć), a nawet odsyłał do źródeł.

Publikacja dylematów nie jest prosta i wymaga dużej aktywności od autora publikowanego postu oraz wykładowcy. W semestrze zimowym od października 2016 do lutego 2017 roku z autorami postów wymieniono łącznie 272 listy. W tym czasie łączna liczba dylematów (z listy i własnych) stanowiła 21 postów. Dało to średnio ok. 13 wymian listów dotyczących korekty publikowanych dylematów.

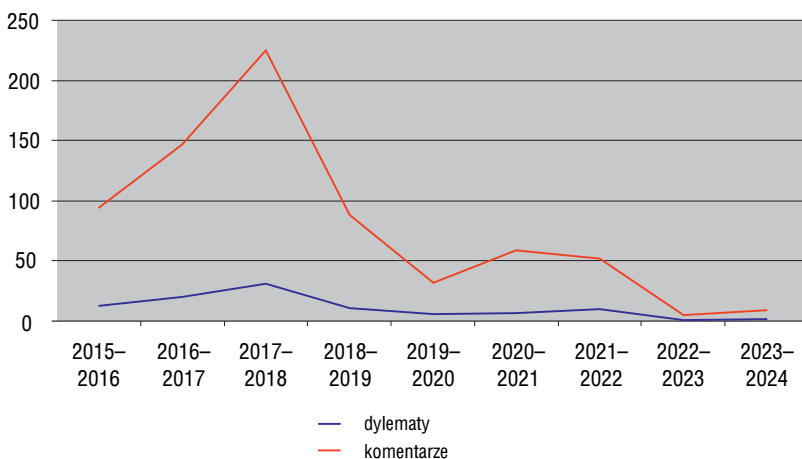
W roku akademickim 2016/2017 po raz pierwszy coroczna ankieta dotyczyła nie tylko zajęć i sposobu ich zaliczania, ale też blogu. Wśród ankietowanych 96% publikowało dylemat lub komentarz na blogu i/lub je czytało. Na pytanie: „Czy zajęcia pozwoliły mi znaleźć odpowiedź na pytania, które sobie stawiałem?” 72% odpowiedziało twierdząco. Na pytanie: „Czy zajęcia uświadomiły mi pytania, których sobie nie stawiałem?” aż 91% udzieliło odpowiedzi „tak”. Zdaniem 78% osób blog uzupełniał treści wykładu, dla 19% tylko częściowo wiązał się z jego treściami. Blisko 61% osób uważało, że czytanie postów i komentarzy pomogło im w uczeniu się do egzaminu, 28% było przeciwnego zdania. Można więc stwierdzić, że ta forma zajęć się sprawdziła. W ocenie 69% osób dodatkowe punkty za dylemat na blogu powinny być doliczane do punktów za test niezależnie od jego wyniku, według 19% powinny być doliczane tylko osobom, które zaliczyły minimum testowe, a zdaniem 11% nie są wcale potrzebne. Zdecydowana większość (87%) akceptowała procedurę publikowania dylematów, jednak 2% uważało, że nie powinny one być umieszczane na ogólnodostępnym blogu. W tej kwestii 4% wskazało, że powinna być możliwość zachowania anonimowości

lub posługiwania się pseudonimami. Około 2% oczekiwałoby opinii wykładowcy na temat zamieszczanych dylematów.

W latach 2015–2024 na blogu opublikowano 106 dylematów oraz 725 komentarzy do nich, a łączna liczba wyświetleń wyniosła 47 861. W roku akademickim 2019–2020 oraz w okresie pandemii COVID-19 i zajęć zdalnych (2020–2021) liczba zgłaszanych dylematów i komentarzy do nich znacząco spadła i po wznowieniu zajęć w trybie bezpośrednim nie wróciła do poprzedniej skali. Wydaje się, że studenci stracili zainteresowanie tą formą pracy fakultatywnej (por. rysunek 2).

Rysunek 2

Liczba dylematów i komentarzy zgłaszanych w latach 2015–2024



Źródło: opracowanie własne.

W związku z tym w roku akademickim 2024–2025 wprowadzono nowy punktowany rodzaj fakultatywnej aktywności własnej. Na czacie TEAMS zespołu słuchaczy wykładu z etyki zawodu psychologa sukcesywnie zamieszcza się dziesięć dylematów etycznych oraz podawanych na wykładzie. Każdy dylemat ma taką samą strukturę: opis dylematu, przykładowe rozwiązania, link do tego dylematu na blogu dydaktycznym. Na podstawie aktywności na czacie TEAMS doliczane są punkty (maksymalnie za osiem opinii). Propozycje rozwiązania dylematów dyskutowane są na ostatnich zajęciach

w semestrze. W przypadku obu trybów zajęć (stacjonarnych i niestacjonarnych) swoje opinie zamieściło 46,4% słuchaczy. Szczegółowe dane znajdują się w tabeli 1.

Tabela 1

Liczba komentowanych dylematów

Liczba dylematów	Liczba osób	Procent
0	162	53,6%
1	24	7,9%
2	11	3,6%
3	6	2,0%
4	7	2,3%
5	6	2,0%
6	6	2,0%
7	9	3,0%
8	27	8,9%
9	23	7,6%
10	21	7,0%

Źródło: opracowanie własne.

Jak widać, tylko część słuchaczy (23,5%) w pełni wykorzystała możliwość zdobycia punktów dodatkowych. Większość nie była zainteresowana tą formą zadania fakultatywnego.

Od roku akademickiego 2025/2026 forma tych „wykładowych” dylematów nieco się zmieniła. Na kolejnych wykładach będą prezentowane (razem z opinią AI) i dyskutowane dylematy etyczne oraz sukcesywnie zamieszczane na czacie TEAMS zespołu słuchaczy wykładu z etyki zawodu psychologa. Dodatkowo punktowane będą jedynie komentarze do tych dylematów (proponując rozwiązanie dylematu) zamieszczanych na czacie TEAMS, jak poprzednio. Utrzymanie takiej podstawy punktów za wykonanie zadania fakultatywnego wynika głównie z niskiej frekwencji na wykładzie i chęci dania szansy większej liczbie osób. Na wykładzie prezentowany będzie opis dylematu, a pytania do słuchaczy dotyczyłyby takich elementów, jak: jakie są strony dylematu i czyje dobro może być zagrożone, na czym polega dylemat, czy istnieje jakiś kontekst kodeksowy/prawny problemu, jakie są potencjalne

rozwiązania danego problemu oraz jak wyjaśnić ten problem i jego rozwiązanie klientowi/otoczeniu. Dyskutowanie dylematów podczas wykładu ma jednak swoje słabe strony. Przede wszystkim nie można poświęcić na każdy dylemat więcej niż 15 minut podczas 90-minutowego wykładu kursowego. Jeśli wykładowca prowadzi dyskusję i zabiera w niej głos, to może narazić się na zarzut braku bezstronności. W opiniach studentów na temat dyskusji (przy okazji innych zajęć) często są one jałowe i służą dyskutantom do autopromocji. Niemniej stanowi to szansę na rozwijanie krytycznego myślenia, samodzielne budowanie wrażliwości na złożoność praktycznych problemów etycznych oraz wyjście poza nauczanie *ex cathedra*.

Moralnie obiektywne jest [...] to, co jest powszechnie subiektywne. Decyduje zaś o tym sympatia do jednych wartości i antypatia do innych (antywartości). W życiu codziennym bierzemy rzeczy tak po prostu – obrazy według ich piękna, zdania według ich prawdziwości, czyny zaś według ich dobroci, chociaż nie potrafimy zbudować twierdzeń ogólnych, w których podane byłyby bezwzględne cechy piękna, prawdy i dobra. Tę zdolność odróżnienia mimo wszystko dobrego od złego uznać trzeba – wbrew sceptycyzmowi Kanta – za specyficzną swoistość człowieka, zwaną tu prostomyślnością [...].

J. Bańka, 2013, s. 10.

•

POSŁOWIE

• • •

Od 2001 roku ciągle jesteśmy przed zawodową regulacją i powstaniem – zgodnie z wymogiem ustawowym – samorządowego kodeksu etyki zawodowej psychologa. Ale czy kodeks etyczny ogranicza zło tkwiące w człowieku? Wydaje się, że jego rola jest podobna do roli innych kodeksów: karnego, cywilnego czy administracyjnego. W kodeksach tych opisuje się przestępstwa czy wykroczenia o różnej społecznej szkodliwości, lecz nie jest to kompletny wykaz czynów niemoralnych! Choć wiele przestępstw jest również niemoralnych, to jednak nie wszystkie czyny moralnie złe są przestępstwami ani nie wszystkie czyny zabronione przez prawo są powszechnie uznawane za niemoralne. W działalności kierowanej etyką zawodową główną rolę regulacyjną odgrywają (lub powinny odgrywać) etyczna wrażliwość, zdolność do moralnej refleksji czy sumienie.

Inaczej mówiąc, kodeks zawodowy może być źródłem kryteriów odróżniania dobra od zła oraz podpowiedzi, jak rozwiązywać problemy i dylematy etyczne, szczególnie w sytuacjach wyjątkowych i emocjonujących. Z założenia są to podpowiedzi uniwersalne, opisywane bezkontekstowo, czyli „niejasne”. Kodeks nie zastąpi więc człowieka w dostrzeganiu problemów i dylematów w realnych okolicznościach działań zawodowych oraz w stawianiu pytań, a także znajdowaniu odpowiedzi. Te kompetencje nie są nabywane ani szybko, ani bez wysiłku. W pewnym sensie można mówić o procesie zawodowej akulturacji czy – używając innej metafory – zawodowej socjalizacji. To pierwsze bywa efektem wspólnotowych doświadczeń podczas studiowania psychologii (w tym intencjonalnej akulturacji etycznej realizowanej przez nauczycieli), drugie zaś efektem refleksyjnego zbierania doświadczeń zawodowych.

Tak więc na końcu drogi poszukiwania moralnych drogowskazów podczas realizacji zadań wynikających z przyjętej roli zawodowej psychologa zawsze jest konkretny człowiek i jego sumienie.

BIBLIOGRAFIA

- Abramowicz, D. (2025). *O mnie. Daria Abramowicz*. <https://dariaabramowicz.com/zespól/?pitem=daria-abramowicz>
- ACA (2025). *What is counseling?* American Counseling Association. <https://www.counseling.org/mental-health-counseling/what-is-counseling>
- Ackerley, G.D., Burnell, J., Holder, D.C., Kurdek, L.A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624–631. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.6.624>
- ACLU (2017). *Salim v. Mitchell – Lawsuit Against Psychologists Behind CIA Torture Program*. <https://www.aclu.org/cases/salim-v-mitchell-lawsuit-against-psychologists-behind-cia-torture-program>
- AERA, APA, NCME (2007). *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Aksman, J. (2010). Wpływ, perswazja, propaganda, manipulacja – próba uporządkowania pojęć. W: J. Aksman (red.). *Manipulacja – pedagogiczno-społeczne aspekty. Część I. Interdyscyplinarne aspekty manipulacji* (s. 13–22). Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM.
- Aktan, M.E., Turhan, Z., Dolu, I. (2022). Attitudes and perspectives towards the preferences for artificial intelligence in psychotherapy. *Computers in Human Behavior*, 133, Article 107273. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107273>
- Aleksandrowicz, J.W. (2000). Psychoterapia a filozofia. *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria*, 35(3), 5–17.
- Aleksandrowicz, J.W. (2004). Psychoterapia czy psychoterapie. *Psychoterapia*, 2(129), 17–29.
- Aleksandrowicz, J.W. (2006). Psychoterapia: Etyka – wartości – deontologia. *Psychoterapia*, 2(137), 13–20.
- Aleksandrowicz, J.W. (2017). Dwa oblicza psychoterapii. W: D. Danielewicz, J. Rola (red.), *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii* (s. 165–178). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Alexander, A.A. (2017). *Conversion “therapy”*. Society for the Advancement of Psychotherapy APA Division. <https://societyforpsychotherapy.org/conversion-therapy/>
- Allen, L.R., Dodd, C.G. (2018). Psychologists’ responsibility to society: Public policy and the ethics of political action. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 38(1), 42–53. <https://doi.org/10.1037/teo0000077>

- ALTA (2024a). *O nas*. <https://alta.pl/#o-nas>
- ALTA (2024b). *Komputerowe testy psychologiczne do oceny procesów poznawczych, psychomotoryki i osobowości w praktyce klinicznej i orzecznictwej*. <https://optimis.com.pl/>
- American Psychological Association (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- American Psychological Association Ethics Committee (2011). Report of the Ethics Committee, 2010. *American Psychologist*, 66(5), 393–403.
- American Psychological Association Ethics Committee (2015). Report of the Ethics Committee, 2014. *American Psychologist*, 70(5), 444–453.
- Amparibeng, D.B., Pillay, Y. (2021). A conceptual framework for incorporating mentoring in the clinical supervision of international counseling students. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 43, 553–568. <https://doi.org/10.1007/s10447-021-09448-8>
- Anczewska, M., Switaj, P., Waszkiewicz, J., Indulska, A., Prot, K., Raduj, J., Palyska, M. (2011). Pacjent, klient, czy... – określenia preferowane w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. *Psychiatria Polska*, 45(1), 35–44.
- Anczyk, A., Grzymała-Moszczyńska, H., Krzysztof-Świdorska, A., Prusak, J. (2019). Wielokulturowość w pracy psychologa: Etyka i praktyka w kontekście diagnozy klinicznej i pracy terapeutycznej. *Psychologia Wychowawcza*, 57(15), 111–125. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.2968>
- Anderson, S.K. (2010). Professional boundaries and conflicts of interest. Providing benefit and avoiding harm. W: K.S. Kitchener, S.K. Anderson (red.), *Foundations of ethical practice, research, and teaching in psychology and counseling* (2nd ed., s. 209–244). Brunner-Routledge.
- Andre, J.A. (2010). Moralność ról jako złożony przypadek zwyczajnej moralności. W: W. Galewicz (red.), *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych* (s. 207–222). Universitas.
- Aouil, B. (2004). *Psychologia pomocy online czyli Internet w poradnictwie psychologicznym*. Margrafen.
- Aouil, B., Maliszewski, W. (red.). (2007). *Media – komunikacja: Zdrowie i psychologia*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Aouil, B., Rowiński, T. (2010). Pomocy online – dokąd zmierzasz. W: T. Rowiński, R. Tadeusiewicz (red.), *Psychologia i informatyka: Synergia i kontradycje* (s. 205–223). Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- APA (1973). Ethical principles in the conduct of research with human participants. *American Psychologist*, 28(1), 79–80. <https://doi.org/10.1037/h0038067>
- APA (2007). *Assessment of competency benchmarks work group: A developmental model for the defining and measuring competence in professional psychology*. https://www.ccptp.org/assets/2011-Conference-Resources/benchmark_competencies_document_-_feb_2007.pdf
- APA (2008). *Professional health and well-being for psychologists by the board of professional affairs' advisory committee on colleague assistance*. <https://www.apaservives.org/practice/ce/self-care/well-being>

- APA (2013). *Statement in response to the Report of the Task Force of the Institute of Medicine as a Profession and the Open Society Foundation*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2013/11/institute-medicine>
- APA (2017a). *FAQ: Maintaining test security in the age of technology*. APA Committee on Psychological Tests and Assessment. <https://www.apa.org/science/programs/testing/test-security-faq>
- APA (2017b). *APA remains committed to supporting goldwater rule*. <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/apa-blog/2017/03/apa-remains-committed-to-supporting-goldwater-rule>
- APA (2018). *APA Dictionary of psychology. Counseling*. <https://dictionary.apa.org/counseling>
- APA (2020). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. APA Task Force on Psychological Assessment and Evaluation Guidelines. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- APA (2022). *Guidelines for assessment and intervention with persons with disabilities*. APA Task Force On Guidelines for Assessment and Intervention with Persons with Disabilities. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-assessment-intervention-disabilities.pdf>
- APA (2023). What psychologists need to know about online therapy services. *Monitor on Psychology*, 54(2), 68.
- APA (2024). *Proposed revision of guidelines for the practice of telepsychology*. APA Task Force on Practice of Telepsychology. <https://www.apa.org/about/policy/telepsychology-revisions>
- Arch, M., Cartil, C., Solé, P., Lerroux, V., Calderer, N., Pérez González, A. (2013). Professional ethics in psychology: Descriptive study of complaints handled by the commission deontological COPC. *Papeles del Psicólogo*, 34, 182–189.
- Arnau, R., Green, B., Rosen, D., Gleaves, D., Melancon, J. (2003). Are Jungian preferences really categorical? An empirical investigation using taxometrical analysis. *Personality and Individual Differences*, 34, 233–251. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00040-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00040-5)
- Arrondo, G., Mulraney, M., Iturmendi-Sabater, I., Musullulu, H., Gamba, L., Niculcea, T., Banaschewski, T., Simonoff, E., Döpfner, M., Hinshaw, S.P., Coghill, D., Cortese, S. (2024). Systematic review and meta-analysis: Clinical utility of continuous performance tests for the identification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 63(2), 154 – 171. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.03.011>
- ASL (2019). *Report Assessment Standards Institute*. <https://onlinediscprofile.com/wp-content/uploads/validitydisc.pdf>
- b.a. (1965). *Paweł biskup sługa sług Bożych razem z ojcami świętego soboru na wieczną rzecz pamiątkę z dnia 7 grudnia 1965 r. Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym. Gaudium et spes*. https://www.kul.pl/files/14/public/gaudium_et_spes_openlex_1-24_pl.pdf
- b.a. (2005, 14 stycznia). *Eichelberger: Przepraszam tych, którzy cierpieli przez moją zdradę*. WP Wiadomości. <https://wiadomosci.wp.pl/eichelberger-przepraszam-tych-ktorzy-cierpieli-przez-moja-zdrade-6031231169557121a>

- b.a. (2016, 16 maja). *Wywiad, który wywołał burzę*. Medycyna Praktyczna. Portal pacjentów. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/aktualnosci/143679,wywiad-ktory-wywolal-burze>
- Badora, B., Roguska, B. (2004). *Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego. Komunikat z badań*. BS/73/2004. CBOS.
- Bakiera, L. (2016). Mentoring rozwojowy jako przykład komplementarności międzypokoleniowej. „*e-mentor*”, 5(67), 4–13. <http://dx.doi.org/10.15219/em67.1268>
- Banaszewska, A. (2013). Prawo do prywatności we współczesnym świecie. *Białostockie Studia Prawnicze*, 13, 127–136.
- Bańka, A. (2013). O profesjonalizmie psychologicznym i jego związkach z nauką oraz etyką. *Czasopismo Psychologiczne*, 2(2), 81–100.
- Bańka, J. (2013). Etyka prostomyślności jako etyka sumienia a pokrzywione drzewo człowieczeństwa. W: A. Chudzicka-Czupała (red.), *Człowiek wobec wartości etycznych. Badania i praktyka* (s. 9–21). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. https://sbc.org.pl/Content/368550/czlowiek_wobec_wartosci_etycznych.pdf
- Bańko, M. (red.). (2005). *Wielki słownik wyrazów obcych* PWN. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Barańczak, J. (2013). Programy komputerowe wykorzystywane w psychologii. W: T. Mikołajczyk (red.), *Komputerowe wspomaganie nauki i techniki* (t. 1, s. 7–10). Wydawnictwa Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego.
- Barbaro, B. de (2002). Kontrakt w terapii rodzin – wybrane zagadnienia. *Psychoterapia*, 4(123), 23–30.
- Barbaro, B. de (2005). Prawda dla chorych czy prawda dialogu? (uwagi do wprowadzenia prof. Galewicz). *Diametros*, 4, 103–110.
- Barbaro, B. de (2013). Tezy o psychoterapii w Polsce. *Psychoterapia*, 1(164), 5–14.
- Barbaro, B. de (2015). Poczuć winy. Perspektywa psychiatry i psychoterapeuty. *Teologia i Moralność*, 10, 2(18), 25–33. <https://doi.org/10.14746/tim.2015.18.2.2>
- Barnett, J.E., Kolmes, K. (2016). The practice of tele-mental health: Ethical, legal, and clinical issues for practitioners. *Practice Innovations*, 1(1), 53–66. <http://dx.doi.org/10.1037/pri0000014>
- Barnett, T. (2006). Dimensions of moral intensity and ethical decision making: An empirical study. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1038–1057. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2001.tb02661.x>
- Baron-Jaworska, A. (2021, 15 grudnia). *Duńskie piekło – nieudany eksperyment społeczny*. ciekawostkihistoryczne.pl. <https://ciekawostkihistoryczne.pl/2021/12/15/duńskie-piekleo-nieudany-eksperyment-społeczny/>
- Baron, H., Pentarak, A. (2022). *Test review of Thomas Personal Profile Analysis*. British Psychological Society. <https://explore.bps.org.uk/binary/bpsworks/44853b9349f095fe/4660127302eb7c7cf77e50cec17b224ebd5940ea692247d125aed005669b-b94a/9781854336194.pdf>
- Bartkowiak, L., Maksymiuk, T. (2018). Budowa i funkcje kodeksu etyki zawodowej na przykładzie Kodeksu etyki lekarskiej. *Medyczna Wokanda*, 11, 33–56.
- Basińska, M. (2009). Specjalizacja z psychologii klinicznej – refleksje praktyka. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14(2), 176–184.

- Bąk, D. (2013). Pojęcie dylematu etycznego. Zarys problemu dylematu etycznego w organizacji. *Prakseologia*, 154, 5–32.
- Beck, E.D., Jackson, J.J. (2020). Idiographic traits: A return to Allportian approaches to personality. *Current Directions in Psychological Science*, 29(3), 301–308. <https://doi.org/10.1177/0963721420915860>
- Bednarek, D. (2020). *Zawód psycholog. Regulacje prawne i etyka zawodowa*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bernard, A. (2024, 11 listopada). *Daria Abramowicz przerwała milczenie przed Billie Jean King Cup*. Gazeta.pl. <https://www.sport.pl/tenis/7,64987,31455089,daria-abramowicz-przerwala-milczenie-przed-billie-jean-king.html>
- Bhatia, R. (2023). *What is psychotherapy?* American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/psychotherapy>
- Biblia Tysiąclecia (2003). *Nowy Testament. Ewangelia wg św. Mateusza*. Pallottinum. <https://biblia.deon.pl/rozdzial.php?id=261>
- Biblioteka Sejmowa (2015). *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*. <https://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html>
- Biederman, J. (2007). Oczekiwania organu procesowego wobec biegłego psychologa w sprawach karnych dotyczących seksualnego wykorzystania dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 6(4), 111–114.
- Bieniek, A. (2020). *Testy psychologiczne w procesie rekrutacji a ochrona danych osobowych. Czy można je przeprowadzać?* PARP. <https://www.parp.gov.pl/component/content/article/63991:testy-psychologiczne-w-procesie-rekrutacji-a-ochrona-danych-osobowych-czy-mozna-je-przeprowadzac>
- Bieńko, M. (2013). *Intymne i prywatne praktyki codzienności. Studium socjologiczne*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego. <https://doi.org/10.31338/uw.9788323521921>
- Biernacka, K. (2014). Człowiek i (inne) zwierzęta. W: K. Biernacka, J. Wydrych (red.), *Książka o prawach zwierząt* (s. 7–19). Fundacja czarna owca pana Kota.
- Biesaga, T. (2004). Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej. *Studia Philosophiae Christianae*, 40(1), 153–165.
- Biesaga, T. (2005). Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny. *Medycyna Praktyczna*, 6, 20–24. https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/26784,autonomia-lekarza-i-pacjenta-a-cel-medycyny
- Biesaga, T. (2013). Autonomia a godność osoby. W: G. Hołub, P. Duchliński, T. Biesaga, (red.), *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta* (s. 169–183). Wydawnictwo św. Stanisława BM.
- Bilska, A. (2010). *Kompetencyjny model zawodu psychologa w oczach studentów psychologii, a postrzeganie kompetencji psychologów przez studentów innych kierunków*. [Niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet Wrocławski, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych, Instytut Psychologii we Wrocławiu.
- Biuletyn Informacji Publicznej (2012). *Rzecznik Praw Dziecka*. https://bip.brpd.gov.pl/sites/default/files/wystapienia/wyst_2012_07_27_nrl.pdf
- Blanchard, M., Farber, B.A. (2016). Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(1), 90–112. <https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1085365>

- Błażejowski, J. (2004). Nowa formuła standardów. *Forum Akademickie*, 12. https://forumakademickie.pl/media/archiwum/2004/12/12-agora-nowa_formula_standardow.htm
- Board of Assessment EFPA (2013). *Performance requirements, context definitions and knowledge & skill specifications for the three EFPA levels of qualifications in psychological assessment*. Board of Assessment Report 2013: Document 115 – Annex C. https://academic-tests.com/diagnostics/EFPA_Qualification-Psychological-Assessment.pdf
- Bobakowski, P. (2025, 21 lutego). „Iga wpada w panikę”. *Ekspert apeluje do psycholog Świątek*. Sportowe Fakty WP. <https://sportowefakty.wp.pl/tenis/1174280/iga-wpada-w-panike-ekspert-apeluje-do-psycholog-swiatek>
- Bocheński, M. (2018). Pomiędzy zasadą poufności zawodowej a obowiązkiem denuncjacji – czy polskie prawo lekceważy, czy chroni tajemnicę zawodową psychologa? *Psychologia Wychowawcza*, 57(15), 139–151. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.2975>
- Bogatyńska-Kucharska, A. (2019). Normy poufności i taktu w etyce ogólnej oraz w etyce zawodowej psychoterapeutów. *Etyka*, 58(2), 104–119. <https://doi.org/10.14394/671>
- Bogatyńska-Kucharska, A., Kucharski, J., Jabłoński, M.J. (2023). Paternalizm i autonomia: Wybierane przez psychoterapeutów rozwiązania dylematów oraz ich uzasadnienia jako etyczne aspekty relacji terapeutycznej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 23(1), 3–11. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2023.0001>
- Bogatyńska-Kucharska, A., Sikora, K., Steć, M. (2019a). Nowelizacja kodeksu etyczno-zawodowego psychologa – założenia i podstawy projektu. *Psychologia Wychowawcza*, 57(15), 166–178. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.2977>
- Bogatyńska-Kucharska, A., Steć, M., Sikora, K., Szafrński, M. (2019b). Nowelizacja Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. *Psychologia Wychowawcza*, 57(15), 179–187. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.2978>
- Boksańska, G. (2011). *Etyka – biznes – zarządzanie*. Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej.
- Bołoz, W. (2012). Geneza, ewolucja i etyczne uzasadnienie zasady „świadomej zgody”. W: W. Bołoz, R. Krajewski (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce* (s. 32–42). Biuletyn RPO – Materiały nr 76. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Boratyńska, M. (2012). *Wolny wybór: Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia.
- Boratyńska, M. (b.d.). *Tajemnice Anny Przybylskiej i RR*. Seminarium dla Wydziału Lekarskiego. Pobrane 29.09.2024 r. z: https://zms.wum.edu.pl/sites/zms.wum.edu.pl/files/pliki/plany%20zajec_bloki/kazus2_tajemnice_anny_przybylskiej.pdf
- Borkowska, A. (2009). Znaczenie zaburzeń funkcji poznawczych i możliwości ich oceny w chorobach psychicznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2(1), 30–40.
- Borys, D.S., Pope, K.S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 283–293. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.5.283>

- Borzyszkowska, R. (2011). Kategoria pojęciowa „dobro dziecka”. *Przegląd Pedagogiczny*, 1, 169–173.
- Boski, P. (2013). Dobro odbiorcy w kodeksach etyczno-zawodowych psychologów – głos w dyskusji. *Roczniki Psychologiczne*, 16(4), 617–623.
- Bothe, J. (2020). *It's torture not therapy. A global overview of conversion therapy: Practices, perpetrators, and the role of states*. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT). <https://irct.org/wp-content/uploads/2022/08/Its-Torture-Not-Therapy-2020.pdf>
- Boynton, M.H., Portnoy, D.B., Johnson, B.T. (2013). Exploring the ethics and psychological impact of deception in psychological research. *IRB: Ethics & Human Research*, 35(2), 7–13.
- BPS (2015). *Guidance on teaching and assessment of ethical competence in psychology education*. The British Psychological Society. <https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2022-06/Guidance%20on%20Teaching%20and%20Assessment%20of%20Ethical%20Competence%20in%20Psychology%20Education%20%282015%29.pdf>
- BPS (2025a). *About qualifications in test use*. Centrum Testów Psychologicznych Brytyjskiego Towarzystwa Psychologicznego. <https://www.bps.org.uk/about-qualifications-test-use>
- BPS (2025b). *Qualifications and fees*. Centrum Testów Psychologicznych Brytyjskiego Towarzystwa Psychologicznego. <https://www.bps.org.uk/qualifications-and-fees>
- BPS (2025c). *Test Users' Handbook. Information on the British Psychological Society's qualifications in psychological testing*. Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne. <https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2022-07/Test%20Users%20Handbook.pdf>
- Breczko, A., Poniatowicz, M. (2005). Rola kodeksów etyki zawodowej (ze szczególnym uwzględnieniem zawodów ekonomicznych). W: A.F. Bocian (red.), *Ekonomia – Polityka – Etyka* (t. 2, s. 158–167). Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Brenner, L.H., Bal, S. (2013, 1 July). *Physician duty to report danger: The case of Tatiana Tarasoff*. Healio. https://www.healio.com/news/orthopedics/20130710/10_3928_1081_597x_20130101_04_1296263
- Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, Jr J., Coates, D., Cohn, E.S., Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37(4), 368–384.
- Briggs Myers, I. (2009). *Wprowadzenie do TYP U. Poradnik ułatwiający zrozumienie Twojego wyniku Myers-Briggs Type Indicator®*. Wydanie szóste poprawione. OPP CPP.
- Brożek, B. (2001). Kilka uwag o logice norm. W: J. Stelmach (red.), *Studia z filozofii prawa*. (s. 53–61). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Brożek, B. (2012). *Normatywność prawa*. Wolters Kluwer.
- Brumirska M. (2013). *Wizerunek psychologów i psychiatrów. Analiza na podstawie badania społeczeństwa, osób aspirujących do kariery w psychiatrii i psychologii oraz praktykujących psychiatrów i psychologów*. [Niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet Wrocławski.
- Bryant, M. (2024). *Danish parenting tests under fire after baby removed from Greenlandic mother*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/world/2024/nov/25/danish-parenting-tests-baby-removed-from-greenlandic-mother>
- Brzezińska, A., Brzeziński, J., Eliaz, A. (red.). (2000). *Standardy kształcenia psychologów: Programy kształcenia w bloku podstawowym*. Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Brzeziński, J. (1978). O niektórych etycznych problemach badań naukowych w psychologii. *Teksty: Teoria literatury, krytyka, interpretacja*, 3(39), 37–53.
- Brzeziński, J. (2001). O usprawiedliwianiu nieetycznych praktyk badawczych, czyli o przewadze racji grupowych nad racjami jednostkowymi. *Roczniki Psychologiczne*, 4, 53–71.
- Brzeziński, J. (2005). Aktualność klasycznych tekstów z psychometrii dla metodologicznej i etycznej poprawności praktyki diagnostycznej odwołującej się do wyników testów psychologicznych. W: J. Brzeziński (red.), *Trafność i rzetelność testów psychologicznych. Wybór tekstów* (s. 9–25). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brzeziński, J. (2019a). Psycholog wobec osób uczestniczących w badaniach naukowych – między poprawnością metodologiczną a poprawnością etyczną. W: J. Brzeziński, B. Chyrowicz, Z. Toeplitz, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyka zawodu psychologa* (s. 169–206). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzeziński, J. (2019b). Powinności psychologa (jako badacza) wobec członków społeczności naukowej. W: J. Brzeziński, B. Chyrowicz, Z. Toeplitz, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyka zawodu psychologa* (s. 207–240). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzeziński, J. (2019c). *Metodologia badań psychologicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzeziński, J., Chyrowicz, B., Toeplitz, Z., Toeplitz-Winiewska, M. (2019). *Etyka zawodu psychologa*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzeziński, J., Poznaniak, W. (red.). (1992). *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Brzeziński, J.M. (2011a). Jakiej psychologii (i psychologów) potrzebuje społeczeństwo? *Roczniki Psychologiczne*, 14(2), 7–33.
- Brzeziński, J.M. (2011b). To jaka jest (powinna być) ta psychologia i jacy są (powinni być) psychologowie? *Roczniki Psychologiczne*, 14(2), 89–100.
- Brzeziński, J.M. (2012). Po co Akademia? O dostojęństwie nauki. *Nauka*, 2, 21–31.
- Brzeziński, J.M. (2014). Po co psychologia? *Polskie Forum Psychologiczne*, 19(3), 285–304.
- Brzeziński, J.M. (2023). Czy kryzys wiarygodności w psychologii? *Przegląd Psychologiczny*, 1, 27–47. <https://doi.org/10.31648/przegldpsychologiczny.9456>
- Brzeziński, J.M., Doliński, D., Strelau, J. (2004). Nowe spojrzenie na standardy kształcenia na pięcioletnich studiach psychologicznych. Założenia, doświadczenia, nowe wyzwania. *Czasopismo Psychologiczne*, 10(2), 205–219.
- Buckner, F., Marvin, F. (2000). „Where the public peril begins”: 25 years after TARA-SOFF. *Journal of Legal Medicine*, 21(2). <https://cyber.harvard.edu/torts01/syllabus/readings/buckner.html>
- Budzyńska, A. (2007). Psycholog w roli biegłego sądowego. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 6(4), 6–12.
- Buhrmester, M.D., Talaifar, S., Gosling, S.D. (2018). An evaluation of amazon's mechanical turk, its rapid rise, and its effective use. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 149–154. <https://doi.org/10.1177/1745691617706516>
- Bunge M. (1988). *Treatise on basic philosophy. Volume 8. Ethics: The good and the right*. Reidel Publishing Company.

- Burdziak, K., Kowalewska-Łukuć, M. (2023). Tajemnica zawodowa psychologa a tajemnica w postępowaniu karnym. *Probacja*, 1, 115–131. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0016.2852>
- Butcher, J., Perry, J., Hahn, J. (2004). Computers in clinical assessment: Historical developments, present status, and future challenges. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 331–345.
- Byczkowska, D. (2006). Solidarność zawodowa jako wynik socjalizacji wtórnej. Na przykładzie zawodu lekarza. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 2(1), 88–110. <https://doi.org/10.18778/1733-8069.2.1.06>
- Cambridge Dictionary. (2024). *Dignity*. <https://dictionary.cambridge.org/pl/dictionary/english/dignity>
- Canadian Psychological Association (2017). *Ethical guidelines for supervision in psychology: Teaching, research, practice, and administration*. https://cpa.ca/docs/File/Publications/CoEGuidelines_Supervision2017_final.pdf
- Carlisle, E., Withers Green, L. (2022). “There was nothing to fix”: LGBT+ survivors’ experiences of conversion practices. *Galop*.
- CBOS (2011). *Portret Donalda Tuska po ponad trzech latach sprawowania urzędu premiera*. Komunikat z badań. BS/83/2011. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K_083_11.PDF
- CBOS (2012). *Bohaterowie czy donosiciele? Co Polacy myślą o osobach ujawniających nieprawidłowości w miejscu pracy?* Raport z badań ilościowych. https://www.batory.org.pl/upload/files/Programy%20operacyjne/Przeciww%20Korupcji/Raport_Sygnalisci.pdf
- Celińska-Miszczyk, A. (2013). Dobro odbiorcy usług psychologicznych a odbiorca tych usług: „Co” i „czy” definiować? *Roczniki Psychologiczne*, 16(4), 649–656.
- Chaim, W. (2017). Koncepcja typów psychologicznych w psychologii religii i duchowości. *Roczniki Psychologiczne*, 20(1), 31–62.
- Chirkowska-Smolak, T., Grobelny, J. (2014). Wykorzystanie metod doboru personelu oraz przekonania profesjonalistów na temat ich trafności prognostycznej. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 1, 125–142.
- Chocholska, P., Osipczuk, M. (2010). *E-pomoc. Psychologiczna pomoc w Internecie – teoria i praktyka*. Stowarzyszenie INTRO – Portal Pomocy Psychologicznej. <https://www.psychotekst.pl/pdf/E-pomoc%20Psychologiczna%20pomoc%20w%20Internecie%20-%20teoria%20i%20praktyka.pdf>
- Chrudzimski, A. (2016). Neutralność światopoglądowa. *Analiza i Egzystencja*, 34, 45–69.
- Chudzik-Czupała, A. (2013). *Etyczne zachowanie się człowieka w organizacji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Chudzik-Czupała, A., Gałka, A. (2016). Nieetyczne zachowanie się rekruterów wobec kandydatów do pracy i jego uwarunkowania. *Czasopismo Psychologiczne*, 22(2), 283–290.
- Chyrowicz, B. (2008a). Etyka jako filozoficzny namysł nad moralnością. W: J. Brzeziński, B., Chyrowicz, W. Poznaniak, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyka zawodu psychologa* (s. 1–31). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chyrowicz, B. (2008b). Etyka psychologiczna: Jeszcze jedna etyka? W: J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak (red.), *Etyka zawodu psychologa* (s. 56–57). Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Chyrowicz, B. (2017). Dyskretny urok wstydu. *Ethos*, 30(2), 17–35. <https://doi.org/10.12887/30-2017-2-118-03>
- Cichocki, M. (2018). Znaczenie i funkcje kłamstwa w komunikacji interpersonalnej. *Kultura i Wartości*, 24, 23–34. <http://dx.doi.org/10.17951/kw.2017.24.23>
- Ciechanowski, L., Przegalinska, A., Magnuski, M., Gloor, P. (2019). In the shades of the uncanny valley: An experimental study of human–chatbot interaction. *Future Generation Computer Systems*, 92, 539–548. <https://doi.org/10.1016/j.future.2018.01.055>
- Cierpiąłkowska, L., Sęk, H. (2015). Wyzwania dla psychologii klinicznej w XXI wieku. *NAUKA*, 2, 69–85.
- Cieśla, Ł. (2012, 8 maja). *Prof. Lechosław Gapik broni się na swojej stronie internetowej*. Głos Wielkopolski. <https://gloswielkopolski.pl/prof-lechoslaw-gapik-bronienie-na-swojej-stronie-internetowej/ar/569671>
- Cieśluk, R. (2008). *Praca a poczucie sensu życia w tzw. „zawodach misyjnych” na przykładzie pracowników socjalnych*. [Niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii.
- claudel6 (2023, 4 lutego). *Psychoterapia a etyka*. ForumGazeta.pl. https://forum.gazeta.pl/forum/w,567,175115982,175115982,Psychoterapia_a_etyka.html
- CMKP (2025). *Programy specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Psychologia kliniczna (006)*. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. <https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/ochrona-zdrowia/programy-specjalizacji-w-dziedzinach-majacych-zastosowanie-w-ochronie-zdrowia-2>
- Costa, D.S.J., Mercieca-Bebber, R., Tesson, S., Seidler, Z., Lopez, A.L. (2019). Patient, client, consumer, survivor or other alternatives? A scoping review of preferred terms for labelling individuals who access healthcare across settings. *BMJ Open*, 9(3), e025166. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025166>
- Cottone, R.R., Tarvydas, V.M., Hartley, M.T. (2022). *Ethics and decision making in counseling and psychotherapy* (5th ed.). Springer Publishing Company.
- Court of Appeals for the Eighth Circuit. (1989). *Applied Innovations, Inc., Appellant/cross-Appellee v. Regents of the University of Minnesota and National Computer Systems, Inc., Appellees/cross-Appellants – Case Law*. <https://www.cetient.com/case/applied-innovations-inc-appellantcross-appellee-v-regents-of-the-524330>
- CPOiD (2009). *Raport z działań strażniczych „Monitoring pracy wybranych Rodzinnych Ośrodków Diagnostyczno-Konsultacyjnych”*. Centrum Praw Ojca i Dziecka. Fundacja im. Stefana Batorego. https://www.inpris.pl/fileadmin/user_upload/documents/Biblioteka_MWS/58_Raport_RodzinneOsrodkiDiagnostycznoKonsultacyjne.pdf
- CTPB (2019). *Zbiór Zasad Etyki Psychoterapeuty*. Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej. <https://www.ctpb.pl/wp-content/uploads/Zbior-Zasad-Etyki-CTPB-.pdf>
- Cudowska, M., Pawluczuk-Bučko, P. (2017). Koncepcja „nadrzędnego interesu dziecka” jako element sprawowania opieki nad dzieckiem: Analiza porównawcza na przykładzie Polski i Stanu Minnesota. W: I.A. Jaroszevska, G. Cwikliński (red.), *Prawo małżeńskie i jego relacje z innymi gałęziami prawa* (s. 42–51). Uniwersytet Warmińsko-Mazurski.
- Czabała, C. (2012). Specjalizacja z psychologii klinicznej – historia zdarzeń i programów. *Chowanna*, tom specjalny, 193–200.

- Czabała, C. (2016). Poradnictwo psychologiczne a psychoterapia. *Roczniki Psychologiczne*, 3, 519–533.
- Czabała, C., Kluczyńska, S. (2015). *Poradnictwo psychologiczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czerederecka, A. (2013a). Rodzinne Ośrodki Konsultacyjno-Diagnostyczne na cenzurowanym. *Rodzina i Prawo: Kwartalnik Sędziów Rodziny*, 24, 17–27.
- Czerederecka, A. (2013b). Evidence evaluation criteria for expert opinions prepared by psychologists. *Problems of Forensic Sciences*, 93, 333–343.
- Czerederecka, A. (2015). Kryteria oceny dowodu z opinii psychologicznych w sprawach rodzinnych i opiekuńczych. W: M. Filipiak, W.J. Paluchowski, B. Zalewski, M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: Kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia* (s. 200–227). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Czerederecka, A. (2019). Tworzenie standardów opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach*, 2, 57–81.
- Czerederecka, A. (red.). (2016). *Standardy opiniowania psychologicznego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych*. https://psych.org.pl/fileadmin/user-files/Dla_psychologow/Standardy_badan.doc
- Czerska, I. (2016). Relacje lekarz – pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny. *Handel Wewnętrzny*, 5(364), 37–45.
- Davis, S.F., Smith, R.A. (2020). Introduction to the special section: STP at 75. *Teaching of Psychology*, 47(3), 183. <https://doi.org/10.1177/0098628320921982>
- Dawson, A. (2025). *The Thomas International PPA Test – A 2026 Guide with 4 Sample Questions*. <https://www.wikijob.co.uk/aptitude-tests/test-types/the-thomas-international-ppa-test>
- De Jong, P., Berg, I.K. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work*, 46(4), 361–374. <https://doi.org/10.1093/sw/46.4.361>
- Desage, C., Bunge, B., Bunge, E.L. (2024). A revised framework for evaluating the quality of mental health artificial intelligence-based chatbots. *Procedia Computer Science*, 248, 3–7.
- Dienlin, T., Breuer, J. (2023). Privacy is dead, long live privacy! Two diverging perspectives on current issues related to privacy. *Journal of Media Psychology: Theories, Methods, and Applications*, 35(3), 159–168. <https://doi.org/10.1027/1864-1105/a000357>
- Dobrołowicz, W. (2020). Typy umysłów. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J Paedagogia-Psychologia*, 33(2), 9–24. <http://dx.doi.org/10.17951/j.2020.33.2.9-24>
- Dobska, M. (2009). Znaczenie marketingu relacyjnego w komunikacji lekarz – pacjent. *Ekonomiczne Problemy Usług*, 42, 121–131.
- Dolińska, B. (1999). Placebo. Siła sugestii. *Przegląd Psychologiczny*, 42(1–2), 241–257.
- Doliński, D. (2004). Jak powstał projekt standardów nauczania. *Czasopismo Psychologiczne*, 10(2), 191–192.
- Doliński, D. (2011). Trzy grosze o tym, co musimy zrobić jako środowisko. *Roczniki Psychologiczne*, 14(2), 49–52.
- Doliński, J.M. (2013). Testy psychologiczne w prawie własności intelektualnej. *Monitor Prawniczy*, 10, 527–534.

- Domenech-Rodriguez, M.M., Erickson Cornish, J.A., Thomas, J.T., Forrest, L., Anderson, A.J., Bow, J.N. (2014). *Ethics education in professional psychology: A survey of American Psychological Association accredited programs*. Psychology Faculty Publications. Paper 1082. https://digitalcommons.usu.edu/psych_facpub/1082
- Dopierala, R. (2006). Społeczne wyobrażenia prywatności. *Kultura i Społeczeństwo*, 50(1–2), 307–319. <https://doi.org/10.35757/KiS.2006.50.1-2.14>
- Dora, M., Mijas, M., Dobroczyński, B. (2013). Primum non nocere. Kontrowersje wokół terapii konwersyjnych dla osób homoseksualnych. *Psychoterapia*, 4(167), 79–90.
- Douglas, B.D., Ewell, P.J., Brauer, M. (2023) Data quality in online human-subjects research: Comparisons between MTurk, Prolific, CloudResearch, Qualtrics, and SONA. *PLoS ONE*, 18(3), e0279720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279720>
- Draheim, M. (1995). Jak psychologowie oceniają wiarygodność zeznań świadków? *Czasopismo Psychologiczne*, 1(3), 161–164.
- Drolet, M.J., Rose-Derouin, E., Leblanc, J.C., Ruest, M., Williams-Jones, B. (2023). Ethical issues in research: Perceptions of researchers, research ethics board members and research ethics experts. *Journal of Academic Ethics*, 21(2), 269–292. <https://doi.org/10.1007/s10805-022-09455-3>
- Drozdowski, P. (2010). *Aksjologia psychoterapeuty psychodynamicznego*. Krakowskie Centrum Psychodynamiczne.
- Dryla, O. (2015). Niedyrektywność w poradnictwie genetycznym dotyczącym decyzji reprodukcyjnych. *Analiza i Egzystencja*, 32, 71–91.
- Drzeżdżon, W. (2013). Etyczne aspekty pracy zawodowej: Wybrane zagadnienia. *Studia Gdańskie. Wzrywy i Rzeczywistość*, 10, 21–35.
- Dudek, J. (2018). Etyka zawodu w myśli prakseologicznej. *Problemy Profesjologii*, 1, 29–41.
- Dziennikarze Przeglądu Sportowego Onet (2025, 21 lutego). *Gorąco wokół Dariusza Abramowicza. Pierwszy tak mocny głos. „To wręcz niewiarygodne”*. Przegląd Sportowy Onet. <https://przegladsportowy.onet.pl/tenis/goraco-wokol-abramowicz-pierwszy-tak-mocny-glos-to-wrecz-niewiarygodne/0sfxrxc>
- Dziennik.pl (2007, 5 listopada). *Dzieje antykomunistycznej obsesji*. <https://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/193655,dzieje-antykomunistycznej-obsesji.html>
- Dziś wieczorem, TVP Info (2014, 6 października). *Lekarz Anny Przybylskiej: Do końca była pełna życia*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=B8ka7dCBMiY>
- Edwards, J. (2022, 12 October). *How thousands of companies ended up using a bogus psychology test on their staff*. The Independent. <https://www.independent.co.uk/voices/myers-briggs-psychology-test-garbage-b2200663.html>
- EFFECTIVENESS (2025). *Co to jest DISC?* <https://effectiveness.pl/co-to-jest-disc/#wiecej1>
- EFPA (1995/2005). *Meta-Kodeks Etyczny*. <https://europsy.pl/meta-kodeks/>
- EFPA (2016). *Teaching professional ethics for psychologists: Recommendations*. European Federation of Psychologists Associations, Board of Ethics. <https://www.efpa.eu/sites/default/files/2023-03/teachingethics-the-final-version-20.10.2017.pdf#:~:text=Psychologists%20should%20be%20made%20aware%20of%20the,rights%20and%20interests%20of%20clients%20or%20others>

- Ehrich, L.C., Kimber, M., Millwater, J., Cranston, N. (2011). Ethical dilemmas: A model to understand teacher practice. *Teachers and Teaching. Theory and Practice*, 17(2), 173–185.
- Eichelberger, W. (2009). Różnica jako nadzieja. *Więź*, 4, ankieta redakcji „Psychoterapia – neutralność i spotkanie”. <https://wiedz.pl/2019/08/22/roznica-jako-nadzieja/>
- Eidelson, R., Bond, T. (2014, 18 October). *New evidence links CIA to American Psychological Association's "War on terror" ethics*. Global Research. <https://www.globalresearch.ca/new-evidence-links-cia-to-american-psychological-associations-war-on-terror-ethics/5408409>
- Eidelson, R., Bond, T., Soldz, S., Reisner, S., Arrigo, S.M., Olson, B. (2014). *Coalition for an ethical psychology. Complicity: Psychology and war on terror abuses*. <https://ethicalpsychology.org/materials/Coalition-Statement-on-Complicity-Psychology-and-War-on-Terror-Abuses.pdf>
- Emanuel, E.J., Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221–2226.
- Encyklopedia PWN (b.d.). *Samorząd zawodowy*. Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/samorzadzawodowy;3971732.html>
- Encyklopedia Zarządzania (2024). *Asymetria informacji*. https://mfiles.pl/pl/index.php/Asymetria_informacji
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. W.W. Norton & Company.
- European Certificate in Psychology, EuroPsy (2005). *Meta-kodeks etyczny*. <https://europsy.pl/meta-kodeks/>
- European Commission (2024). *Regulated Professions Database*. <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/home>
- EuroPsy (2022). *Competences and competence profiling*. EFPA Head Office. <https://europsy-bg.com/en/competences-and-profiling-of-competencies/>
- Eurosport (2025). *Najważniejsze osoby w teamie Świątek. „Czyta w moich myślach. Podnosi poziom pewności siebie”*. https://eurosport.tvn24.pl/tenis/iga-swiatek-mistrzynia-french-open-2020-trener-piotr-sierzputowski-i-psycholog-daria-abramowicz-zbud_sto9458678/story.shtml
- Eveleth, R. (2013, 26 March). *The Myers-Briggs Personality Test is pretty much meaningless*. Smithsonian Magazine. <https://www.smithsonianmag.com/smart-news/the-myers-briggs-personality-test-is-pretty-much-meaningless-9359770/>
- Extended DISC International (2015). *Extended DISC Personal Analysis*. Validation Report 2015. <https://hrsolutions-as.com/wp-content/uploads/Faneblad-9.1-Extended-DISC-Validation-Report-2015.pdf>
- Extended Tools (2023). *Extended DISC Analiza stylów zachowań*. Extended Tools Polska. <https://extended.tools/extended-disc/>
- Falkowski, A., Tyszka, T. (2009). *Psychologia zachowań konsumenckich*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Falkowski, P. (2011, 15 stycznia). *Biegun winy według Anodinej*. RadioMaryja.pl. <https://www.radiomaryja.pl/bez-kategorii/biegun-winy-wedlug-anodinej/>
- Farber, B.A., Blanchard, M., Love, M. (2019). *Secrets and lies in psychotherapy*. American Psychological Association.

- Fengler, J. (2000). *Pomaganie mężczyzn. Wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Fenichel, M., Sulzer, J., Barak, A., Zelman, E., Jones, G., Munro, K., Meunier, V., Walker-Schmucker, W. (2002). Myths and realities of online clinical work. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 5(5), 481–497. <https://doi.org/10.1089/109493102761022904>
- Filipiak, M., Paluchowski, W.J. (2019). Standardy diagnozy psychologicznej – historia powstawania. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach*, 2, 1–6. <https://doi.org/10.14746/tppb.2019.2.1>
- Filipiak, M., Tarnowska, M., Zalewski, B., Paluchowski, W.J. (2015). O systemie kształcenia ustawicznego psychologów diagnostów w Polsce. *Roczniki Psychologiczne*, 18(2), 157–169.
- Fitzpatrick, K.K., Darcy, A., Vierhille, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4(2), e19. <https://doi.org/10.2196/mental.7785>
- Fiutak, A. (2016). *Pomoc psychologiczna. Prawo i etyka w zawodach terapeuty i psychiatrii*. Wydawnictwo Difin.
- Florek, S. (2012). Intuicyjne i krytyczne myślenie moralne w kontekście jego filogenezy i neuropsychologii. *Stępskie Studia Filozoficzne*, 11, 125–136.
- Forward, S., Buck, C. (2015). *Toksyczni rodzice. Jak się uwolnić od bolesnej spuścizny i rozpocząć nowe życie*. Wydawnictwo Czarna Owca.
- Frances, A. (2017) Misdiagnosing Donald Trump. *Journal of Mental Health*, 26(5), 394–394. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1371845>
- Francis, R.D. (2009). The European Federation of Psychologists' Associations Meta-Code. W: R.D. Francis (red.), *Ethics for psychologists* (2nd ed., s. 262–276). Wiley-Blackwell. <https://www.inpa-europsy.it/wp-content/uploads/2022/11/Ethics-for-Psychologists-2009-Francis-Appendix-I-The-European-Federation-of-Psychologists-Associations-MetaE28090Code.pdf>
- Frankel, M.S. (1989). Professional codes: Why, how, and with what impact? *Journal of Business Ethics*, 8, 109–115. <https://doi.org/10.1007/BF00382575>
- Frącz, A. (2019). Hejting – przejawy mowy nienawiści w Sieci. *Parezja*, 2(12), 29–47. <https://doi.org/10.15290/parezja.2019.12.03>
- Freudenthaler, H.H., Neubauer, A.C., Gabler, P., Scherl, W.G., Rindermann, H. (2008). Testing and validating the trait emotional intelligence questionnaire (TEIQue) in a German-speaking sample. *Personality and Individual Differences*, 45, 673–678.
- Fryc, O. (2024, 19 listopada). *Po reportażu o ustawieniach Hellinger. Zofia Miłska-Wrzońska: Psychoterapia to nie ślepe oddanie autorytetowi*. Wyborcza.pl. <https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,31464412,po-reportazu-o-ustawieniach-hellinger-mil-ska-wrzosinska-psychoterapia.html>
- Fuller, L.L. (1978). *Moralność prawa*. Seria: Plus Minus Nieskończoność. Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Furnham, A. (2022). The big five facets and the MBTI: The relationship between the 30 NEO-PI(R) facets and the four Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) Scores. *Psychology*, 13(10), 1504–1516.

- Galewicz, W. (2005a). Prawda dla chorych. *Diametros*, 4, 94–102.
- Galewicz, W. (2005b). O argumentach za medycznym kłamstwem. *Diametros*, 4, 152–158.
- Galewicz, W. (2009). O etyce badań naukowych. *Diametros*, 19, 48–57.
- Galewicz, W. (2010). W sprawie odrębności etyk zawodowych. W: W. Galewicz (red.), *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych* (s. 9–124). Universitas.
- Galewicz, W. (2012). Jak świadoma powinna być świadoma zgoda, czyli o czym informować pacjentów? W: W. Bołoz, R. Krajewski (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce* (s. 87–107). BIULETYN RPO – Materiały nr 76. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Galińska, E. (2011). *Terapia reparacyjna mężczyzn z egodystonicznym homoseksualizmem*. Psychologia.net.pl. <http://www.psychologia.net.pl/artikul.php?level=529>
- Galiński, K., Gierus, J. (2023). Polscy psychoterapeuci i ich pokoleniowe postawy wobec superwizji. *Psychoterapia*, 207(4), 51–63. <https://doi.org/10.12740/PT/182839>
- Gałaszka M. (2012). Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju Internetu. *Przegląd Socjologiczny*, 61(2), 118–150.
- Gardyniak, A. (2013). Wywiad z prof. Janem Hartmanem, który oburzył środowisko lekarskie: Kodeks Etyki Lekarskiej to mieszanina frazesów. *Medexpress.pl*. <http://paluchja-zajecia.home.amu.edu.pl/etyka/hartman.pdf>
- Gartner, J., Langford, A., O'Brien, A. (2018). It is ethical to diagnose a public figure one has not personally examined. *The British Journal of Psychiatry*, 213, 633–637. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.132>
- Garus. M. (2024). „Ta relacja może być czymś więcej”. *Ekspert wprost o więzi Świątek i Abramowicz*. [Audycja radiowa]. Radio ZET. <https://wiadomosci.radiozet.pl/sport/ta-relacja-jest-czyms-wiecej-ekspert-wprost-o-swiatek-i-abramowicz>
- Gasparski, W. (2002). Kodeksy etyczne: Ich struktura i treść. *Annales. Etyka w życiu gospodarczym*, 5(1), 227–239.
- Gasparski, W. (2020). Konflikt ról społecznych w świetle etyki zawodowej. *Krytyka Prawa*, 12(2), 20–30.
- Gauthier, J. (2008). *The Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists: Third draft*. https://www.researchgate.net/publication/228985261_The_universal_declaration_of_ethical_principles_for_psychologists_Third_draft
- Gauthier, J. (2022). The Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists: Overview of its development and its international impact on psychological ethics applied psychology around the world. Special issue: Ethics in psychology. *IAAP Bulletin*, 4(3), 8–17.
- Gawin, M. (2015, 5 października). *Testy IQ w służbie rasy doskonałej*. Teologia polityczna. <https://teologiapolityczna.pl/magdalena-gawin-testy-iq-w-sluzbie-rasy-doskonalej>
- Gazeta Wyborcza (2016, 20 maja). *List otwarty psychiatrów ws. wypowiedzi prof. Łukasza Świąckiego w tygodniku „Do Rzeczy”*. Wyborcza.pl. <http://wyborcza.pl/1,95891,20107227,list-otwarty-psychiatrow-ws-wypowiedzi-prof-lukasza-swieckiego.html#BoxGWIimg>

- Gelb, S.A. (1986). Henry H. Goddard and the immigrants, 1910–1917: The studies and their social context. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 22, 324–332.
- Gewirth, A. (2010). Etyka zawodowa: Teza o odrębności. W: W. Galewicz (red.), *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych* (s. 181–206). Universitas.
- Gęsiorowski, J., Podsiadlik, P. (2016). Etyka zawodowa funkcjonariuszy służb kryminalnych policji. W: M.S. Fałdowska, A.W. Filipek, J.U. Ważniewska (red.), *Morale w świetle wyników badań i w procesie dydaktycznym* (cz. 2, s. 166–205). Wojskowe Centrum Edukacji Obywatelskiej im. płk. dypl. Mariana Porwita.
- Giełda, J. (2007). *Ryzyko pracoholizmu u osób wykonujących tzw. „zawody misyjne”*. [Niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii.
- Gierowski, J.K. (1995). Niektóre problemy deontologiczne w psychologii sądowej. *Palestra*, 39(1–2), 94–100.
- Gilbert, M.C., Evans, K. (2004). *Superwizja w psychoterapii*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gilliland, B.E., James, R.K. (2008). *Strategie interwencji kryzysowej*. Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych PARPA.
- Ginzburg, R. (1964). Goldwater: The man and the menace. *Magazine Fact*, 1(5), 3–23. <https://fact.110west40th.com/volumes/volume-1-5#3>
- Glanc, M. (2017, 18 stycznia). *Skazany za molestowanie zostaje w więzieniu. „Brak skruchy, stawia się w roli ofiary”*. Onet.pl. <https://wiadomosci.onet.pl/poznan/skazany-za-molestowanie-zostaje-w-wiezieniu-brak-skruchy-stawia-sie-w-rol-i-ofiary/kblpvdv>
- Glass, L.L. (2003). The gray areas of boundary crossings and violations. *American Journal of Psychotherapy*, 57(4/2003), 429–559. <http://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2003.57.4.429>
- Goddard, H. (1917). Mental tests and the immigrant. *Journal of Delinquency*, 2(5), 243–277.
- Gogacz, M. (1998). Czym jest etyka zawodowa. W: A. Andrzejuk (red.), *Zagadnienie etyki zawodowej* (s. 11–14). Oficyna Wydawnicza NAVO.
- Gojny, M. (2014). Testy psychologiczne w polskich organizacjach: Analiza oferty. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 1, 143–152.
- Goles, T., White, G.B., Beebe, N., Dorantes, C.A., Hewitt, B. (2006). Moral intensity and ethical decision-making: A contextual extension. *SIGMIS Database* 37(2–3), 86–95. <https://doi.org/10.1145/1161345.1161357>
- Gomez, M.J., Ruipérez-Valiente, J.A., García Clemente, F.J. (2023). A systematic literature review of game-based assessment studies: Trends and challenges. *IEEE Transactions on Learning Technologies*, 16(4), 500–515. <http://doi.org/10.1109/TLT.2022.3226661>
- Gonsiorek, J.C., Brown, L.S. (1989). Post therapy sexual relationships with clients. W: G.R. Schoener, J.H. Milgrom, J.C. Gonsiorek, E.T. Luepker, R.M. Conroe (red.), *Psychotherapists' sexual involvement with clients* (s. 289–301). Walk-in Counseling Center.

- Gorbaniuk, O., Markiewicz, K., Bąkowicz, M., Ratajewska, A. (2010). Taksonomia leksykalna skojarzeń osobowych z polskimi politykami. *Current Problems of Psychiatriy*, 11(1), 53–59.
- Gottlieb, M.C. (1993). Avoiding exploitive dual relationships: A decision-making model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 41–48. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.1.41>
- Gottlieb, M.C., Younggren, J.N. (2009). Is there a slippery slope? Considerations regarding multiple relationships and risk management. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(6), 564–571.
- gov.pl (2024). *Standardy ochrony dzieci. Wytyczne do standardów ochrony dzieci. Wzór standardów ochrony dzieci w przedszkolach*. <https://www.gov.pl/attachment/d507e7f0-baf0-43e3-8478-80788315f3c0>
- Grabarczyk, P. (2013). Świat jawności całkowitej, czyli o roli prywatności w życiu społecznym. *Diametros*, 36, 62–80.
- Graber-Stiehl, I. (2023). Is the world ready for ChatGPT therapists? *Nature*, 617, 22–24. <https://doi.org/10.1038/d41586-023-01473-4>
- Grafton Recruitment (2024a). *Testy Thomas International*. <https://testythomas.pl/>
- Grafton Recruitment (2024b). *Test osobowości/potencjału – Thomas HPTI*. <https://testythomas.pl/test-osobowosci-potencjalu-thomas-hpti/>
- Greene, R.L. (1991). *The MMPI-2/MMPI: An interpretive manual*. Allyn & Bacon.
- Greene, R.L. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual (2nd ed.)*. Allyn & Bacon.
- Grela, A. (2018, 17 października). W Łodzi działa fałszywa izba psychologiczna? Polityka Zdrowotna. <https://politykazdrowotna.com/artykul/w-lodzi-dziala-falszywa-izba-psychologiczna-n835748>
- Grohol, J.M. (2004). Online counseling: A historical perspective. W: R. Kraus, J.S. Zack, G. Stricker (red.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (s. 51–68). Elsevier.
- Grulkowski, B. (1998). Problem ideologizacji w psychoterapii. *Studia Gdańskie*, 11, 129–160.
- Grygorczuk, A. (2008). Etyczne aspekty testowej diagnozy intelektu. *Psychiatria*, 5(4), 156–158.
- Gulla, B., Izydorczyk, B., Kubiak, R. (2019). *Godność i intymność pacjenta. Aspekty psychologiczne i prawne*. Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska.
- Gumienna, K. (2013, 20 lutego). *Oklaski dla Performera*. Smart City Poznań. <https://www.poznan.pl/mim/smartcity/infoteka,1200/oklaski-dla-performera,59012.html>
- GUS (2015). *Pojęcia stosowane w statystyce publicznej. Działalność badawcza i rozwojowa (B+R)*. <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/76,pojecie.html>
- GUS (2025). *Szkolnictwo wyższe w roku akademickim 2024/2025*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo-wyzsze-w-roku-akademickim-20242025,8,11.html>
- Gutheil, T.G., Gabbard, G.O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 150, 188–196.

- Haak, D. (2020, 4 marca). *Terapie konwersyjne, terapie reparatorne – pseudoterapie, które są krzywdzące, nienaukowe i nieetyczne*. Centrum Terapii HAAK. <https://dominikaHaak.pl/terapie-konwersyjne-terapie-reparatorne-pseudoterapie-ktore-sa-krzywdzace-nienaukowe-i-nieetyczne/>
- Halama, P. (2015). Competence in psychological assessment is not independent of competence in specific areas of psychological practice. *Roczniki Psychologiczne*, 18(2), 189–191.
- Haldeman, D.C. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 221–227. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.2.221>
- Hall, C.S., Lindzey, G. (2001). *Teorie osobowości*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Handelsman, M.M., Gottlieb, M.C., Knapp, S. (2005). Training ethical psychologists: An acculturation model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(1), 59–65. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.1.59>
- HandWiki (2022). *Social: DISC assessment*. https://handwiki.org/wiki/Social:DISC_assessment
- Hankins, G.C., Vera, M.I., Barnard, G.W., Herkov, M.J. (1994). Patient-therapist sexual involvement: A review of clinical and research data. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 22(1), 109–126.
- Harasim, K. (2018). List pożegnalny samobójcy – źródłem badań w naukach społecznych. Cz. 2. Analiza rzeczowa. *Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne*, 1(28), 97–112.
- Harasim, K., Stradomska, M. (2018). List pożegnalny samobójcy – źródłem badań w naukach społecznych. Cz. 1. Analiza formalna. *Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne*, 1(28), 81–96.
- Hartman, J. (2000). Arbitralność rozumu vs. arbitralność widzimisię. (Trzecia wojna niemiecko-amerykańska). *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria*, 34(2), 224–233.
- Hausner, J., Długosz, D. (2002). Tezy w sprawie zawodów zaufania publicznego. W: S. Legat, M. Lipińska (red.), *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu* (s. 115–125). Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka, 8 kwietnia 2002 roku. Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu.
- Hedrih, V. (2019). Copyright and author's rights. W: V. Hedrih (red.), *Adapting psychological tests and measurement instruments for cross-cultural research* (1st ed., s. 21–47). Routledge.
- Heinonen, E., Orlinsky, D.E., Willutzki, U., Rønnestad, M.H., Schröder, T., Messina, I., Löffler-Stastka, H., Hartmann, A. (2022) Psychotherapist trainees' quality of life: Patterns and correlates. *Frontiers in Psychology*, 13, 864691. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.864691>
- Hellinger, B. (2002). *Praca nad rodziną: Metoda Berta Hellingera*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hellinger, B. (2004). *Listy terapeutyczne: Znaleźć to, co działa*. Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co.

- Hetmańczyk, H., Kawiak, E. (2018). Diagnozowanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z wykorzystaniem testu MOXO. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 1(23), 237–242. <https://doi.org/10.15584/eti.2018.1.31>
- Hill-Briggs, F., Dial, J.G., Morere, D.A., Joyce, A. (2007). Neuropsychological assessment of persons with physical disability, visual impairment or blindness, and hearing impairment or deafness. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 389–404.
- Hill, M., Glaser, K., Harden, J. (1995). A feminist model for ethical decision making. W: E.J. Rave, C.C. Larsen (red.), *Ethical decision making in therapy: Feminist perspectives* (s. 18–37). The Guilford Press.
- Hogan (2025a). *About Hogan*. <https://www.hoganassessments.com/about/>
- Hogan (2025b). *Bibliography 2025*. https://www.hoganassessments.com/wp-content/uploads/2025/01/HAS_Bibliography_2025.pdf
- Holohan, M., Fiske, A. (2021). “Like I’m talking to a real person”: Exploring the meaning of transference for the use and design of AI-based applications in psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.720476>
- Hołub, G. (2013a, 16 września). *Kodeks Etyki Lekarskiej. Odcinek 8: Godność pacjenta jako człowieka – norma podstawowa etyki lekarskiej*. Medycyna Praktyczna. https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/89635.godnosc-pacjenta-jako-czlowieka-norma-podstawowa-etyki-lekarskiej
- Hołub, G. (2013b). Co skrywa zasada autonomii? W: G. Hołub, P. Duchliński, T. Bie-saga, (red.), *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta* (s. 141–168). Wydawnictwo św. Stanisława BM.
- Horbaczewski, D. (2001). Efekt ankierski w jakościowych badaniach marketingowych. *Zeszyty Naukowe Politechniki Opolskiej. Seria Nauki Społeczne*, 48, 153–168.
- Hornowska, E. (2023). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Scholar.
- Hornowska, E., Brzezińska, A., Kaliszewska-Czeremska, K., Appelt, K., Rawecka, J., Bujasz, A. (2012). Paradoksalny efekt triangulacji? *Edukacja*, 4(120), 72–83.
- Hornowska, E., Paluchowski, W.J. (2007). *Praca – skrywana obsesja. Wyniki badań nad zjawiskiem pracoholizmu*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Hornowska, E., Paluchowski, W.J. (2016). Opiniowanie czy formowanie? Z doświadczeń Komisji Etyki ds. Projektów Badawczych przy Instytucie Psychologii UAM. *Nauka*, 2, 163–169.
- Hoss, A.R., Styła, R., Suszek, H., Kowalski, J., Grochowska, M., Dąbrowski, J. (2020). Wizerunek psychiatry, psychologa i psychoterapeuty w mediach. Analiza polskich tygodników opinii. *Psychiatria*, 17(4), 216–223. <https://doi.org/10.5603/PSYCH.2020.0036>
- Hu, J. (2023). Ethical standard in psychological research: A review. *Psychomachina*, 1(1), 1–12. <https://doi.org/10.59388/pm00343>
- Hulewska, A. (2015). Przypadek chorobowy, partner czy klient? – modele relacji z pacjentem aktywizowane przez pracowników ochrony zdrowia. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 414, 155–165. <https://doi.org/10.15611/pn.2015.414.12>
- IBD Business School (2018). *Testy Hogana (HPI, HDS, MVPI)*. <https://ibd.pl/doradztwo-i-badania/doradztwo-hr/testy-hogana-hpi-hds-mvpi/>

- Inscape Publishing (2008). *Everything DiSC® Classic Validation Report*. <https://www.corexcel.com/pdf/disc-classic-validation-report.pdf>
- Interdyscyplinarne centrum etyki UJ (2008). *Bioetyka / Wprowadzenie. Kазus Tatiany Tarasoff – opis*. Serwis INCET. <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=31&i=3&m=27&n=1&z=0&kk=469&k=50>
- International Union of Psychological Science (2008). *Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists*. <https://www.iupsys.net/about/declarations/universal-declaration-of-ethical-principles-for-psychologists/>
- Internetowy System Aktów Prawnych – ISAP (1977). *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r.*
- IPTK (b.d.). Lista Certyfikowanych Konsultantów Kryzysowych. Instytut Pozytywnej Terapii Kryzysu. Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <https://www.iptk.pl/lista-konsultantow/>
- Iverson, G.L. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology*, 13(2), 77–90.
- Izdebski, P., Żbikowska, K., Kotyśko, M. (2013). Przegląd teorii aprobaty społecznej. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 17, 5–20.
- Izydorczyk, B. (2016). Psychologia kliniczna – specjalizacja mająca zastosowanie w ochronie zdrowia. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 20, 31–43. <http://dx.doi.org/10.18778/1427-969X.20.02>
- Jachimiak, Ł. (2025, 5 maja). *Świątek rozpada się na naszych oczach. Abramowicz już nie może udawać*. Gazeta.pl. <https://www.sport.pl/tenis/7,64987,31902165,daria-abramowicz-musi-podejsc-tego-juz-za-wiele-domagamy-sie.html>
- Jacyszyn, J. (2015). Wolny zawód – mit czy rzeczywistość prawna? *Przegląd Prawa i Administracji*, 100(C/1), 541–558.
- Jagielski, M. (2012). Pojęcie świadomej zgody w naukach prawnych. W: W. Bołoz, R. Krajewski (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce. Biuletyn RPO – Materiały nr 76* (s. 21–31). Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Jagiela, J. (2017). Metoda ustawień systemowych rodziny według Berta Hellingera w optyce analizy transakcyjnej. *Edukacyjna Analiza Transakcyjna*, 6, 315–329. <http://dx.doi.org/10.16926/eat.2017.06.18>
- Jałowiczor, J. (2025, 3 lipca). *Terapia bez wiedzy rodziców? „Ruch wymierzony w fundament rodziny”*. OPOKA. <https://opoka.org.pl/News/Polska/2025/ruch-wymierzony-w-fundament-rodziny-13-latek-bedzie-mogl-isc-do>
- Jankowski, H. (1994). Kilka uwag na temat etyki zawodowej. *Etyka*, 27, 184–187. <https://doi.org/10.14394/etyka.1116>
- Jantos, M. (2015). Filozofia dialogu przeciw paternalizmowi w medycynie. *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria*, 24, 4(96), 243–252.
- Janus, D. (2012). Metoda ustawień systemowych według Berta Hellingera. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Pogranicza. Podręcznik akademicki* (s. 589–613). ENETEIA.
- Jarema, M. (2018). Czy można ocenić ryzyko samobójstwa? *Psychiatria Polska*, 52(1), 7–19. <https://doi.org/10.12740/PP/74161>

- Jaroń, A. (2012). Formacja w zakresie etyki przyszłego pracownika administracji publicznej. W: J. Czaputowicz (red.), *Etyka w służbie publicznej* (s. 128–127). Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
- Jaros, M.J., Kawczyńska-Butrym, Z., Włoszczak-Szubda, A. (2012). Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18(3), 212–218.
- Jaroszewski, M. (2014). Miejsce pojęcia „wsparcie psychologiczne” w słowniku zawodowym psychologów i pedagogów praktyków. *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne*, 1, 71–84.
- Jastrzębska, E., Przybysz, M. (red.). (2019). *Społeczna odpowiedzialność – znaczenie dla uczelni i sposoby wdrażania*. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju. http://odpowiedzialnybiznes.pl/wp-content/uploads/2019/09/SOU_publicakcja.pdf
- Jastrzębski, A. (2021). *Po pierwsze pomagać. O burzliwym związku psychologii i wiary*. Wydawnictwo eSPe.
- Jaśkiewicz-Obydzińska, T., Wach, E. (2006). Ekspertyza psychologiczna dotycząca wyjaśnień a prawa podejrzanych i oskarżonych. *Z Zagadnień Nauk Sądowych*, 65, 19–23.
- Jaśkiewicz, M., Drat-Ruszczak, K. (2011). Skala wrażliwości na naruszenie granic Ja (SNaG): Polska adaptacja Skali Amebowego Ja (Amoebic Self Scale) C. Burrisa i J. Rempela. *Psychologia Społeczna*, 6(3), 252–266.
- Jaworowska, A. (2009a). Co polscy psychologowie sądzą o testach? *Nowiny Psychologiczne*, 1, 5–20.
- Jaworowska, A. (2009b). *Stosowanie testów. Wyniki kwestionariusza EFPA*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP. https://www.practest.com.pl/files/Stosowanie_testow_wyniki_EFPA.pdf
- Jaworowska, A. (2011). *Raport z badania „Stosowanie testów w biznesie”*. Instytut Rozwoju Biznesu, Polska Fundacja Badań nad Zarządzaniem i Pracownia Testów Psychologicznych. <https://ibd.pl/wiedza-dla-biznesu/raport-z-badania-stosowanie-testow-w-biznesie/>
- Jędruszczak, K. (2005). Modele i koncepcje prywatności w psychologii. *Przegląd Psychologiczny*, 48(2), 197–215.
- Joinson, A. (2001). Self-disclosure in computer-mediated communication: The role of self-awareness and visual anonymity. *European Journal of Social Psychology*, 31, 177–192. <https://doi.org/10.1002/ejsp.36>
- Jones, T.M. (1991). Ethical decision making by individuals in organizations: An issue-contingent model. *Academy of Management Review*, 16(2), 370–395. <https://doi.org/10.5465/amr.1991.4278958>
- Józefik, B. (2010). Superwizja – perspektywa systemowa. *Psychoterapia*, 3(154), 11–22.
- Józefik, B., Sobański, W., Tryjarska, B. (2007). *Kodeks zasad etycznych psychoterapeuty, Komisja Etyki Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. https://www.psychoterapia-silesia.org.pl/kurs/notes/kodeks_zasad_etycznych_psychoterapeuty.pdf
- Juczyński, Z. (1998). Od decyzji do działania: Model wyjaśniający zachowania suicydalne. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica*, 2, 3–13.

- Jurczyk, T. (2009). Geneza rozwoju praw człowieka. *Homines Hominibus*, 1(5), 29–44.
- Justia Law (b.d.). *REGENTS OF THE U. of M. v. Applied Innovations*, 685 F. Supp. 698 (D. Minn. 1987). Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <https://law.justia.com/cases/federal/district-courts/FSupp/685/698/1881784/>
- Just the Facts Coalition (2008). *Just the facts about sexual orientation and youth: A primer for principals, educators, and school personnel*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/just-the-facts.pdf>
- Kaczmarek, Ł.D., Sęk, H., Ziarko, M. (2011). Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie. *Przegląd Psychologiczny*, 54(1), 29–46.
- Kaczorkiewicz, D. (2021). Wiktyimizacja wtórna w postępowaniu przygotowawczym. *Studia Administracji i Bezpieczeństwa*, 11(11), 285–297. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.6762>
- Kaczyńska-Maciejowska, R. (2005). Narzędzie obiektywnej charakterystyki człowieka. *Personel i Zarządzanie*, 4, 36–39.
- Kaelber, L. (2012). *Eugenics: Compulsory sterilization in 50 American states*. Presentation from the 2012 Social Science History Association. <https://www.uvm.edu/~l-kaelber/eugenics/>
- KAI (2014, 20 lutego). *Klauzula sumienia w krajach Unii Europejskiej i USA*. Katołicka Agencja Informacyjna. <https://www.ekai.pl/klauzula-sumienia-w-krajach-unii-europejskiej-i-usa/>
- Kalita, L., Bittner-Jakubowska, A., Buzun, E., Dworczyk, P., Giza, M., Henzel-Korzeniowska, A., Zbońska, J. (2021). Kompetencje potrzebne do prowadzenia terapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych w Polsce. *Psychoterapia*, 197(2), 51–66. <https://doi.org/10.12740/PT/139233>
- Kamińska, S., Kosiba, B., Sołtyszewski, I. (2017). Możliwości wykorzystania psychologii sądowej przez organy ochrony prawne. W: B.A. Nowak, M. Maciąg (red.), *Przegląd badań z zakresu kryminalistyki i medycyny sądowej* (s. 160–172). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL.
- Kaniecki, P. (2025, 20 lutego). *Kim jest twój terapeuta? Katarzyna Włodkowska o terapii z Gdańska*. Dobrzy Dziennikarze. <https://dobrzydziennikarze.pl/2025/02/20/kim-jest-twoj-terapeuta-katarzyna-wlodkowska-o-terapii-z-gdanska/>
- Karaś, D. (2019). Pojęcia i koncepcje dobrostanu: Przegląd i próba uporządkowania. *Studia Psychologica: Theoria et Praxis*, 19(2), 5–23.
- Kargulowa, A. (2017). Pacjent, klient, homo consultants – perspektywa andragogiczna. *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 20, 3(79), 7–20.
- Karkosz, S., Michałowski, J.M., Sanna, K., Szczepaniak, N., Konat, K. (2022). Human-therapeutic chatbot interaction analysis, on the example of Fido. W: S. Constantine, A. Margherita, N. Stavroula (red.), *HCI International 2022 Posters. HCII 2022. Communications in computer and information science* (s. 424–429). Springer.
- Karkosz, S., Szymański, R., Sanna, K., Michałowski, J. (2024). Effectiveness of a web-based and mobile therapy chatbot on anxiety and depressive symptoms in sub-clinical young adults: A randomized controlled trial (preprint). *JMIR Formative Research*, 20(8), e47960. <https://doi.org/10.2196/47960>

- Karlińska, A. (2020). (Nie)przekładalność języków. Analiza korpusowa opinii sądowo-psychiatrycznych. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 16(4), 104–125.
- Karpe, K. (2017). O pogoni za wynikiem istotnym statystycznie. Konsekwencje rozpowszechnienia testowania istotności hipotezy zerowej w psychologii. *Nauka*, 1, 143–156.
- Karwatowska, M. (2018). Uczucie świadczące o naszej niedoskonalości, czyli wstyd w definicjach studentów lubelskich. *Białostockie Archiwum Językowe*, 18, 89–98. <https://doi.org/10.15290/baj.2018.18.06>
- Kaslow, N.J., Borden, K.A., Collins Jr., F.L., Forrest, L., Illfelder-Kaye, J., Nelson, P.D., Rallo, J.S., Vasquez, M.J.T., Willmuth, M.E. (2004). Competencies conference: Future directions in education and credentialing in professional psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 699–712. <https://doi.org/10.1002/jclp.20016>
- Kaslow, N.J., Rubin, N.J., Bebeau, M.J., Leigh, I.W., Lichtenberg, J.W., Nelson, P.D., Portnoy, S.M., Smith, I.L. (2007). Guiding principles and recommendations for the assessment of competence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 441–451. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.441>
- Kaźmierczyk, P. (red.). (2022). *Biała Księga. AI w praktyce klinicznej. Stosowanie sztucznej inteligencji przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych*. wZdrowiu. https://aiwzdrowiu.pl/wp-content/uploads/2022/06/BIA_A-KSIE_GA_AI-W-ZDRO-WIU_2022.pdf
- Kaźmierska, K. (2024). Anonimizacja w badaniach biograficznych – dylematy metodologiczne i etyczne. *Przegląd Socjologiczny*, 73(4), 87–108. <https://doi.org/10.26485/PS/2024/73.4/4>
- KB (2013). Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia. *Prawo i Medycyna*, 3–4, 52/53(15), 7–25. https://koalicjaateistyczna.org/wp-content/uploads/files/Stano-wisko_KB_nr_4-2013.pdf
- KD (2016, 24 września). *Lekarz Ani Przybylskiej ukarany! Sąd nie miał wątpliwości*. Fakt. <https://www.fakt.pl/wydarzenia/polska/trojmiasto/lekarz-ani-przybylskiej-dr-dariusz-zadrozny-zostal-ukarany-za-wywiad-o-ani/6mcsvef>
- Kennedy, K.G., Welton, R.S., Yeoman, F.E. (red.). (2024). *Superwizja psychoterapii indywidualnej*. Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Kiciński, K. (1994). Etyka zawodowa a kodeks. *Etyka*, 27, 174–77. <https://doi.org/10.14394/etyka.1114>
- Kimmel, A. (2008). Ethical issues in social psychology research. W: C. Sansone, C. Morf, A. Panter (red.), *Ethical issues in social psychology research* (s. 45–70). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412976190.n3>
- Kitchener, K.S. (1984). Intuition, critical evaluation and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 12(3–4), 43–55. <https://doi.org/10.1177/0011000084123005>
- Klajs, K. (2020). Psychoterapia w czasie pandemii. *Psychoterapia*, 1(192), 89–96. <https://doi.org/10.12740/PT/122153>
- Kleszczewska-Albińska, A. (2020). Stwarzanie zdrowego środowiska dla jakości życia psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 20(4), 283–290. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2020.0035>

- Klimczuk, A. (2013). Możliwość i użyteczność moralna kodyfikacji norm etycznych: Przegląd stanowisk etycznych. *Problemy Profesjologii*, 2, 69–82.
- Kluzowicz, J., Kluzowicz, M. (2021). Psychoterapia w czasie izolacji społecznej związanej z COVID-19 – perspektywa terapeutów i klientów. *Psychoterapia*, 1(196), 5–31. <https://doi.org/10.12740/PT/134717>
- Knapik, B. (2004, 23 grudnia). *Piracki test z paranoją*. WP Wiadomości. <https://wiadomosci.wp.pl/piracki-test-z-paranoja-6037497827665025a>
- Knapp, S., Handelsman, M.M., Gottlieb, M.C., VandeCreek, L.D. (2013). The dark side of professional ethics. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(6), 371–377. <https://doi.org/10.1037/a0035110>
- Knapp, S.J., VandeCreek, L.D. (2012). *Practical ethics for psychologists: A positive approach* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Knapp, S.J., VandeCreek, L.D., Fingerhut, R. (2017). The legal floor and positive ethics. W: S.J. Knapp, L.D. VandeCreek, R. Fingerhut, *Practical ethics for psychologists: A positive approach* (3rd ed., s. 3–15). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000036-001>
- Koczanowicz, L. (2018). Lęk intymności, czyli mówienie prawdy w dobie Internetu. *Kultura Współczesna*, 2(101), 38–50. <https://doi.org/10.26112/kw.2018.101.04>
- Kolera, M.K. (2019). Testy psychologiczne w badaniach glottodydaktycznych. *Neofilolog*, 34, 205–216. <https://doi.org/10.14746/n.2010.34.18>
- Konieczny, M. (2023). Manipulacja, perswazja i socjotechnika jako formy wywierania wpływu. *Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały*, 2(33), 153–177. <https://doi.org/10.48269/2451-0807-sp-2023-2-006>
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku.
- Koocher, G.P., Keith-Spiegel, P. (2016). *Ethics in psychology and the mental health professions. Standards and cases* (4th ed.). Oxford University Press.
- Koocher, G.P., Keith-Spiegel, P. (2021). *Boundary crossings and the ethics of multiple role relationships*. <https://continuingcourses.net/course/boundary-crossings-and-the-ethics-of-multiple-role-relationships/>
- Koocher, G.P., McMann, M.R., Stout, A.O., Norcross, J.C. (2014). Discredited assessment and treatment methods used with children and adolescents: A Delphi poll. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 722–729. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.895941>
- Koocher, G.P., Rey-Casserly, C.M. (2003). Ethical issues in psychological assessment. W: J.R. Graham, J.A. Naglieri (red.), *Handbook of psychology: Assessment psychology* (s. 165–180). John Wiley & Sons, Inc.
- Korkut, Y. (2020). Teaching and learning psychology ethics as a meaningful and enjoyable experience. *Psychology in Russia: State of the Art*, 13(1), 33–41. <https://doi.org/10.11621/pir.2020.0104>
- Kosewski, M. (1985). *Ludzie w sytuacjach pokusy i upokorzenia*. Wiedza Powszechna.
- Kosewski, M. (1999). Anomia sovietica (o tym, dlaczego ludzie ceniąc sobie to, co dobre, idą za tym, co złe i jak można temu zaradzić?). W: W. Gasparski, A. Lewicka-Strzałecka, D. Miller (red.), *Etyka biznesu, gospodarki i zarządzania* (s. 63–84). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi – Fundacja „Wiedza i Działanie” im. L. von Misesa i T. Kotarbińskiego.

- Kosewski, M. (2007). *UKŁADY. Dlaczego porządni ludzie czasem kradną, a złodzieje ujmują się honorem*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania, Vizja Press.
- Kosewski, M. (2012). Przywództwo i zarządzanie godnościowe w administracji publicznej. W: J. Czaputowicz (red.), *Etyka w służbie publicznej* (s. 109–127). Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
- Kosicka, B., Ksykiewicz-Dorota, A. (2008). Pielęgniarskie modele podejmowania decyzji. *Problemy Pielęgniarstwa*, 16(3), 299–303.
- Kosmowski, W. (2019). *Aksjologia i deontologia osób zaangażowanych w ochronę zdrowia psychicznego w Polsce. Podstawy filozoficzne. Tło bio-psychospołeczne i ekonomiczne. Rozwiązania praktyczne, rekomendacje* (t. 1). DW Margrafen.
- Koszur, J., Ziółkowska, A., Gruszka-Gosiewska, A., Czerniak, A. (2024). *Studia psychologiczne w Polsce. Raport za lata 2019–2023*. Uniwersytet SWPS, Uniwersytet Jagielloński. https://oldkomppsych.pan.pl/images/Pliki/Raport_Studia_Psychologiczne_w_Polsce_v.19.04.pdf
- Koszur, J., Ziółkowska, A., Gruszka-Gosiewska, A., Czerniak, A. (2025). *Studia psychologiczne w Polsce. Raport za lata 2019–2024. Aktualizacja czerwiec 2025*. Uniwersytet SWPS, Uniwersytet Jagielloński. <https://swps.pl/images/DOKUMENTY/Raporty/Raport-Studia-psychologiczne-w-Polsce-aktualizacja-2025.pdf>
- Kowalczyk, M.M. (2022). Potencjał metody projektowej w nauczaniu zdalnym na uczelni wyższej na przykładzie przedmiotu „Projekt edukacyjny”. W: H. Chodkiewicz, I. Dąbrowska, B. Struk (red.), *Praca indywidualna i grupowa w nauczaniu tradycyjnym i zdalnym: Możliwości i ograniczenia* (s. 159–172). Wydawnictwo Akademii Białskiej im. Jana Pawła II.
- Kowalczyk, P. (2024, 22 stycznia). *Jak poznać, że terapeuta jest zły i trzeba go zmienić? Kiedy zmienić terapeuta: 22 znak jak poznać złego terapeuta*. Mind Match. <https://mindmatch.pl/porady/kiedy-zmienic-zlego-terapeute>
- Kowalik, S. (2011). O reputacji psychologii i psychologów. *Roczniki Psychologiczne*, 14(2), 53–59.
- Kowalska, K. (2009). *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia polskie i międzynarodowe*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Kowalski, N. (2021, 6 maja). *Daria Abramowicz: Psychologia kluczem do sukcesu*. Tennis Magazyn. <https://tenismagazyn.pl/daria-abramowicz-psychologia-kluczem-do-sukcesu/>
- Kozielecki, J. (2000). *Koncepcje psychologiczne człowieka*. Wydawnictwo Akademickie Żak.
- KP PAN (2020). *Regulamin Komitetu Psychologii Polskiej Akademii Nauk*. https://oldkomppsych.pan.pl/images/Regulamin_Komitetu_Psychologii_PAN_2020-11-03.pdf
- Krasnowolski, A. (2013). *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*. Kancelaria Senatu
- KRASP (2023). *Kodeks Dobre Praktyki w Szkołach Wyższych*. KRASP, FRP. https://wim.put.poznan.pl/sites/default/files/2025-03/KRASP_Kodeks_Dobre_praktyki_PL.pdf
- Krieger, V., Magallón-Neri, E., Amador-Campos, J.A. (2024). *Ethics and artificial intelligence in psychological assessment* [Ética e inteligencia artificial en evaluación psicológica]. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

- Kroll, J., Pouncey, C. (2016). The ethics of APA's Goldwater rule. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 44(2), 226–235.
- Królikowski, B. (2025, 20 marca). Abramowicz sama to przyznała. Jest dla Świętek kimś więcej niż psycholożką. *Gazeta.pl*. <https://www.sport.pl/tenis/7,64987,31782999,abramowicz-przekroczyła-granice-psycholożka-swiątek-sama.html>
- Kruszyńska, K. (2017). *Wypalenie zawodowe w zawodach misyjnych na przykładzie psychoterapeutów*. [Niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii.
- Krzemionka-Brózda, D. (2015, 4 listopada). *Polityczna paranoja*. Charaktery. <https://charaktery.eu/artykul/polityczna-paranoja>
- KSEN PAN (2025). *Kodeks etyki pracownika naukowego* (wyd. 4). Komisja ds. Etyki w Nauce PAN. https://pan.pl/app/uploads/2025/12/Kodeks_etyki_pracownika_naukowego_2024.pdf
- KTP PAN (2013). O pewnym przypadku nadużycia testów. *Biuletyn Komisji Testów Psychologicznych*, 1, 4–5. https://ips.uj.edu.pl/documents/1749407/2142142/ktp_biuletyn_001_0.pdf
- Kubiak, R. (2013, 19 kwietnia). *Kodeks etyki lekarskiej. Odcinek 3: Czy zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej obowiązują lekarza?* *Medycyna Praktyczna*. https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/82688,czy-zasady-kodeksu-etyki-lekarskiej-obowiazuja-lekarza
- Kublik, A. (2014, 10 października). *Etyka lekarska na krawędzi. Środowisko komentuje wypowiedzi onkologa Anny Przybylskiej*. *Wyborcza.pl*. <https://wyborcza.pl/7,75398,16778652,etyka-lekarska-na-krawedzi-srodowisko-komentuje-wypowiedzi.html>
- Kucharski, J. (2019). Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa – analiza krytyczna wybranych zagadnień. *Psychologia Wychowawcza*, 57(15), 152–165.
- Kuczera, Ł. (2024, 12 października). *Apeluje o zakaz spowiedzi dzieci. „Skończmy z wyrządzaniem krzywdy”*. *WP Wiadomości*. <https://wiadomosci.wp.pl/radna-chce-zakazac-spowiadania-dzieci-to-przemoc-psychiczna-7080788460968544a>
- Kulesza, M. (2002). Pojęcie zawodu zaufania publicznego. W: S. Legat, M. Lipińska (red.), *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu: Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka*, 8 kwietnia 2002 r. (s. 25–32). Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu.
- Kustra, D., Lasek, S. (2022). Pytania, zarzuty, zastrzeżenia do opinii OZSS – krytyka, polemika czy rozmowa o rozwiązaniach? *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 21(2), 78–106.
- Kwieciński, A. (2008). Prawne podstawy organizacji badań psychologicznych i psychiatrycznych skazanych w toku wykonywania kary pozbawienia wolności. *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*, 23, 137–146. <https://wuw.pl/nkp/article/view/7918>
- Lang, M. (2006). Doktryna paternalizmu w odniesieniu do osób psychicznie chorych. *Studia Iuridica Toruniensia*, 3, 109–124. <https://doi.org/10.12775/SIT.2006.007>
- Lankster, N., Sewell, L., Butler, R. (2019). Multiple relationships and therapy: When 6 degrees of separation is not possible. *Journal of Medical Clinical Case Reports*, 1(1), 1–5.

- Lazari-Pawłowska, I. (1961). Sprzeczność i konfliktowość w systemie etycznym. *Studia Filozoficzne*, 3(24), 143–157.
- Lazari-Pawłowska, I. (1992). Etyka zawodowe jako role społeczne, W: P.J. Smoczyński (red.), *Etyka. Pisma wybrane* (s. 84–91). Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Lazari-Pawłowska, I. (1994). Etyka zawodowa bez kodeksu. *Etyka*, 27, 177–180. <https://doi.org/10.14394/etyka.1115>
- Leach, M.M., Harbin, J.J. (1997). Psychological ethics codes: A comparison of twenty-four countries. *International Journal of Psychology*, 32(3), 181–192.
- Lee, B.X. (2017). *Dangerous case of Donald Trump: 27 psychiatrists and mental health experts assess a president*. Thomas Dunne Books.
- Legat, S., Lipińska, M. (red.). (2002). *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka 8 kwietnia 2002 r. Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu.
- Lekka-Kowalik, A. (1998). Etyka badań naukowych – nowa dyscyplina filozoficzna. *Roczniki Filozoficzne*, 45–46(2), 83–118.
- Leksy, K. (2017). Przestrzeń wirtualna jako nowe środowisko socjalizacyjne. W: K. Borzucka-Sitkiewicz, K. Leksy (red.), *Ekshibicjonizm społeczny w Internecie. Motywy i potencjalne zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa młodzieży* (s. 17–50). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Leśniak, B., Leśniak, M. (2018). Subiektywność w opiniach biegłych sądowych – prawne, etyczne i psychologiczne aspekty. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, 131, 287–297.
- Leśniewski, B. (2016, 21 maja). *Psychiatrzy przepraszają za prof. Świącieckiego. Ten za... redakcję „Do Rzeczy”*. Termedia. <https://www.termedia.pl/mz/Psychiatrzy-przepraszaja-za-prof-Swieckiego-Ten-za-redakcje-Do-Rzeczy-,22041.html>
- Leutner, F., Akhtar, R., Chamorro-Premuzic, T. (2022). Gamification and game-based assessments. W: F. Leutner, R. Akhtar, T. Chamorro-Premuzic (red.), *The future of recruitment. Using the new science of talent analytics to get your hiring right* (s. 119–145). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-83867-559-220221005>
- Lewicka-Strzałeczka, A. (2005). Teoretyczne i praktyczne aspekty identyfikacji i ograniczania konfliktu interesów. W: A. Węgrzecki (red.), *Konflikt interesów – konflikt wartości* (s. 7–23). Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- Lewicki, A. (1968). *Psychologia kliniczna w zarysie*. Wydawnictwa Naukowe UAM.
- Lewis, I., Watson, B., White, K.M. (2009). Internet versus paper-and-pencil survey methods in psychological experiments: Equivalence testing of participant responses to health-related messages. *Australian Journal of Psychology*, 61(2), 107–116. <https://doi.org/10.1080/00049530802105865>
- Li, H., Zhang, R., Lee, Y.C., Kraut, R.E., Mohr, D.C. (2023). Systematic review and meta-analysis of AI-based conversational agents for promoting mental health and wellbeing. *npj Digital Medicine*, 6(1), 236–236. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00979-5>

- Lilienfeld, S.O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53–70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Lohr, J.M. (2015). Science and pseudoscience in clinical psychology: Initial thoughts, reflections, and considerations. W: S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, J.M. Lohr (red.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (2nd ed., s. 1–16). Guilford Press.
- Lilienfeld, S.O., Miller, J.D., Lynam, D.R. (2018). The Goldwater rule: Perspectives from, and implications for psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 3–27.
- Lilienfeld, S.O., Wood, J.M., Garb, H.N. (2002). *Status naukowy technik projekcyjnych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lindén, E., Rådeström, J. (2008). *Ethical dilemmas among psychologists in Sweden and South Africa*. [Dissertation]. Linköping University, Department of Behavioural Sciences and Learning. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-15386>
- Luban, D. (2010). Etyka zawodowa. W: W. Galewicz (red.), *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych* (s. 223–245). Universitas.
- Lustig, R. (2015). Dobro w psychoterapii – zarys problematyki. *Zeszyty Naukowe Centrum Badań im. Edyty Stein*, 13/14, 365–376.
- Łętowska, E. (2010). Kilka uwag o związkach między prawem i etyką. *Nauka*, 3, 74–81.
- Łobocka, A. (2019). *Prywatność oraz odsłanianie się w sytuacji terapeutycznej*. [Niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii.
- Łoś, A., Puciato, D. (2011). Niedoskonały rynek świadczeń zdrowotnych. *Handel Wewnętrzny*, 1, 17–24.
- Łuczak-Wawrzyniak, J. (2024). Uzasadnienie stanowiska PTP. https://psych.org.pl/pliki/Uwagi_PTP_do_projektu_GR_2024.pdf
- Łukasiak, A. (2023). Gry komputerowe jako narzędzie resocjalizacji – wprowadzenie do problematyki i perspektywy badawcze. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 1(23), 191–208. <https://doi.org/10.14746/kse.2023.23.1.14>
- Łukaszewski, W. (2000) Psychologiczne koncepcje człowieka. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 67–92). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Łukaszewski, W. (2004). Złudzenia co do kodeksów etycznych. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii* (s. 82–88). Wydawnictwo SWPS Academica.
- Łukaszewski, W. (2011). Psychologia podzielona. *Nauka*, 4, 7–19.
- Łuków, P. (2022). Solidarity and the ethics of exposing others to risk in medical research. *Bioethics*, 36, 821–828. <https://doi.org/10.1111/bioe.13049>
- Łyś, A.E., Bargiel-Matusiewicz, K. (2024). Diagnoza psychologiczna związana z postępowaniem dowodowym w sytuacjach przemocy seksualnej – wyzwanie dla współczesnej psychologii sądowej. W: B. Zawadzki, K. Fronczyk, K. Bargiel-Matusiewicz (red.), *Wybrane problemy współczesnej diagnostyki klinicznej w psychologii* (s. 47–64). Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487676>
- Machinek, M. (2011). Autonomia jako wartość i problem moralny w relacji lekarz-pacjent. *Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo*, 1, 105–110.

- Machinek, M. (2018a). *Autonomia pacjenta versus autonomia lekarza. Dylematy moralne w kontekście roszczeń pacjenta w sytuacji zagrożenia życia*. Materiały z konferencji naukowo-szkoleniowej „Medycyna – nauką czy miejscem spełniania życzeń pacjenta”, Warszawa, 17–18 kwietnia 2008.
- Machinek, M. (2018b). Transhumanizm jako wyzwanie dla teologii. Kilka pytań. *Teologia i Moralność*, 17, 1(31), 73–88. <https://doi.org/10.14746/TIM.2022.31.1.6>
- Maciąg, A., Sakowska, I. (2006). Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych. *Studia i Materiały*, Wydział Zarządzania UW, 1, 50–62.
- MacRae, I., Furnham, A. (2020). A psychometric analysis of the high potential trait inventory (HPTI). *Psychology*, 11, 1125–1140. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.118074>
- MAG (2014, 9 października). *Lekarz Przybylskiej tłumaczy się: Nie zламалем tajemnicy lekarskiej*. Super Express. <https://www.se.pl/wiadomosci/exclusive/lekarz-przybylskiej-tlumaczy-sie-nie-zlamalem-tajemnicy-lekarskiej-aa-Ddt5-UdTj-CpwK.html>
- Magalhães, C.L., Sumner, L.A. (2020). Responsibilities of testing professionals. W: B.J. Carducci, C.S. Nave, J.S. Mio, R.E. Riggio (red.), *Volume II: The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (s. 175–179). <https://doi.org/10.1002/9781119547167.ch100>
- Majewska, L. (2016). Możliwość zastosowania teorii decyzji do zagadnień etycznych w ujęciu Klemensa Szaniawskiego. *Studia Philosophiae Christianae UKSW*, 52(2), 111–130.
- Majewska, M. (2018). *Media a prywatność. Zarys problematyki*. Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej UJ.
- MAK (2011). *Raport końcowy z badania zdarzenia lotniczego*. Międzypaństwowy Komitet Lotniczy. https://dlapilota.pl/files/upld/tlumaczenie_finalne_raportu_koncowego.pdf
- Makara-Studzińska, M., Rolińska, A., Milanowska, J. (2010). Osobowościowe predyspozycje i umiejętności niezbędne dla pełnienia roli superwizora w psychoterapii. *Current Problems of Psychiatry*, 11(2), 149–153.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., Wójcik, S. (2013). Dzieci i młodzież jako uczestnicy badań społecznych w kontekście badań dotyczących problemu przemocy. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 12(3), 7–20.
- Malicka, A. (2013). Udział małoletniego w eksperymencie medycznym. W: A. Bator, M. Jabłoński, M. Maciejewski, K. Wójtowicz (red.), *Współczesne koncepcje ochrony wolności i praw podstawowych* (s. 245–254). Uniwersytet Wrocławski, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii.
- Malicka, A. (2014). Zakaz poddawania eksperymentom naukowym, w tym szczególnie eksperymentom medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody. W: M. Jabłoński, (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym* (s. 45–55). Uniwersytet Wrocławski, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii.
- Manti, S., Licari, A. (2018). How to obtain informed consent for research. *Breathe*, 14, 145–152.
- Manturzewska, M. (2002). Mieczysław Choynowski – twórca polskiej psychometrii 1 XI 1909 – 1 X 2001. *Przegląd Psychologiczny*, 3(45), 275–288.

- Marchewka, K. (2014). Etyka w psychoterapii. *Diametros*, 42, 124–149.
- Marchewka, K. (2017). Etyka w psychoterapii. *Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ (INCEt)*, 1–23. <https://doi.org/10.26106/T47V-9V91>
- Marchewka, K., Amin, M. (2021). Społeczno-kulturowe uwarunkowania relacji psychoterapeutycznej zawieranej z osobami wywodzącymi się z arabsko-muzułmańskiego kręgu kulturowego. *Polskie Forum Psychologiczne*, 26(1), 58–72. <https://doi.org/10.34767/PFP.2021.01.04>
- Marchewka, K., Dobroczyński, B. (2015). Psychoterapia między neutralnością światopoglądową a prozelityzmem. *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(3), 427–440.
- Marchewka, K., Sikora, K. (2013). Poza tabula rasa. Współczesne rozumienie postulatów neutralności światopoglądowej psychoterapeuty. *Psychoterapia*, 4(167), 67–78.
- Marchlewska, M., Rogoza, M., Adamczyk, D., Molenda, Z., Bagrowska, P., Gawęda, Ł., Pochwatko, G., Grzeszczuk, M. (2025). *Dobrostan psychiczny w Polsce. Co myślimy o pomocy psychologicznej?* Raport z badania ilościowego „Psychologia dla społeczeństwa”. Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk.
- Mariański, J. (2019). Godność ludzka jako wartość i sposoby jej uzasadniania w opinii młodzieży. *Zeszyty Naukowe KUL*, 62(4), 5–29. <https://doi.org/10.31743/zn.2019.62.4.01>
- Markiewicz, M. (2023, 15 stycznia). *Nierzetelne opinie psychologiczne*. LinkedIn. <https://www.linkedin.com/pulse/nierzetelne-opinie-psychologiczne-mariusz-markiewicz/>
- Maroń, G. (2023). Penalizacja tzw. terapii konwersyjnej – uwagi krytyczne. *Prokuratura i Prawo*, 7–8, 80–118.
- Marsden, H. (2025, 10 February). *The “racist” parenting test fuelling Denmark-Greenland tensions*. The Week UK. <https://theweek.com/world-news/the-racist-parenting-test-fuelling-denmark-greenland-tensions>
- Marston, W.M. (1928). *Emotions of normal people*. Kegan Paul, Trench, Trubner & Co. Ltd.
- Martin-Joy, J. (2015). Goldwater v. Ginzburg. *American Journal of Psychiatry*, 172(8), 729–730. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14111410>
- Martin-Joy, J. (2020). Erik Erikson: A psychoanalyst looks at Hitler. How a concerned analyst addressed the rise of totalitarianism in German culture. *Psychology Today*, 7. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/politics-psychiatry-and-psychoanalysis/202007/erik-erikson-psychoanalyst-looks-hitler>
- Maruszewski, T. (1989). Zdrowy rozsądek w naukach społecznych: Norma postępowania, przedmiot badań czy wstydliva przypadłość. *Przegląd Socjologiczny*, 37, 83–98.
- Marzęda, W. (2015). Przywłaszczenie etyki – o kodeksach etycznych firm. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie*, 85(1943), 321–333.
- Maślankiewicz, P. (2016). Tutoring, coaching, mentoring – współczesne formy edukacji i rozwoju człowieka. *Ogrody Nauk i Sztuk*, 6, 382–391. <https://ogrodnauk.pl/index.php/onis/article/view/10.15503.onis2016.382.391>
- Matys, P. (2025a, 24 lutego). *Wystarczyły dwa miesiące. Słowa trenera Świątek brzmią jak ponury żart*. Gazeta.pl. <https://www.sport.pl/tenis/7,64987,31715815,wystarczyly-dwa-miesiace-slowa-trenera-swiatek-brzmia-jak-ponury.html>
- Matys, P. (2025b, 3 kwietnia). *Kolejny psycholog obnażył Darię Abramowicz. O tych słowach będzie głośno*. Gazeta.pl. <https://www.sport.pl/tenis/7,64987,31823996,kolejny-psycholog-obnazyl-darie-abramowicz-o-tych-slowach-bedzie.html>

- Mazur, B. (2006). Rozwój moralny a metody podejmowania decyzji – analiza porównawcza kultur. *Prakseologia*, 146, 53–64.
- Mazurek, F.J. (1996). Pojęcie godności człowieka. Historia i miejsce w projektach konstytucji III Rzeczypospolitej. *Roczniki Nauk Prawnych*, 6, 5–41.
- Mazurek, M. (2017, 12 maja). Czy psychiatrzy powinni badać ważnych polityków. *Gazeta Krakowska*. <https://plus.gazetakrakowska.pl/czy-psychiatrzy-powinni-badac-waznych-politykow/ar/12068364>
- McDaniel, S.H. (2016, 11 March). Response to article on whether therapists should analyze presidential candidates. *New York Times*, 14. <https://web.archive.org/web/20230125160457/https://www.apa.org/news/press/response/presidential-candidates>
- Mcia (2016, 21 maja). *Miliony Polaków wpadły w obłęd? Czyli co ma psychiatra do polityki*. Newsweek. <https://www.newsweek.pl/polska/protest-psychiatrow-przeciwko-slowom-prof-swieczickiego/ebfrqdw>
- McLoughli, A. (2022). The Goldwater rule: A bastion of a bygone era? *History of Psychiatry*, 33(1), 87–94. <https://doi.org/10.1177/0957154X211062513>
- McMillan, T.M., Anderson, S., Baker, G., Berger, M., Powell, G.E., Knight, R. (2009). *Assessment of effort in clinical testing of cognitive functioning for adults*. British Psychological Society.
- Melonowski, M. (2019). „Etyka troski” i jej granice w psychoterapii i pomocy psychologicznej. *Psychologia Wychowawcza*, 57(15), 230–241. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.2982>
- Mendecka, K. (2023). *Dobro dziecka w ujęciu indywidualistycznym i wspólnotowym*. Seria Jurysprudencja 20. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Messick, S. (1998). Test validity: A matter of consequence. *Social Indicators Research*, 4(1–3), 35–44.
- Męćfal, S. (2020). Analiza praktyk anonimizacji danych w polskich jakościowych badaniach socjologicznych na tle literatury przedmiotu oraz zasad etyczno-prawnych. *Przegląd Socjologiczny*, 69(3), 59–84. <https://doi.org/10.26485/PS/2020/69.3/3>
- Michalska-Badziak, R. (2014). Godność pacjenta jako dobro chronione prawem administracyjnym. W: Z. Duniewska (red.), *Dobra chronione w prawie administracyjnym* (s. 97–112). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. <http://dx.doi.org/10.18778/7969-463-1.08>
- Michalski, S. (2024, 30 października). „Sytuacja nietypowa”. *Ekspert zabrał głos ws. relacji Świątek i Abramowicz*. Sportowe Fakty WP. <https://sportowefakty.wp.pl/tenis/1153894/sytuacja-nietypowa-ekspert-zabrał-głos-ws-relacji-swiatek-i-abramowicz>
- Migalski, M. (2016, 15 maja). *Psychologiczny portret Kaczyńskiego*. Wiadomości ONET. <https://wiadomosci.onet.pl/opinie/psychologiczny-portret-kaczynskie-go/6xfg8m>
- Mijal, M. (2012). Gry komputerowe w organizacji – uwarunkowania psychologiczne. *Problemy Zarządzania*, 10(3), 262–270. <https://doi.org/10.7172/1644-9584.38.16>
- Minc, R. (2017, 15 czerwca). *Opinia prawna dotycząca tajemnicy zawodowej psychologa*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne. <https://psych.org.pl/dla-psychologow/tajemnica-zawodowa-psychologa>

- Minerva, F., Giubilini, A. (2023). Is AI the future of mental healthcare? *Topoi*, 42(3), 809–817.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej (2018a). *Poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne*. <https://www.gov.pl/web/edukacja/poradnictwo-psychologiczno-pedagogiczne>
- Ministerstwo Edukacji Narodowej (2018b). *Doradztwo zawodowe*. <https://www.gov.pl/web/edukacja/doradztwo-zawodowe>
- Ministerstwo Nauki (2024). Zarządzenie Ministra Nauki z dnia 3 lipca 2024 r. w sprawie powołania zespołu ds. opracowania propozycji reguł i wymagań w zakresie kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu psychologa. <https://e-dziennik.nauka.gov.pl/wp-content/uploads/2024/07/Dziennik-Urzedowy-Min.-Nauk.-2024-poz.-59.pdf>
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (2007). Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki. Dz.U. 2007 Nr 164, poz. 1166. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20071641166>
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (2012). *Rzetelność w badaniach naukowych oraz poszanowanie własności intelektualnej*. https://ken.pan.pl/images/Rzetelnosc_broszura_fin_low-skompresowany.pdf
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (b.d.). Wyszukiwarka opisów zawodów: Psycholog. Klasyfikacja zawodów i specjalności. Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>
- Minor, M.W. (1970). Experimenter-expectancy effect as a function of evaluation apprehension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15(4), 326–332. <https://doi.org/10.1037/h0029612>
- Mizerska, R., Pinkowska-Zielińska, H., Jankiewicz, A., Modrzyńska, D., Kostrzewski, M., Wojtyśiak, S. (red.). (2019). *Psychoterapia. Vademecum* (wyd. 2). Polska Rada Psychoterapii. https://prp.org.pl/pdfviewer/psychoterapia-vademecum-prp/?auto_viewer=true#page=&zoom=auto&pagemode=none
- Mleczkowska, E. (2023). Percepcja własnych kompetencji przez studentów psychologii – raport z badania pilotażowego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 36(1), 109–131. <http://dx.doi.org/10.17951/j.2023.36.1.109-131>
- Morasiewicz, J. (2007). *Dylematy moralne w psychoterapii – perspektywa psychoterapeuty*. Diametros. Internetowy Serwis Filozoficzny. Instytut Filozofii Uniwersytetu Jagiellońskiego. <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&ii=465>
- Moreland, K.L., Eyde, L.D., Robertson, G.J., Primoff, E.S., Most, R.B. (1995). Assessment of test user qualifications. A research-based measurement procedure. *American Psychologist*, 50(1), 14–23.
- Morris, S.A., McDonald, R.A. (1995). The role of moral intensity in moral judgments: An empirical investigation. *Journal of Business Ethics*, 14, 715–726. <https://doi.org/10.1007/BF00872325>

- Müldner-Nieckowski, P. (2017). Klauzula sumienia. Co to jest? *Forum Akademickie*, 12, 72.
- Murray, H.A. (1943). *Analysis of the personality of Adolph Hitler: With predictions of his future behavior and suggestions for dealing with him now and after Germany's surrender*. Office of Statistic Services (Confidential). <https://archive.org/details/AnalysisOfThePersonalityOfAdolphHitler>
- Myers-Briggs Company (2024). *Search results-matching products/items*. https://shop.themyersbriggs.com/en/searchresults.aspx?prodName=&author=&code=&prodFam=1&_gl=1*1mldsva*_gcl_au*OTE3MzgWMDAyLjE3NDg3ODYwMDg
- Myers, I.B. (1962). *The Myers-Briggs Type Indicator Manual*. Educational Testing Service.
- Myers, I.B., McCaulley M.H. (1985). *Manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator*. Consulting Psychologists Press.
- Myers, I.B., McCaulley, M.H., Quenk, N.L., Hammer, A.L. (1998). *The MBTI® Manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator*. Consulting Psychologists Press.
- Myers-Briggs Company (2025). *The history of the MBTI® assessment*. <https://eu.themyersbriggs.com/en/tools/MBTI/Myers-Briggs-history>
- Myers & Briggs Foundation (2025). *MBTI® Code of Ethics*. <https://www.myersbriggs.org/using-type-as-a-professional/mbti-code-of-ethics/>
- MZ (2020, 3 lipca). MZ do RPO: „terapię konwersyjne” niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Biuletyn Informacji Publicznej RPO. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/mz-do-rpo-terapię-konwersyjne-niezgodne-z-wiedza-medyczna>
- Narodowa Komisja Ochrony Osób Uczestniczących w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych (2011). Raport Belmoncki: Etyczne zasady i wytyczne dotyczące badań z udziałem ludzi. W: W. Galewicz (red.), *Badania z udziałem ludzi. Antologia bioetyki* (t. 3, s. 69–82). Universitas.
- Natoński, K. (2025, 31 marca). *Stanowcze słowa o współpracy Świątek z Abramowicz. Mówi o zaburzonej relacji i przekroczeniu granicy*. Polsatsport.pl. <https://www.polsatsport.pl/iga-swiatek/wiadomosc/2025-03-31/stanowcze-slowa-o-wspolpracy-swiatek-z-abramowicz-mowi-o-zaburzonej-relacji-i-przekroczeniu-granicy/>
- NCN (2021). *Wytyczne dla wnioskodawców do uzupełnienia formularza dotyczącego kwestii etycznych w projekcie badawczym*. Zarządzenie nr 1 do Zarządzenia 72/2021. https://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/regulaminy/wytyczne_dla_wnioskodawcow_kwestie_etyczne.pdf
- Nicks, S.D., Korn, J.H., Mainieri, T. (1997). The rise and fall of deception in social psychology and personality research, 1921 to 1994. *Ethics & Behavior*, 7(1), 69–77. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0701_6
- Niemczyński, A. (2002). Psycholog – zawodem zaufania publicznego? W: S. Legat, M. Lipińska (red.), *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka, 8 kwietnia 2002 roku (s. 159–167). Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu.

- Niemczyński, A. (2013). Kim jest psycholog wśród ludzi? Na marginesie artykułu Katarzyny Sikory. *Roczniki Psychologiczne*, 16(4), 669–674.
- Niemirowski, T. (2020). Czy postulat neutralności światopoglądowej psychoterapeuty służy wolności klienta? W: M. Borowska, J. Kraśniewska (red.), *Konteksty religijności i rodziny* (s. 425–49). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie. <http://dx.doi.org/10.15633/9788374389327.12>
- Niezgoda, M., Kamiński, T., Ucińska, M., Tokaczyk, E., Kruszewski, M. (2011). Komputerowe systemy wspomagania psychologicznych badań kierowców. *Logistyka*, 6, 3027–3034.
- NIK (2024). *Ofiary przemocy domowej w Wielkopolsce otrzymują niedostateczne wsparcie*. <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/przeciwdzialanie-przemocy-domowej-panel-ekspertow.html>
- NIK (2025). *(Nie)przeciwdziałanie przemocy domowej (zapis konferencji prasowej z tłumaczeniem PJM)*. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/przeciwdzialanie-przemocy-domowej-niebieskie-karty.html>
- NIL (2019). *Centralny Rejestr Lekarzy*. <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy>
- NIL (2024). *Kodeks Etyki Lekarskiej*. Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 roku. https://nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf
- NIL (2025). *AI. Komentarz do znowelizowanego KEL: art. 12*. <https://nil.org.pl/aktualnosci/8700-ai-komentarz-do-znowelizowanego-kel-art-12>
- Nissen-Lie, H.A., Orlinsky, D.F., Rønnestad, M.H. (2021). The emotionally burdened psychotherapist: Personal and situational risk factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(5), 429–438. <https://doi.org/10.1037/pro0000387>
- Norcross, J.C., Koocher, G.P., Garofalo, A. (2006). Discredited psychological treatments and tests: A Delphi poll. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(5), 515–522.
- Nordenfelt, L. (2004). The varieties of dignity. Health care analysis : HCA. *Journal of Health Philosophy and Policy*, 12(2), 69–89. <https://doi.org/10.1023/B:H-CAN.0000041183.78435.4b>
- Nordenfelt, L. (2021). *The concepts of dignity: An analysis*. Ersta Sköndal Bräcke Högskola Arbetsrapportserie 99.
- Nosal, C.S. (1992). *Diagnoza typów umysłu: Rozwinięcie i zastosowanie teorii Junga*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nosal, C.S. (2001). *Psychologia myślenia i działania menedżera*. Wydawnictwo AKADE.
- Nowacka, M., Kopania, J. (2014). Czym jest sumienie, a czym być powinna klauzula sumienia. *Kwartalnik Filozoficzny*, 42(4), 63–79.
- Nowak, E. (red.). (2024). *Glosariusz etyki badań naukowych Komisji Etycznej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu ds. badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Nowakowska, M. (1970). Polska adaptacja 16-czynnikowego Kwestionariusza Osobowości R.B. Cattella. *Psychologia Wychowawcza*, 13, 478–500.
- NTPP (2025). List otwarty. Zarząd Naukowego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej. https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=1042165377944634&id=100064535448814

- Obuchowski, K. (1965). Analiza i ocena stanu psychologii klinicznej w dwudziestym roku Polski Ludowej. *Przegląd Psychologiczny*, 10, 114–139.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 27 marca 2026 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. 2026, poz. 468).
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2021 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz.U. 2022, poz. 165).
- Oczak, M. (2007). O możliwości stosowania procedury „decepcyjnej” z punktu widzenia ogólnych zasad etycznych. *Przegląd Psychologiczny*, 50(3), 273–286.
- O’Hare, T. (1996). Court-ordered versus voluntary clients: Problem differences and readiness for change. *Social Work*, 41(4), 417–422.
- Olejek, S. (1957). Etos i etyka pracy zawodowej. *Collectanea Theologica*, 28(3–4), 540–561.
- Oleś, P.K. (2015). Kompetencja w diagnozowaniu, czyli o konieczności ustawicznego kształcenia. *Roczniki Psychologiczne*, 18(2), 205–210.
- Olszówka, M. (b.d.). *Sprzeciw sumienia – aspekty prawne*. Laboratorium wolności religijnej. Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <https://laboratoriumwolnosci.pl/slownik/sprzeciw-sumienia-aspekty-prawne/>
- Online DISC Profile (2025). *DISC History Begins with a Theory*. <https://onlinedisc-profile.com/what-is-disc/disc-history/>
- ONZ (2007). Wytyczne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące wymiaru sprawiedliwości w sprawach, w których ofiarami lub świadkami przestępstw są dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 6(3), 49–58.
- Opoczyńska-Morasiewicz, M., Morasiewicz, J. (2015). Etyka i psychoterapia. *Psychoterapia*, 4(175), 21–34.
- Ordo Iuris (2025). Opinia Instytutu na Rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris dotycząca niekonstytucyjności przepisów poselskiego projektu ustawy z dnia 25 czerwca 2025 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (druk sejmowy nr 748). https://ordoiuris.pl/wp-content/uploads/2025/07/opinia_ustawa.pdf
- Ordóñez, L.D., Benson, L., III, Pittarello, A. (2015). Time-pressure perception and decision making. W: G. Keren, G. Wu (red.), *The Wiley Blackwell handbook of judgment and decision making* (s. 510–542). <https://doi.org/10.1002/9781118468333.ch18>
- Ornacka, K., Mirewska, E. (2018). Wokół dylematów etycznych profesjonalnego pomagania – kształtowanie relacji w pracy socjalnej. *Homo et Societas*, 3, 12–25.
- Orne, M.T. (1969). Demand characteristics and the concept of quasi-controls. W: R. Rosenthal, R. Rosnow (red.), *Artifact in behavioral research* (s. 143–179). Academic Press.
- Orne, M.T. (1991). Eksperyment psychologiczny z punktu widzenia psychologii społecznej ze szczególnym uwzględnieniem wpływu zmiennych sugerujących hipotezę i ich implikacji. W: J. Brzeziński, J. Siuta (red.), *Społeczny kontekst badań psychologicznych i pedagogicznych. Wybór tekstów* (s. 15–32). Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Oronowicz, W. (2016). Udostępnianie testów psychologicznych dla osób niebędących psychologami – aspekty etyczne i profesjonalne. *Roczniki Teologiczne*, 43(1), 185–195. <http://dx.doi.org/10.18290/rt.2016.63.1-11>
- Oronowicz, W., Kostecka, B. (2017). Stanowisko dotyczące zasad udostępniania narzędzi psychologicznych. *Ogrody Nauk i Sztuk*, 7, 117–126.
- Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 stycznia 1991 roku (U. 8/90).
- OSDP PTP (2018). *Standardy diagnozy psychologicznej*. Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki Psychologicznej PTP. <https://sekcjadiagnozy.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/02/nowellizacja-standardc3b3w-ogc3b3lnych-17-02-20181.pdf>
- Osowski, M. (2007). *Perspektywy rozwoju e-terapii w Polsce i na świecie*. [Niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii.
- OSOZ (2024). *Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej z niejasnym zapisem o AI*. Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia. <https://blog.osoz.pl/nowy-kodeks-etyki-lekarskiej-z-niejasnym-zapisem-o-ai>
- Ostaszewska, A. (2014). Badania nad efektywnością włączania tematyki duchowości i religijności w psychoterapii. *Psychoterapia*, 2(169), 5–18.
- Ostaszewska, A. (2023). *Aspekty duchowe w tle psychoterapii*. Difiin.
- Ostaszewski, P. (2013). Opinie sporządzane przez rodzinne ośrodki diagnostyczno-konsultacyjne w sprawach opiekuńczych i rozwodowych. *Prawo w Działaniu. Sprawy Cywilne*, 14, 7–25.
- Ostrowska, A. (2009). Modele relacji pacjent – lekarz. W: A. Ostrowska, (red.), *Socjologia medycyny: Podejmowane problemy, kategorie analizy* (s. 235–260). Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, K. (1986). *Test Przymiotnikowy H. Gougha i A. Heilbruna: Opracowanie psychometryczne*. Akademia Teologii Katolickiej.
- Ośrodek Informacji i Dokumentacji Europejskiej (2016). *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej*. https://oide.sejm.gov.pl/oide/?option=com_content&view=article&id=14428&Itemid=422
- Otrębski, W., Wiącek, G., Mariańczyk, K. (2017). Diagnostyka psychologiczna w procesie rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością. W: W.J. Paluchowski (red.), *Diagnozowanie. Wyzwania i konteksty* (s. 301–322). Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- OZZP (2024). *Historia ustawy o zawodzie psychologa – skrót najważniejszych wydażeń*. <https://www.ozzp.org.pl/ustawa-o-zawodzie-psychologa/historia-ustawy>
- Pacholik-Żuromska, A. (2016). *Intencjonalność – rozumienie – samowiedza. Filozoficzny problem poznania w świetle nauk kognitywnych*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Paluchowski, W.J. (1987). Jacy ci badani właściwie są? Uwagi do artykułu Zbigniewa B. Gasia i Natalii Tomali. *Przegląd Psychologiczny*, 30(2), 475–480.
- Paluchowski, W.J. (1991). Wykorzystanie mikrokomputerów w testowaniu. *Psychologia Matematyczna*, T. IV. Od modelu teoretycznego do modelu pomiarowego. *Zeszyty Naukowe UJ*, 4, 65–80.
- Paluchowski, W.J. (2006). *Diagnostyka psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Paluchowski, W.J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces, narzędzia, standardy*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Paluchowski, W.J. (2008). Kompetencyjny model zawodu psychologa. W: S.A. Witkowski, T. Listwan (red.), *Kompetencje a sukces zarządzania organizacją* (s. 37–45). Difin.
- Paluchowski, W.J. (2010). Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Buros”? *Roczniki Psychologiczne*, 13(2), 7–28.
- Paluchowski, W.J. (2011). Mierzyć psychoterapię – czyli co, jak i kiedy mierzyć. *Roczniki Psychologiczne*, 14(1), 53–61.
- Paluchowski, W.J. (2012a). Kompetencje diagnostyczne psychologa i ich obraz. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(1), 9–15.
- Paluchowski, W.J. (2012b). Metodologiczne problemy ilościowych i jakościowych badań nad psychoterapią – wykorzystanie metod mieszanych. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia pogranicza. Podręcznik akademicki* (s. 63–87). ENETEIA.
- Paluchowski, W.J. (2015). Kompetencje diagnostyczne psychologów. W: M. Filipiak, W.J. Paluchowski, B. Zalewski, M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: Kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia* (s. 35–56). PTP/PTP.
- Paluchowski, W.J. (2016). *Stanowisko Komisji ds. Testów Psychologicznych Komitetu Psychologii PAN w sprawie kryteriów wiarygodności wyników badań diagnostycznych*. KP PAN. https://psychologia-konsultanci.pl/wp-content/uploads/2015/10/Kryteria_wiarygodnosci_wynikow_badan_diagnostycznych.pdf
- Paluchowski, W.J. (2017a). *Diagnozowanie diagnozy. Wybór tekstów*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Paluchowski, W.J. (2017b). *Etyka zawodowa – wiedza czy umiejętności? Z doświadczeń dydaktyka*. Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Dylematy etyczne psychologów”. Sesja: Badania naukowe – Etyka – Dydaktyka – Filozofia. Akademia Ignatianum w Krakowie.
- Paluchowski, W.J. (2019). Wytyczne diagnostyki osób z niepełnosprawnościami – historia powstawania. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach*, 2, 41–56. <https://doi.org/10.14746/tppb.2019.2.4>
- Paluchowski, W.J. (2021). Diagnozowanie i opiniowanie źródłem problemów oraz dylematów etycznych. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach*, 1, 1–20. <https://doi.org/10.14746/tppb.2019.1.1>
- Paluchowski, W.J. (2023). Refleksje nad etycznymi wyzwaniami indywidualnej interwencji psychologicznej. *Psychoterapia*, 205(2), 19–32. <https://doi.org/10.12740/PT/171747>
- Paluchowski, W.J., Hornowska, E. (2017). Problemy związane z badaniami testowymi osób niepełnosprawnych. W: W.J. Paluchowski (red.), *Diagnozowanie: Wyzwania i konteksty* (s. 289–300). Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Paluchowski, W.J., Hornowska, E., Haładziński, P., Kaczmarek, L. (2014). *Czy praca szkodzi? Wyniki badań nad kwestionariuszem nadmiernego obciążania się pracą*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Paluchowski, W.J., Ptaszyński, T. (2017). Metodologiczne problemy zbierania danych za pośrednictwem internetu (na przykładzie normalizacji kwestionariusza

- KONOP). W: W.J. Paluchowski (red.), *Diagnozowanie: Wyzwania i konteksty* (s. 149–175). Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Paluchowski, W.J., Stemplewska-Żakowicz, K. (2013). The reliability of projective techniques as tools of psychological assessment. Part 1: Why it is unjustified to describe some of them as projective? *Problems of Forensic Sciences/Z Zagadnień Nauk Sądowych*, 93, 421–437.
- Paluchowski, W.J., Tarnowska, M., Filipiak, M., Zalewski, B. (2015). Standardy diagnozy psychologicznej. W: M. Filipiak, W.J. Paluchowski, B. Zalewski, M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: Kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia* (s. 57–93). PTP/PTP.
- Paluchowski, W.J., Wójtowicz, B. (2021). Zmiany Kodeksu Etyki Zawodowej – diagnozowanie. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach*, 1, 21–32.
- PAP (2025, 5 sierpnia). *Miała być ustawa o pomocy psychologa dla młodzieży bez zgody opiekuna. Prezydent kieruje do TK*. <https://www.pap.pl/aktualnosci/prezydent-ustawa-o-pomocy-psychologa-dla-osob-po-13-roku-zycia-bez-zgody-opiekuna-do-tk>
- PAP/AŚ (2009, 9 marca). *Psychoterapeuta Andrzej Samson nie żyje*. Newsweek. <https://www.newsweek.pl/polska/psychoterapeuta-andrzej-samson-nie-zyje/4vzqsbn>
- Party (2014, 10 października). *Lekarz Przybylskiej może stracić pracę? Środowisko lekarskie zabrało głos*. <https://party.pl/newsy/krytyka-lekarza-anny-przybylskiej-lekarz-anny-przybylskiej-moze-stracic-prace-anna-przybylska-zmarla-na-raka-76628-r1/>
- Parzuchowski, M., Bocian, K., Wojciszke, B. (2016). Od skrajności do codzienności: Współczesna psychologia ocen moralnych. *Psychologia Społeczna*, 39(4), 388–398.
- Pasierski, T. (2016). Nauczanie etyki lekarskiej – doświadczenie i przyszłość zagranicznych uczelni medycznych. *Etyka*, 53, 105–121.
- Pater, D. (2023). Jakie mogą być granice badań naukowych? *Niepodległość i Pamięć*, 3(83), 13–46.
- Pawlak-Sobczak, K. (2019). Model systemowo-partnerski w relacji personel medyczny – pacjent obcokrajowiec. Możliwości versus bariery. *Władza Sądzenia*, 16, 67–95.
- Pawlik, H. (2024, 26 października). *Tak Daria Abramowicz zdobywa zaufanie. Oto jej metoda*. Gazeta.pl. <https://www.sport.pl/tenis/7,64987,31416605,tak-daria-abramowicz-zdobywa-zaufanie-oto-jej-metoda.html>
- Pawlik, W. (1994). Niecnota uregulowana. *Etyka*, 27, 171–174. <https://doi.org/10.14394/etyka.1113>
- Pawlikowski, J. (2014). Prawo do wyrażania sprzeciwu sumienia przez personel medyczny – problemy etyczne-prawne. *Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ INCET*, 1–40. <https://doi.org/10.26106/qjf9-hw70>
- Pearson (2021). *Legal Policies*. <https://www.pearsonassessments.com/footer/legal-policies.html#:~:text=Pearson%20asserts%20that%20strong%20measures%20are%20necessary,the%20value%20and%20usefulness%20of%20the%20test>
- Pearson (2025). *Qualifications policy*. *Pearson's Clinical Assessment group*. <https://www.pearsonassessments.com/professional-assessments/ordering/how-to-order/qualifications/qualifications-policy.html>
- Peer, E., Brandimarte, L., Samat, S., Acquisti, A. (2017). Beyond the Turk: Alternative platforms for crowdsourcing behavioral research. *Journal of Experimental Social Psychology*, 70, 153–163. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.01.006>

- Perkowska-Klejman, A. (2011). Refleksyjna praktyka. *Pedagogika Społeczna*, 10(40), 61–78.
- Petrides, K.V. (2009a). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). W: C. Stough, D.H. Saklofske, J.D. Parker (red.), *Advances in the assessment of emotional intelligence* (s. 85–101). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_5
- Petrides, K.V. (2009b). *Technical manual for the Trait Emotional Intelligence Questionnaires (TEIQue)*. London Psychometric Laboratory.
- Pettifor, J.L., Sawchuk, T.R. (2006). Psychologists' perceptions of ethically troubling incidents across international borders. *International Journal of Psychology*, 41, 216–225. <https://doi.org/10.1080/00207590500343505>
- Pękala, K., Sobów, T. (2023). *Wiarygodność kliniczna wybranych narzędzi samoopisowych (kwestionariuszy) w rozpoznawaniu depresji*. UMedical Reports, 1. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.
- PFP (2019). *Kodeks etyczny psychoterapeuty*. Polski Instytut Psychoterapii Integratywnej MKN. <https://pipi.org.pl/kodeks-etyczny-psychoterapeuty/>
- Phelps, R.P. (2009). Introduction. W: R.P. Phelps (red.), *Correcting fallacies about educational and psychological testing* (1st ed., s. 3–10). American Psychological Association.
- Piegat-Kaczmarczyk, M., Czerwińska, K., Kosowicz, A. (2022). *Dzieci – uchodźcy. Standardy, narzędzia diagnozy i wsparcie psychologiczne*. Fundacja Polskie Forum Migracyjne.
- Piorunek, M. (2018). Zaufanie interpersonalne jako komponent relacji edukacyjnych i pomocowych. *Studia Edukacyjne*, 49, 41–53.
- Piotrowska, A. (2023, 29 lipca). *Kim naprawdę jest i czym się zajmuje Joanna z Krakowa? Oto, co wiadomo o bohaterce materiału TVN*. I.pl. <https://i.pl/kim-naprawde-jest-i-czym-sie-zajmuje-joanna-z-krakowa-oto-co-wiadomo-o-bohaterce-materialu-tvn/ar/c1-17738111>
- Pisarska, A. (2020). Psychologiczne i prawne aspekty dobra dziecka. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 1(41), 224–240. <https://doi.org/10.34766/fetr.v41i1.230>
- Pittenger, D.J. (1993). Measuring the MBTI... and coming up short. *Journal of Career Planning and Employment*, 54, 48–53.
- Pittenger, D.J. (2005). Cautionary comments regarding the Myers-Briggs Type Indicator. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 57(3), 210–221. <https://doi.org/10.1037/1065-9293.57.3.210>
- Pobocha, J. (2013). Problemy etyczne orzecznictwa lekarskiego i psychiatrii sądowej W: A. Wilmonska-Pietruszyńska (red.), *Opiniodawstwo sądowo-lekarskie* (s. 182–190). Elsevier.
- Podgórnaiak, M., Piróg, M., Putowski, M., Padała, O., Zawiślak, J., Sadowska, M., Morshed, K., Smoleń, A. (2016). Rola świadomej zgody pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(4), 103–114. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.49865>
- Podolski, G. (2024, 4 października). *Oto co łączy Igę Świątek i Darię Abramowicz. „Mam szczęście, że ją spotkałam”*. Przegląd Sportowy Onet. <https://przegladsportowy.onet.pl/tenis/rewolucja-w-sztapie-swiatek-relacja-z-abramowicz-przekraczaj-granice/n5tздwn>

- Polska Rada Psychoterapii (b.d.). *Lista członków Związku Stowarzyszeń Polska Rada Psychoterapii wydających certyfikaty psychoterapeuty*. Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <https://prp.org.pl/rejestr-psychoterapeutow/>
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne (2018). *Kodeks etyczny psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. <https://psych.org.pl/dla-psychologow/kodeks-etyczny>
- Pope, K.S. (1988). How clients are harmed by sexual contact with mental health professionals: The syndrome and its prevalence. *Journal of Counseling & Development*, 67(4), 222–226.
- Pope, K.S. (2003). Developing and practicing ethics. W: M.J. Prinstein, M.D. Patterson (red.), *The portable mentor. Expert guide to a successful career in psychology* (s. 33–44). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0099-5_3
- Pope, K.S. (2010). *Fallacies and pitfalls in psychology: 10 fallacies in psychological assessment*. <https://kspeope.com/fallacies/assessment.php>
- Pope, K.S., Keith-Spiegel, P. (2008). A practical approach to boundaries in psychotherapy: Making decisions, bypassing blunders, and mending fences. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 638–652.
- Pope, K.S., Vasquez, M. (2007). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide*. John Wiley & Sons.
- Pope, K.S., Vetter, V.A (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *American Psychologist*, 47(3), 397–411. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.47.3.397>
- Popiel, A., Pragłowska, E. (red.). (2013). *Superwizja w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Koncepcje, procedury, narzędzia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Posacki, A. (2006, 21 kwietnia). *Zdrada Berta Hellingera. Psychoterapia czy okultystyczna inicjacja?* [Audycja radiowa]. Radio Maryja. <https://www.radiomaryja.pl/bez-kategorii/zdrada-berta-hellingera/>
- Priya, K. (2023, 30 September). *Iga Swiatek fans turn against her “damn useless” psychologist as alarming beijing open exit leads to emergence of a scapegoat*. Essentiallysports. https://www.essentiallysports.com/iga-swiatek-fans-turn-against-her-damn-useless-psychologist-as-alarming-beijing-open-exit-leads-to-emergence-of-a-scapegoat/?utm_source=article_copy_link&utm_medium=website&utm_campaign=article_head
- Prusak, J. (2007a). *Wartości w psychoterapii: Jaka psychoterapia – czyje normy?* Diametros. Internetowy Serwis Filozoficzny. Instytut Filozofii Uniwersytetu Jagiellońskiego. <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&ii=455>
- Prusak, J. (2007b). *Etyczne założenia i etyczne konsekwencje psychoterapii*. Diametros. Internetowy Serwis Filozoficzny. Instytut Filozofii Uniwersytetu Jagiellońskiego. <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=18&ii=458>
- Pruszkiewicz, K. (2025, 6 sierpnia). *Andrzej Duda blokuje ustawę o psychologu dla młodzieży. Mówi o szarlatanach*. Noizz.pl. <https://noizz.pl/informacyjne/duda-blokuje-ustawe-o-psychologu-dla-mlodziezy-mowi-o-szarlatanach/r9jvj2w>
- Pryciak, M. (2010). Prawo do prywatności. *Wrocławskie Studia Erazmiańskie/Studia Erasiana Wratislaviensia*, 4, 211–229.
- Przeworski, A., Peterson, E., Piedra, A. (2020). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts.

- Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 81–100. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12377>
- Przybylski, J. (2003). *Psychiatria sądowa. Opiniowanie w procesie karnym*. Tumult.
- PSPI (2024). *Kodeks etyczny*. Polskie Stowarzyszenie Psychoterapii Integracyjnej. <https://www.psychoterapiaintegracyjna.pl/kodeks-etyczny.html>
- PSPiPPP (b.d.). *Kodeks etyczny Polskiego Stowarzyszenia Psychoterapeutów i Praktyków Psychologii Procesu*. Pobrane 15 maja 2026 roku z: <https://processwork.pl/wp-content/uploads/2016/06/kodeks-etyczny-PSPiPPP.pdf>
- PSPTiR (2011). *Kodeks etyczny. Polskie Stowarzyszenie Psychoterapii Tańcem i Ruchem*. <http://www.stowarzyszeniedmt.pl/images/dokumenty/Kodeks-Etyczny-2011.pdf>
- PTP (1991). *Kodeks etyczno-zawodowy psychologa*. <https://psych.org.pl/o-ptp/wladze/stary-kodeks>
- PTP (2007). *Kodeks etyczny*. Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. <https://sekcjapsychoterapiiptp.pl/kodeks-etyczny/>
- PTP (2015). *Kodeks etyczny psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*. Sekcja Naukowej Psychoterapii oraz Sekcja Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. <https://sekcjanaukowapsychoterapii.org/kodeks-etyczny-psychoterapeuty/>
- PTP (2017). *Opinia prawna dotycząca tajemnicy zawodowej psychologa*. <https://psych.org.pl/dla-psychologow/tajemnica-zawodowa-psychologa>
- PTP (2018a). *Trójstopniowa struktura regulacji etycznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. <https://psych.org.pl/dla-psychologow/kodeks-etyczny-1>
- PTP (2018b). *Kodeks etyczny psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. <https://psych.org.pl/dla-psychologow/kodeks-etyczny>
- PTP (2020a). *Standardy diagnozy psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. <https://psych.org.pl/dla-psychologow/titul-domyslny>
- PTP (2020b). *Rekomendacje szkoleń z psychometrii*. <https://psych.org.pl/certyfikaty-i-rekomendacje/rekomendacje-szkolen-z-psychometrii>
- PTP (2023). *Statut Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. <https://psych.org.pl/o-ptp/statut-ptp>
- PTP (2025). *Komentarze PTP: Głos nauki w sprawie regulacji zawodu*. <https://psych.org.pl/aktualnosci/aktualnosc/komentarze-ptp-glos-nauki-w-sprawie-regulacji-zawodu>
- PTP (b.d.). *Lista Certyfikowanych Psychoterapeutów i Superwizorów Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <https://psych.org.pl/certyfikaty-i-rekomendacje/certyfikaty-psychoterapeutyczne/lista-certyfikowanych-psychoterapeutow-i-superwizorow-psychoterapii-polskiego-towarzystwa-psychologicznego>
- PTP PTP (2002). *Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission – ITC) z 2000 roku dotyczące stosowania testów: Wersja polska*. https://practest.com.pl/files/ITC_Stosowanie_testow.pdf
- PTP PTP (2014). *Stanowisko ITC w sprawie stosowania testów i innych narzędzi oceny w badaniach naukowych*. https://psych.org.pl/fileadmin/user-files/Dla_psychologow/ITC.docx

- PTP PTP (2025a). *Kwestie dotyczące legalności używania testów psychologicznych*. <https://www.practest.com.pl/kwestie-dotyczace-legalnosci-uzywania-testow-psychologicznych>
- PTP PTP (2025b). *Zasady dostępu do testów*. <https://www.practest.com.pl/zasady-dostepu-do-testow>
- PTP PTP (2025c). *Nasza historia*. <https://www.practest.com.pl/historia>
- PTP PTP (2025d). *Kategoryzacja narzędzi diagnostycznych*. <https://psych.org.pl/dla-psychologow/kategoryzacja-narzedzi-diagnostycznych>
- PTP PTP (2025e). *Platforma Epsilon*. <https://www.practest.com.pl/epsilon>
- PTPa (b.d.). *Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego*. Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <http://psychoanaliza.org.pl/wp-content/uploads/Kodeks-etyczny-PTPa.pdf>
- PTPG (2019). *Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychoterapii GESTALT*. <https://gestaltpolska.org.pl/wp-content/uploads/2021/04/Kodeks-Etyczny-PTPG-2019.pdf>
- PTPG (2020). *Uchwała przeciwko terapii konwersyjnej*. <https://gestaltpolska.org.pl/uchwala-przeciwko-terapii-konwersyjnej/>
- PTPiP (b.d.a). *Kategoryzacja narzędzi*. Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <https://pracowniatestow.pl/pl/i/Kategoryzacja-narzedzi/25>
- PTPiP (b.d.b). *System Wsparcia Diagnosty*. Pobrane 10 maja 2025 roku z: <https://pracowniatestow.pl/pl/i/System-Wsparcia-Diagnosty/26>
- PTPP (2012). *Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej*. <https://ptpp.pl/wp-content/uploads/2022/01/Kodeks-Etyczny-PTPP-1.pdf>
- Puczyłowski, T.A. (2014). O celowości kłamstwa (uwagi o definicjach kłamstwa i kłamania). *Edukacja Filozoficzna. Artykuły i Rozprawy*, 57, 5–25.
- Racjonalista (2012, 26 lutego). *Psychologia to nauka, nie czary – kampania przeciwko pseudonaukowym psychotestom*. Fundacja Wolnej Myśli. <https://www.racjonalista.pl/kk.php/s,7799>
- Raczyński, O. (2017). Klauzula sumienia – gwarancja wolności sumienia przy wykonywaniu zawodu lekarza, czy ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych? *Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ*, 2, 173–188.
- Radomski, A. (2022). Sztuczna inteligencja w badaniu wybranych aspektów kultury. *Perspektywy Kultury*, 4(39), 313–330. <https://doi.org/10.35765/pk.2022.3904.21>
- Rajewski, A. (2016). *Oświadczenie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*. https://psychiatria.org.pl/news,tekst,262,oswiadczenie_zarzadu_glownego_polskiego_towarzystwa_psychiatrycznego
- Rakowska, J.M. (2000). *Terapia krótkoterminowa*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rakowska, J.M. (2011). Użyteczność kliniczna interwencji psychoterapeutycznych wspartych empirycznie. *Roczniki Psychologiczne*, 14(1), 7–22.
- Reber, A.S., Reber, E.S. (2005). *Słownik psychologii*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Rentflesz, I., Aouil, B. (2005). Zespół wypalenia zawodowego u psychologów. Raport z badań w województwie kujawsko-pomorskim. *Polskie Forum Psychologiczne*, 10(1), 53–62.
- Resler-Maj, A. (2007). Wywiad z dzieckiem – dylematy etyczne. W: A.I. Brzezińska, Z. Toeplitz (red.), *Problemy etyczne w badaniach i interwencji psychologicznej wobec dzieci i młodzieży* (s. 75–100). Wydawnictwo SWPS Academica.

- Riggin, B.M., Lack, C.W. (2018). Ethical decision-making models across mental health treatment: A review and expansion. *Current Psychiatry Reviews*, 14, 1–7.
- Riva, G., Teruzzi, T., Anolli, L. (2003). The use of the Internet in psychological research: Comparison of online and offline questionnaires. *Cyberpsychology & Behavior*, 6(1), 74–80.
- Roberts, M., Borden, K., Christiansen, M., Lopez, S. (2005). Fostering a culture shift: Assessment of competence in the education and careers of professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 355–361. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.355>
- Rocki, M., Macioł, S. (2004). O kierunkach studiów i standardach kształcenia. Głos w dyskusji nad propozycją Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego. *E-mentor*, 4(6). <https://www.e-mentor.edu.pl/artukul/index/numer/6/id/68>
- Rodziński, P., Rutkowski, K., Ostachowska, A. (2017). Progresja myśli samobójczych do zachowań samobójczych w świetle wybranych modeli suicydologicznych. *Psychiatria Polska*, 51(3), 515–530. <https://doi.org/10.12740/PP/63984>
- Rogerson, M.D., Gottlieb, M.C., Handelsman, M.M., Knapp, S., Younggren, J. (2012). Nonrational processes and ethical complexities. *American Psychologist*, 67(4), 325–326. <https://doi.org/10.1037/a0028349>
- Rojek-Socha, P. (2022, 24 grudnia). MS: Nie można nagrywać specjalistów z opiniodawczych zespołów sądowych. *Prawo.pl*. <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/nagrywania-badan-opiniodawczych-zespolow-sadowych-specjalistow,518985.html>
- Rosa, K. (2015). Listy pożegnalne niedoszłych samobójców. Analiza treści. *Przegląd Socjologiczny*, 64(4), 103–128.
- Rosenberg, M.J. (1991). Gdy dysonans zawodzi: O eliminowaniu leku przed oceną z pomiaru postaw. W: J. Brzeziński, J. Siuta (red.), *Spółeczny kontekst badań psychologicznych i pedagogicznych. Wybór tekstów* (s. 33–60). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Rosenthal, R. (1963). On the social psychology of the psychological experiment: The experimenter's hypothesis as unintended determinant of experimental results. *American Scientist*, 51(2), 268–283.
- Rosenthal, R. (2005). Experimenter effects. W: K. Kempf-Leonard (red.), *Encyclopedia of Social Measurement* (s. 871–875). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B0-12-369398-5/00031-1>
- Rosnow, R.L. (1997). Hedgehogs, foxes, and the evolving social contract in psychological science: Ethical challenges and methodological opportunities. *Psychological Methods*, 2, 345–356.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2023, poz. 1798).
- Rozporządzenie Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej z dnia 14 kwietnia 2000 roku w sprawie badań psychologicznych kierujących pojazdami oraz kandydatów na instruktorów i egzaminatorów (Dz.U. 2000 Nr 36, poz. 416).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 roku w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów

- (Dz.U. 2022, poz. 464). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU-20220000464/O/D20220464.pdf>
- Różańska-Kowal, J. (1993). Znaczenie ekspertyzy psychiatryczno-psychologicznej w procesie karnym na tle innych badań osobopoznawczych. *Palestra*, 7–8, 42–51.
- Różyńska, J. (2022). The ethical anatomy of payment for research participants. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25(3), 449–464. <https://doi.org/10.1007/s11019-022-10092-1>
- Różyńska, J., Chańska, W., Łuków, P., Zielińska, E., Chyrowicz, B., Karkowska, D., Hartman, J. (2021). Konflikt interesów w praktyce zawodów medycznych – rekomendacje Komisji do spraw etyki w ochronie zdrowia (2013–2016). *Przegląd Prawa Medycznego*, 1–2, 5–39.
- RPO (2018). *List do Ministra Sprawiedliwości i Prokuratora Generalnego*. <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Wyst%C4%85pie%C5%9Bie%20do%20Ministra%20Sprawiedliw%C5%9Bci%20w%20sprawie%20uchylania%20tajemnic%20zawodowych.pdf>
- RPO (2020). *Terapie konwersyjne powinny być w Polsce zakazane. Wystąpienie RPO do premiera*. <http://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-do-premiera-terapije-konwersyjne-powinny-byc-zakazane>
- RPP (2013). *Przymus bezpośredni – aspekty formalne*. <https://archiwum.rpp.gov.pl/blaski-psychiatrii/przymus-bezposredni--aspekty-formalne/>
- Rubin, N.J., Bebeau, M., Leigh, I.W., Lichtenberg, J., Nelson, P.D., Portnoy, S., Smith, I.L., Kaslow, N.J. (2007). The competency movement within psychology: An historical perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 452–462. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.452>
- RUE (2023). *Europejska karta naukowca. Załącznik II. Zalecenie Rady UE z dnia 18 grudnia 2023 roku w sprawie europejskich ram mających na celu przyciąganie i zatrzymywanie talentów w obszarze badań naukowych, innowacji i przedsiębiorczości w Europie*. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=OJ:C_202301640
- Ryan, P.J. (1997). Unnatural selection: Intelligence testing, eugenics, and American political cultures. *Journal of Social History*, 30(3), 669–685.
- Rządeczka, M., Sterna, A., Stolińska, J., Kaczyńska, P., Moskalewicz, M. (2025). The efficacy of conversational artificial intelligence in rectifying the theory of mind and autonomy biases: Comparative analysis. *Journal of Medical Internet Research. Mental Health*, 12, e64396. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2406.13813>
- Rzesutek, M. (2013). Wypalenie zawodowe u psychoterapeutów i psychoterapeutek nurtu Gestalt i nurtu poznawczo-behawioralnego. *Roczniki Psychologiczne*, 16(1), 147–154.
- Saad, D. (2021). Nowe narzędzia i techniki zwiększające trafność badań internetowych. *Com.press*, 4(1), 106–121. <https://doi.org/10.51480/compress.2021.4-1.248>
- Saeidnia, H.R., Hashemi Fotami, S.G., Lund, B., Ghiasi, N. (2024). Ethical considerations in artificial intelligence interventions for mental health and well-being: Ensuring responsible implementation and impact. *Social Sciences*, 13, 381. <https://doi.org/10.3390/socsci13070381>

- Sarnecki, P. (2002). Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z 29 maja 2001 roku. *Palestra*, 46, 5–6(533–534), 185–188.
- Schmid, P.F. (2013). Facilitative responsiveness: Non-directiveness from anthropological, epistemological and ethical perspectives W: B.E. Levitt (red.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centered theory and practice in the 21st century* (s. 74–94). PCCS Books.
- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Schuhfried, G. (2013). *Vienna test system: Psychological assessment*. Paul Gerin.
- Schulenberg, S.E., Yutzenka, B.A. (2004). Ethical issues in the use of computerized assessment. *Computers in Human Behavior*, 20(4), 477–490. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2003.10.006>
- Schultz, D.S., Loving, J.L. (2012). Challenges since Wikipedia: The availability of Rorschach information online and internet users' reactions to online media coverage of the Rorschach–Wikipedia debate. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 73–81. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.627963>
- Sedlakova, J., Trachsel, M. (2023). Conversational artificial intelligence in psychotherapy: A new therapeutic tool or agent? *The American Journal of Bioethics*, 23(5), 4–13. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2048739>
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (2003). *Biuletyn nr: 2511/IV*. <https://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgsknrn/GOS-159>
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (2021). *Projekt Ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów*. Druk nr 2113. <https://orka.sejm.gov.pl/Druki-9ka.nsf/0/11DCFBBEF9E764B1C125880E003D07CD/%24File/2113.pdf>
- Serafin, D. (2023, 19 lipca). *Interwencja wobec ciężarnej Joanny. Policja przedstawia swoją wersję*. Interia Wydarzenia. <https://wydarzenia.interia.pl/malopolskie/news-interwencja-wobec-ciezarnej-joanny-policja-przedstawia-swoja-nId,6911569>
- Serkowska, W. (2012). Superwizja – model i zastosowanie w praktyce rozwoju coachów. *Coaching Review*, 1(4), 88–103.
- Seweryn, J. (2025, 6 maja). *Iga Świątek zabrała głos ws. Darii Abramowicz. Poszło w świat*. Gazeta.pl. <https://www.sport.pl/tenis/7,64987,31912576,piet-miesiecy-i-koniec-iga-swiatek-oglasza-ws-darii-abramowicz.html>
- Sęk H. (2017). Modele zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej – problemy i dylematy wzajemnych relacji. W: D. Danielewicz (red.), *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii* (s. 53–68). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Sęk, H., Kaczmarek, Ł.D., Ziarko, M. (2017). Wiedza naukowa a praktyka społeczna na przykładzie psychologii zdrowia: O dyscyplinie naukowej na zakręcie. *Nauka*, 3, 103–117.
- Sigall, H., Aronson, E., Van Hoose, T. (1970). The cooperative subject: Myth or reality? *Journal of Experimental Social Psychology*, 6(1), 1–10. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(70\)90072-7](https://doi.org/10.1016/0022-1031(70)90072-7)
- Sikora, K. (2013a). Dobro odbiorcy w kodeksach etyczno-zawodowych psychologów. *Roczniki Psychologiczne*, 16(4), 587–601.
- Sikora, K. (2013b). Odpowiedź na polemikę. *Roczniki Psychologiczne*, 16(4), 701–710.

- Sikorska-Koza, A. (2010). Ocena psychologicznych aspektów wiarygodności zeznań małoletnich świadków w praktyce biegłych sądowych psychologów na podstawie analizy spraw karnych dotyczących wykorzystania seksualnego dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 1(30), 70–89.
- Sitnik-Warchulska, K., Warchulski, T. (2025). *Lista Psychologów Klinicznych. Psychologia Kliniczna*. <https://psychologia-konsultanci.pl/wp-content/uploads/2025/02/TabelaListaPsychologowKlinicznychStronaNowa.pdf>
- Skarga, B. (1994). Usankcjonowanie niecnoty. *Etyka*, 27, 169–171. <https://doi.org/10.14394/etyka.1112>
- Skoczylas, A. (2021). *DISC D3 (DISC/TEAMS/VALUES/BAI) zestaw z konsultacją 1h*. <https://www.annaskoczylas.com/produkt/disc-d3-disc-teams-values-bai-zestaw-z-konsultacja-1h/>
- Skowrońska, J., Łodej-Sobańska, W. (red.). (2023). *Superwizja psychoterapii. Podejście grupowo-analityczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skrzypczak, B. (2016). Pomiędzy społecznym a publicznym: Nowa przestrzeń edukacji i refleksji. *Pedagogika Społeczna*, 15(3), 9–36.
- Słowicka, J. (2023). *Fantom do nauki wywiadu psychologicznego*. [Niepublikowana praca licencjacka]. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Psychologii i Kognitywistyki.
- Słownik Języka Polskiego (b.d.). *Autonomia*. Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <https://sjp.pwn.pl/sjp/autonomia;2551312.html>
- Ślupik, T. (2021). Nieposłuszeństwo obywatelskie. W: P. Świercz (red.), *Etyka polityczna. Słowniki społeczne* (s. 205–221). Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum w Krakowie.
- Słysz, A. (2011). Rozwój zawodowy psychologów w zakresie kompetencji diagnostycznych – wybrane aspekty. *Psychologia Rozwojowa*, 16(4), 47–53. <https://doi.org/10.4467/20843879PR.11.023.0196>
- Słysz, A. (2017). *Konceptualizacja przypadku w różnych modelach psychoterapii*. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Smith, A., Hachen, S., Wijnkoop, M. van, Schiltz, K., Falkai, P., Liebreinz, M. (2023). The Goldwater Rule at 50 and its relevance in Europe: Examining the positions of National Psychiatric Association Members of the European Psychiatric Association. *European Psychiatry*, 66(1), e34, 1–7. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.22>
- SN (2012). Postanowienie SN z dnia 15 listopada 2012 roku, sygn. akt SDI 32/12. <https://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia3/SDI%2032-12.pdf>
- Sobczak, K., Janaszczyk, A. (2015). Białe kłamstwo w praktyce medycznej z perspektywy wybranych teorii etycznych. *Analiza i Egzystencja. Czasopismo Filozoficzne*, 32, 49–69.
- Soboń, M. (2021). *Relacja lekarz – pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Soldz, S. (2022). Operational psychology, professional ethics, and democracy: A challenge for our time. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 32(1–2), 193–200. <https://doi.org/10.7146/torture.v32i1-2.131536>

- Sonne, J.L. (2006). Nonsexual multiple relationships: A practical decision-making model for clinicians. *The Independent Practitioner*, 115, 187–192.
- Spindel, Z. (2011). Wybrane etyczne i metodologiczne aspekty opiniodawstwa sądowego jako praktyki eksperckiej psychologa. W: J.M. Stanik (red.), *Psychologiczne i interdyscyplinarne problemy w opiniodawstwie sądowym w sprawach cywilnych* (s. 13–26). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- SPPTP (2023). *Tajemnica zawodowa w psychoterapii*. https://www.sekcjapsychoterapii.pl/wp-content/uploads/OPINIA-PSYCHOTERAPEUCI_12_10.2015.pdf
- Stachowski, R. (1978). *Struktura i psychogeneza pojęcia wielkości psychologicznej*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Stanik, J. (2011). Psychologia i prawo: Węzłowe problemy teoretyczne i aplikacyjne. *Chowanna*, 2, 13–98.
- Staniszewska, J. (2000). Kodeks zawodowy – konieczność czy absurd? W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii* (s. 45–94). Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Stelmach, J. (2016). *Rozwiązywanie sytuacji kryzysowych w działaniach policyjnych*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Oficerskiej Wojsk Lądowych im. generała Tadeusza Kościuszki.
- Stemplewska-Żakowicz, K., Paluchowski, W.J. (2013). The reliability of projective techniques as tools of psychological assessment. Part 2: The Tree Test. *Problems of Forensic Sciences/Z Zagadnień Nauk Sądowych*, 94, 502–516.
- Stepulak, M.Z. (2006). Etyka zawodu psychologa jako przedmiot moralnej i duchowej formacji akademickiej. *Annales. Etyka w Życiu Gospodarczym*, 9(2), 27–35.
- Stepulak, M.Z. (2007). *Psycholog jako zawód zaufania społecznego*. Wydawnictwo KUL TN.
- Stepulak, M.Z. (2008). Moralna odpowiedzialność psychologa w środkach społecznego przekazu. *Łódzkie Studia Teologiczne*, 17, 327–342.
- Stepulak, M.Z. (2009). Tajemnica zawodowa w pracy psychologa rodzinnego. *Roczniki Nauk o Rodzinie*, 1(56), 139–153.
- Stoll, J., Müller, J.A., Trachsel, M. (2020). Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 993. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00993>
- Stone, C.B. (2006). *School counseling principles: Ethics and law*. American School Counselor Association.
- Stopiak, M. (2019). Relacja między oświadczeniami woli a oświadczeniami wiedzy. *Przegląd Prawno-Ekonomiczny*, 47(2), 30–42.
- Stopiak, M., Skorupski, M. (2017). Błędy w ekspertyzie psychologiczno-sądowej – konsekwencje oraz odpowiedzialność biegłego. *Rynek – Społeczeństwo – Kultura*, 26, 137–142.
- Strelau, J. (2010). Panorama psychologii w Polsce po II wojnie światowej, ze szczególnym akcentem na pierwsze dekady okresu powojennego. *Czasopismo Psychologiczne*, 16(1), 7–19.
- Strelau, J., Zawadzki, B. (2008). Psychologia różnic indywidualnych. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia – podręcznik akademicki* (t. 1, s. 766–844). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Strus, W., Ślaski, S. (2007). Samoświadomość a uczucia i rozumowanie moralne. *Studia Psychologica*, 7, 13–36.
- Stupak, R., Petryka, K. (2025). Paternalizm i dyrektywność. Pomiedzy psychoterapią a poradnictwem – próba problematyzacji pojęć i podejść na przykładzie Soterii. *Diametros. Early View*, 85, 17–36. <https://diametros.uj.edu.pl/diametros/pl/article/view/1854/1946>
- Sulek, A. (1979). *Eksperyment w badaniach społecznych*. PWN.
- Surmiak, A. (2022) Etyka naukowych badań społecznych. Pomiedzy kodyfikacją i instytucjonalizacją a praktyką badawczą. *Diametros*, 19(74), 36–50. <https://doi.org/10.33392/diam.1818>
- Suwała-Bancewicz, D. (2015). Sprawozdanie z XXXV Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego „Psychologia w zmieniającym się świecie”, Bydgoszcz 18–20 września 2014 roku. *Przegląd Psychologiczny*, 58(4), 511–515.
- Szabliński, M. (2017). Praktyczne zastosowania wolności sumienia. Obywatelskie nieposłuszeństwo, sprzeciw sumienia, klauzula sumienia. *Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM. Numer Specjalny*, 141–159.
- Szac-Krzyżanowska, K. (2020, 25 września). *Coaching, czy nie coaching? Oto jest pytanie!* Charaktery. <https://charaktery.eu/artukul/coaching-czy-nie-coaching-oto-jest-pytanie>
- Szałaj, M. (2024, 22 lutego). *Sztuczna inteligencja, a zdrowie psychiczne. Dlaczego chatbot nie zastąpi psychoterapeuty? DoktorGPT, czyli jak AI wchodzi w świat medycyny razem z drzwiami*. Coopernicus. Our Future Foundation. <https://coopernicus.pl/pl/knowledge/sztuczna-inteligencja-a-zdrowie-psychiczne-dlaczego-chatbot-nie-zastapi-psychoterapeuty/>
- Szaniawski, K. (1967). Teoria decyzji a etyka. *Etyka*, 2, 7–17.
- Szatkowski, S. (1994). Zasada życzliwości w medycynie. *Etyka*, 27, 103–117. <https://doi.org/10.14394/etyka.362>
- Szatkowski, S. (1998). Autonomia pacjenta. *Etyka*, 31, 169–180.
- Szczygieł, D., Jasielska, A., Wytykowska, A. (2015). Psychometric properties of the Polish version of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form. *Polish Psychological Bulletin*, 46(3), 447–459.
- Szczypiński, O., Walinowicz, K. (2016). Wolność sumienia i religii a sprzeciw sumienia lekarza w prawie polskim. *Gazeta AMG*, 12, 25–27.
- Szeroczyńska, M. (2012). Odpowiedzialność karna psychoterapeuty w przypadku samobójstwa pacjenta. *Prokuratura i Prawo*, 4, 34–56.
- Szewczyk, K. (2009). O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz–pacjent. *Krytyka Lekarska*, 2–3, 17–38.
- Szutta, A. (2018). *Intuicje moralne. O poznaniu dobra i zła*. Seria: Studia z Teorii Etyki, t. 3, Wydawnictwo Academicon.
- Szwed, M. (2020). Aspekty prawne terapii konwersyjnej. *Przegląd Prawa Medycznego*, 2(4), 67–101.
- Szydełko, A. (2021). Rola opinii psychologicznych w polskim systemie prawnym. *Palestra*, 6, 80–87.

- Szymańska, M. (2012). Kodeks etyczno-zawodowy psychologa a jego odpowiedzialność etyczna, społeczna i prawna. *PRETEKSTY. Czasopismo Studentów Instytutu Filozofii UAM*, 86–92.
- Szymańska-Pytlińska, M., Chodecka, A. (2014). Zagrożenia wtórną wiktyimizacją dziecka – ofiary wykorzystywania seksualnego związane z badaniami sądowymi. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 13(1), 72–92.
- Szymczak, M. (red.). (1978). *Słownik języka polskiego* (t. 1). PWN.
- Szymczak, M. (red.). (1981). *Słownik języka polskiego* (t. 3). PWN.
- Szymczyk, A. (2017). Uzasadnione przypuszczenie a uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa. *Opolskie Studia Administracyjno-Prawne*, 14(1), 93–104. <https://doi.org/10.25167/osap.1298>
- Szymczyk, D.M., Grela, M., Horach, A., Smoleń. A. (2015). Wiarygodność Internetu jako źródła informacji o chorobie w ocenie studentów uczelni lubelskich. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(4), 422–427.
- Śliwińska, K. (2019). Wybrane aspekty etyczne w pracy psychoterapeuty na podstawie analizy przepisów, zbiorów zasad etycznych oraz opracowań odnoszących się do prowadzenia psychoterapii w Polsce. *Psychologia Wychowawcza*, 57(15), 204–214. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.2980>
- Środa, M. (1994). Argumenty za i przeciw etyce zawodowej. *Etyka*, 27, 167–169. <https://doi.org/10.14394/etyka.1111>
- Świątek-Młynarska, P. (2019). Problemy etyczne w relacji badacza z osobami badanymi (na przykładzie badań biograficznych z osobami starymi). *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 15, 204–223. <http://dx.doi.org/10.18778/1733-8069.15.4.10>
- Święcicka, K. (2008, 16 lipca). *To nie jest wina twoich rodziców*. Interia Kobieta. <https://kobieta.interia.pl/psychologia/news-to-nie-jest-wina-twoich-rodzicow,nId,404018>
- Święcicki, Ł. (2016, 20 maja). *Oświadczenie prof. Łukasza Święcickiego*. Do Rzeczy. <http://dorzeczy.pl/id,8767/Oswiadczenie-prof-Lukasza-Swiecickiego.html>
- Świgost, M., Dąbrowska, A. (2017). Właściwości stygmatu a sytuacja życiowa człowieka zagrożonego stygmatyzacją. *Studia Edukacyjne*, 45, 329–345. <https://doi.org/10.14746/se.2017.45.22>
- Taddei, S., Contena, B. (2013). Privacy, trust and control: Which relationships with online self-disclosure? *Computers in Human Behavior*, 29(3), 821–826. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.11.022>
- Talarczyk, M. (2010). Ustawienia rodzin metodą Berta Hellingera – kontrowersje. *Psychoterapia*, 155(4), 15–33.
- Talents Focus (2025a). *Ankieta: Badanie Rozwojowe Hogana HDS (Hogan Development Survey)*. https://g.infor.pl/p/personel/testy_psychologiczne/files/talents_focus_badanie_rozwojowe_hogana.pdf
- Talents Focus (2025b). *Ankieta: Kwestionariusz Motywów, Wartości i Preferencji MVPI (Motives, Values, Preferences Inventory)*. https://g.infor.pl/p/personel/testy_psychologiczne/files/talents_focus_kwestionariusz_motywow_wartosci_i_preferencji.pdf
- Talmdage, J.M., Blotcky, A.D. (2020, 15 July). Mental health experts: Why the next four months could be really dangerous. DCRReport. <https://www.dcreport.org/2020/07/15/mental-health-experts-why-the-next-four-months-could-be-really-dangerous/>

- Tarnowski, A. (2021). System Test2Drive w badaniach kierowców: Relacje między teorią, przepisami a praktyką. *Przegląd Psychologiczny*, 64(1), 71–81. <https://doi.org/10.31648/pp.7322>
- Tavory, T. (2024). Regulating AI in mental health: Ethics of care perspective. *JMIR Mental Health*, 11, e58493, 1–11. <https://doi.org/10.2196/58493>
- TERAPEUCI.PL (2005). *Orzeczenie sądu koleżeńskiego w sprawie W. Eichelbergera*. http://terapeuci.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=6&limit=1&limitstart=0
- Thomas (2021). *GIA. Broszura informacyjna*. https://testythomas.pl/wp-content/uploads/2021/07/Thomas_GIA_Example_Booklet_PL_2019.pdf
- Thomas (2025). *Your go-to people platform*. <https://www.thomas.co/>
- Toeplitz-Winiewska, M. (2004). Dylematy etyczne w ocenie studentów V roku psychologii. Wpływ udziału w kursie z etyki zawodowej. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Praktyka psychologiczna w świetle standardów etycznych* (s. 67–72). Academica Wydawnictwo SWPS.
- Toeplitz-Winiewska, M. (red.). (2007). Problemy etyczne w psychologii sądowej – panel dyskusyjny. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 6(4), 101–110.
- Toeplitz-Winiewska, M. (2009). Udzielanie pomocy psychologicznej. W: J. Brzeziński, B. Chyrowicz, W. Poznaniak, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyka zawodu psychologa* (s. 235–263). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Toeplitz-Winiewska, M. (2011). Czego społeczeństwo oczekuje od psychologów? *Roczniki Psychologiczne*, 14(2), 85–88.
- Toeplitz-Winiewska, M. (2013a). Czy można zdefiniować „dobro” klienta psychologa? *Roczniki Psychologiczne*, 16(4), 681–684.
- Toeplitz-Winiewska, M. (2013b). The ethical and practical aspects of psychological diagnosis in forensic evaluation. *Problems of Forensic Sciences*, 94, 550–563.
- Toeplitz, Z. (2000). Miejsce etyki w nauczaniu psychologii. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii* (s. 245–253). Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Toeplitz, Z. (2004). Etyka studenta psychologii. Czego uczymy naszych studentów? W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Praktyka psychologiczna w świetle standardów etycznych* (s. 51–66). Academica Wydawnictwo SWPS.
- Tokarz, A. (2005). Motywacja jako warunek aktywności twórczej. W: A. Tokarz (red.), *W poszukiwaniu zastosowań psychologii twórczości* (s. 51–72). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tomala, I. (2019). Uczciwość i rzetelność w zawodzie prawnika. *Logos i Ethos*, 49(1), 221–233. <http://dx.doi.org/10.15633/lie.3443>
- Tragantzopoulou, P., Giannouli, V., Filippou, A., Demirtzidou, M. (2024). Burnout and coping strategies in integrative psychotherapists: Findings from Qualitative Interviews. *Healthcare*, 12, 1820. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181820>
- Trochimowicz, J. (2025, 22 lutego). *Grubo. „Tak rozchwianej emocjonalnie Igi to chyba pani Daria jeszcze nie miała”*. Gazeta.pl. <https://www.sport.pl/tenis/7,64987,31713422,sidor-apeluje-do-abramowicz-ws-swiatek-to-samo-bylo-z-wiktorowskim.html>

- Troszczyńska, K. (2024, 31 października). *Jak zaufać dobremu terapeutcie, uciec przed złym? Krótki przewodnik*. Ohme. <https://ohme.pl/psychologia/jak-zaufac-dobremu-terapeucie-uciec-przed-zlym-krotki-przewodnik/>
- Tryjarska, B. (2004). Podstawowe zasady etyczne w psychoterapii. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Praktyka psychologiczna w świetle standardów etycznych* (s. 117–131). Academica Wydawnictwo SWPS.
- Trypuz, R. (2004). Spór o wartość logiczną norm. Logika norm a logika deontyczna. *Roczniki Filozoficzne*, 52(1), 293–316.
- Trzaskalik, T. (2014). Wielokryterialne wspomaganie decyzji. Przegląd metod i zastosowań. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie*, 74(1921), 239–263.
- Turner, S.M., DeMers, S.T., Fox, H.R., Reed, G.M. (2001). APA's guidelines for test user qualifications. An executive summary. *American Psychologist*, 56(12), 1099–1113. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.56.12.1099-1113>
- Tyc-Brzosko, J. (2018, 12 kwietnia). *Testy psychometryczne w świetle RODO. Dopuszczalność wciąż pod znakiem zapytania*. GazetaPrawna.pl. <https://serwis.gazetaprawna.pl/praca-i-kariera/artykuly/1116621,testy-psychometryczne-w-swietle-rod.html>
- Tychmanowicz, A. (2020). Czy religijność nas wzmacnia? Związki między religijnością a zdrowiem psychicznym. *Przegląd Psychologiczny*, 63(4), 533–560.
- Tylka, J. (2004). Kilka refleksji „O początkach i rozwoju psychologii klinicznej”. *Studia Psychologica*, 5, 363–373.
- Tylka, J. (2006). Uwagi do wypowiedzi Włodzisława Zeidlera na temat mojego artykułu „Kilka refleksji o początkach i rozwoju psychologii klinicznej”. *Studia Psychologica*, 6, 289–290.
- Tysza, T. (2010). *Decyzje. Perspektywa psychologiczna i ekonomiczna*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Tysza, T., Zaleskiewicz, T. (2001). *Racjonalność decyzji*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Uchnast, Z. (1992). *Myers-Briggs Skala Typów Psychicznych*. KPO KUL.
- Uchnast, Z. (2007). *Właściwości psychometryczne Myers-Briggs Skali Typów Psychicznych*. KPO KUL JP II.
- Urbaś, P. (2004). Kontrowersje wokół debriefingu – przegląd badań. *Studia Psychologica*, 5, 333–343.
- U.S. Supreme Court (1966). *Ginzburg v. United States*, 383 U.S. 463. <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/383/463/>
- Ustawa o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów. Projekt. (2025). <https://www.gov.pl/attachment/6fa7fb1b-db1c-46f2-9f70-4c129f3251da>
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 roku – Kodeks postępowania cywilnego.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111, poz. 535).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (Dz.U. 1997 Nr 88, poz. 553; Dz.U. 1997 Nr 89, poz. 555).

- Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 roku o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. 2001 Nr 73, poz. 763).
- Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz.U. 2005 Nr 180, poz. 1493).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. 2011 Nr 174, poz. 1039).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2011 roku o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. 2011 Nr 191, poz. 1135 ze zm. z 2017 roku).
- Ustawa z dnia 20 lipca 2018 roku – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz.U. 2024, poz. 1571).
- Ustawa z dnia 11 marca 2022 roku o obronie Ojczyzny (Dz.U. poz. 655).
- UW (2025). *Panel Badawczy*. Uniwersytet Warszawski. <https://uw.sona-systems.com/Default.aspx?ReturnUrl=%2f>
- UWAGA/TVN (2007, 13 stycznia). *Samson – droga do upadku*. <https://uwaga.tvn.pl/reportaze/samson-droga-do-upadku-ls6688764>
- Van Hoy, A., Rzesutek, M. (2022). Burnout and psychological wellbeing among psychotherapists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 928191. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.928191>
- Voevodsky, J. (1974). Evaluation of a deceleration warning light for reducing rear-end automobile collisions. *Journal of Applied Psychology*, 59, 270–273.
- Walendzik, M. (2022). „Będziesz zbrodnią wołyńską”. Wzięłam udział w kontrowersyjnej „terapii” ustawień rodzinnych. Na Temat. <https://natemat.pl/429547,wzielam-udzial-w-kontrowersyjnej-terapii-ustawien-rodzinnych>
- Warrier, U., Warrier, A., Khandelwal, K. (2023). Ethical considerations in the use of artificial intelligence in mental health. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59, 139. <https://doi.org/10.1186/s41983-023-00735-2>
- Warzecha, S., Radomski, J. (2024, 17 października). „Karierowiczka. Najlepsza specjalistka. Zawładnęła wszystkim”. *Historia Darii Abramowicz*. Weszło Extra. <https://weszlo.com/2024/10/16/daria-abramowicz-psycholog-swiatek-historia-biografia/>
- Warzyńska-Bartczak, Z. (2013). Role społeczne a władza. Paternalizm w psychiatrii. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 14, 5(2), 199–219.
- Waszkiewicz, A.A., Nizio, A.M. (2014). Przyszłość i uprawianie psychologii klinicznej. *Psychiatria*, 11(1), 29–33.
- Waszyńska, K., Skowroński, D. (2015). Wprowadzenie do poradnictwa i psychoterapii przez internet – podstawowe założenia i implikacje kliniczne. W: K. Waszyńska, M. Filipiak (red.), *Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki* (s. 31–46). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Wesoły, M. (b.d.). *Przysięga Hipokratesa*. NIL. Pobrane 15 grudnia 2025 roku z: https://nil.org.pl/uploaded_images/1575631646_przysiega-hipokratesa.pdf
- Wikipedia (2010). *Psychopathographie Adolf Hitlers*. https://de.wikipedia.org/wiki/Psychopathographie_Adolf_Hitlers

- Wikipedia (2014). *Tarasoff v. Regents of the University of California*. http://en.wikipedia.org/wiki/Tarasoff_v._Regents_of_the_University_of_California
- Wikipedia (2023). *William Marston*. https://pl.wikipedia.org/wiki/William_Marston
- Wikipedia (2024a). *Przymusowa sterylizacja w Szwecji*. https://pl.wikipedia.org/wiki/Przymusowa_sterylizacja_w_Szwecji
- Wikipedia (2024b). *Test Rorschacha*. https://pl.wikipedia.org/wiki/Test_Rorschacha
- Wikipedia (2024c). *Bert Hellinger*. https://pl.wikipedia.org/wiki/Bert_Hellinger
- Wikipedia (2025a). *Rorschach test*. https://en.wikipedia.org/wiki/Rorschach_test
- Wikipedia (2025b). *Odmowa odbycia służby wojskowej*. https://pl.wikipedia.org/wiki/Odmowa_odbycia_s%C5%82u%C5%BCby_wojskowej
- Wikipedia (2025c). *Samorząd zawodowy*. https://pl.m.wikipedia.org/wiki/Samorz%C4%85d_zawodowy
- Wiliński, M., Wiśniewska-Jankowska, A. (2017). Utrudnienia w diagnozie psychologicznej osób z niepełnosprawnościami. W: W.J. Paluchowski (red.), *Diagnostowanie: Wyzwania i konteksty* (s. 277–288). Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Wilk, E. (2025a, 5 lutego). Groźna moda w psychoterapii: młodzi „zrywają” relacje. Bo rodzice podobno są toksyczni. *Polityka*, 6(3501), 12–15. <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/2287905,1,grozna-moda-w-psychoterapii-mlodzi-zrywaja-relacje-bo-rodzice-podobno-sa-toksyczni.read>
- Wilk, E. (2025b, 25 lutego). Wszystkiemu winni toksyczni rodzice? Jak odróżnić dobrą terapię od pseudoterapii. *Polityka*, 9(3504), 34–37. <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/2290307,1,wszystkiemu-winni-toksyczni-rodzice-jak-odroznic-dobra-terapię-od-pseudoterapii.read>
- Witkowska, H. (2021). *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Listy samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Witkowska, H., Czabański, A., Kicińska, L., Łuba, M., Palma, J., Szczepaniak, W. (2022). *Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych* (wersja rozszerzona). Ministerstwo Zdrowia.
- Witkowski, T. (2013). *Zakazana psychologia T. II. Nauka kultu cargo i jej owoce*. Wydawnictwo CiS.
- Włodawiec, B. (2013). *Mit neutralności światopoglądowej psychoterapeuty*. Psychologia.net.pl. <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=695>
- Włodkowska, K. (2025a, 20 lutego). „Nie różnisz się teraz dla mnie niczym od tego gwałciciela”. Co się działo na psychoterapii w Gdańsku. Duży Format. <https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,31690599,nie-roznisz-sie-teraz-dla-mnie-niczym-o-d-tego-gwalciciela.html>
- Włodkowska, K. (2025b, 4 marca). „Po kokainie był seks”. Czy Jakub Wett ma dyplom psychologa? Nowe fakty po reportażu o pseudoterapii w Gdańsku. Duży Format. <https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,31738266,po-kokainie-byl-seks-czy-jakub-wett-ma-dyplom-psychologa.html>
- Wnukiewicz-Kozłowska, A. (2019). *Autonomia jednostki w międzynarodowym prawie biomedycznym*. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa.
- Wojciechowski, B.W. (2014a). Psychologiczna analiza treści zeznań. *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Psychologica*, 18, 85–109.

- Wojciechowski, B.W. (2014b). Model Wielozmiennowej Analizy Zeznań Świadców Dorosłych (MASAM) i charakterystyka treściowa zeznań świadomie fałszowanych. W: M. Szpitalak, K. Kasperek (red.), *Psychologia sądowa. Wybrane zagadnienia* (s. 227–239). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wojciechowski, B.W. (2019). Zadania psychologa praktyka – biegly sądowy. W: B. Gulla (red.), *Zadania psychologa-praktyka* (s. 144–152). Uniwersytet Jagielloński, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Instytut Psychologii Stosowanej.
- Wojciszke, B. (2004). Systematycznie Modyfikowane Autoreplikacje: Logika programu badań empirycznych w psychologii. W: J. Brzeziński (red.), *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów* (s. 44–60). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wojtczak, K. (2002). Reglamentacja form wykonywania zawodów zaufania publicznego w rozwiązaniach prawa polskiego i państw Unii Europejskiej. W: S. Legat, M. Lipińska (red.), *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu* (s. 39–47). Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka, 8 kwietnia 2002 roku. Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu.
- Wołpiuk, W.J. (2002). Zawód zaufania publicznego z perspektywy prawa konstytucyjnego. W: S. Legat, M. Lipińska (red.), *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu* (s. 19–24). Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka, 8 kwietnia 2002 roku. Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu.
- WP UW (b.d.). *Laboratorium Technik Diagnostycznych. Katedra Psychometrii i Diagnozy Psychologicznej na Wydziale Psychologii UW*. Pobrane 15 grudnia 2024 roku z: <http://psychometria.uw.edu.pl/ltd/>
- Wprost (2023, 19 lipca). *Sprawa pani Joanny z Krakowa. Jest komentarz Ministerstwa Zdrowia*. <https://www.wprost.pl/kraj/11313946/sprawa-pani-joanny-z-krakowa-jest-komentarza-ministerstwa-zdrowia.html>
- Wright, A.J. (red.). (2020). *Essentials of psychological assessment supervision*. John Wiley and Sons, Inc.
- Wroczyński, D. (2023, 14 kwietnia). #POMAGAMYICHRONIMY Chciał popełnić samobójstwo. Odratowali go wyszkowscy policjanci. KPP w Wyszkowie. <https://mazowiecka.policja.gov.pl/wwy/aktualnosci/78783,POMAGAMYICHRONIMY-Chcial-popelnic-samobojstwo-Odratowali-go-wyszkowscy-policjanc.html>
- WTTS (2013). *Stanowisko Towarzystwa Systemowego w Niemczech wobec metody ustawień rodzin Berta Hellingera*. Wielkopolskie Towarzystwo Terapii Systemowej. <https://wtts.edu.pl/post/3>
- Wykowski, J. (2024, 22 czerwca). *Prof. Popiel o podwójnych standardach psychoterapeutów. „To tak, jakby usunąć ulotki do leków”*. Rynek Zdrowia. <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Prof-Popiel-o-podwojnych-standardach-psychoterapeutow-To-tak-jakby-usunac-ulotki-do-lekow,259902,14.html>

- Wykowski, J. (2025, 30 sierpnia). *Przyczyną depresji był guz mózgu. Prof. Popiel: tandeta w psychoterapii może prowadzić do dramatów*. Rynek Zdrowia. <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Przyczyna-depresji-byl-guz-mozgu-Prof-Popiel-tandeta-w-psychoterapii-moze-prowadzic-do-dramatow,275037,14.html>
- Wypler, W. (2013). Operacjonalizacja zachowania nieuczciwego w badaniach psychologicznych. *Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja*, 21, 141–164.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 marca 2002 roku (sygn. akt P 9/01, Dz.U. 2002 Nr 26, poz. 265). ISAP – Internetowy System Aktów Prawnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20020260265/T/D20020265TK.pdf>
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 maja 2002 roku (sygn. akt SK 20/00). SAOS – System Analizy Orzeczeń Sądowych. <https://www.saos.org.pl/judgments/106060>
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 listopada 2002 roku (sygn. akt SK. 40/01, Dz.U. 2002 Nr 194, poz. 1641). ISAP – Internetowy System Aktów Prawnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20021941641>
- Wyrzykowska, E. (2008). Głos o gotowości psychologów do refleksji etycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 13(1), 61–65.
- Wysocka-Pleczyk, M., Passowicz, P. (2005). Jawne i ukryte aspekty postawy wobec ofiar gwałtu. W: D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (s. 129–150). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wytykowska, A., Petrides, K.V. (2007). Inteligencja emocjonalna jako dyspozycja. Polska adaptacja skali do badania inteligencji emocjonalnej jako cechy. *Psychologia, Edukacja i Społeczeństwo*, 4, 97–110.
- Younggren, J.N. (2002). *Ethical decision-making and dual relationships*. <https://kspope.com/dual/younggren.php>
- Zabłotniak, R. (1971). Dzieje Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki*, 16(4), 769–787.
- Zaleski, Z. (1998). Prawo do prywatności. Spojrzenie psychologiczne. *Czasopismo Psychologiczne*, 4(3–4), 218–238.
- Zalewska, E. (2009). Testy psychologiczne – standardy dostępności i legalności w Polsce, Wielkiej Brytanii i USA. *Psychiatria i Psychoterapia*, 5(1–2), 7–23.
- Zalewski, B. (2023). *Ustawienia rodzinne Hellingera – szkodliwa szarlataneria?* Strefa Psyche Uniwersytet SWPS. <https://strefawiedzy.swps.pl/artykuly/ustawienia-rodzinne-hellingera-szkodliwa-szarlataneria>
- Zaremba Bielawski, M. (2014). *Higienisci. Z dziejów Eugeniki*. Wydawnictwo Czarne.
- Ziebertz, H.-G. (2020). Human rights and the concept of dignity: An empirical perspective, in human versus religious rights? W: A.G. Roeber (red.), *German and US Exchanges and their Global Implications* (s. 103–126). Vandenhoeck & Ruprecht Verlage.
- Zieliński, M. (2010). Regulacja godności we współczesnych konstytucjach. W: M. Sadowski, P. Szymaniec (red.), *Prawa człowieka – idea, instytucje, krytyka*. Wrocławskie Studia Erazmianskie. Zeszyt 4 (s. 155–173). Uniwersytet Wrocławski, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii.
- Zieliński, M.W. (2013). *Efekt ankierski w procesie konstruowania odpowiedzi na pytania w wywiadzie kwestionariuszowym. Studium na podstawie Polskiego Generalnego*

- Sondażu Społecznego*. [Rozprawa doktorska]. Uniwersytet Warszawski, Wydział Filozofii i Socjologii, Instytut Socjologii.
- Zimbardo, P.G. (2007). Thoughts on psychologists, ethics, and the use of torture in interrogations: Don't ignore varying roles and complexities. *Analyses of Social Issues and Public Policy (ASAP)*, 7(1), 65–73.
- Zur, O. (2014). Not all multiple relationships are created equal: Mapping the maze of 26 types of multiple relationships. *The Independent Practitioner*, 34(1) 15–22.
- Zur, O. (red.). (2017). *Multiple relationships in psychotherapy and counseling: Unavoidable, common, and mandatory dual relations in therapy*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Związek Powiatów Polskich (2024). Projekt ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. <https://www.zpp.pl/storage/library/2024-07/5b7347b2ca-4659b484027e282455c36c.pdf>
- Żakowski, J. (2014, 8 października). *Przebieg choroby Anny Przybylskiej w tabloidach*. YouTube. <https://youtu.be/eamT6K7GpI4?si=12dH0-SszVKOacPF>
- Żechowski, C. (2020, 28 stycznia). Człowiek, czyli dzieło sztuki. Ankieta redakcji „Psychoterapia – neutralność i spotkanie”. *Więź*. <https://wiez.pl/2020/01/28/czlowiek-czyli-dzielo-sztuki/>
- Żemigła, M. (2022). *Społeczna odpowiedzialność nauki. Zarządzanie – badania – wpływ społeczny*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Sekcja Wydawnicza Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.
- Żukowski, L.J. (2017a). Psycholog jako zawód zaufania publicznego – wybrane problemy. *Przegląd Prawa Publicznego*, 3, 39–49.
- Żukowski, L.J. (2017b). *Zawód psychologa w ochronie zdrowia. Reglamentacja prawo-administracyjna*. Wydawnictwo C.H. BECK.
- Żurek, M. (2024, 20 listopada). *Stanowisko Sekcji Naukowej Terapii Rodzin PTP w sprawie ustawień hellingerowskich*. Sekcja Naukowej Terapii Rodzin PTP. <https://sntr.org.pl/a/stanowisko-sekcji-naukowej-terapii-rodzin-ptp-w-sprawie-ustawien-hellingerowskich/>
- Żylicz, P.O. (1993). Psychologia i religia. Cz. 1: Analiza wybranych zależności. *Studia Philosophiae Christianae*, 29(1), 101–114.
- Żylicz, P.O. (2001). Psychoterapia a światopogląd. W: R. Jaworski (red.), *Rozwój zintegrowany* (s. 119–130). Materiały wybrane Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich. Płocki Instytut Wydawniczy.
- Żylicz, P.O. (2006). Praca psychoterapeutyczna z osobami doświadczającymi poczucia winy. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki* (s. 507–518). Eneteia.

