



Błędy w diagnozowaniu sądowo-psychiatrycznym i psychologicznym widziane z perspektywy procesów spostrzegania społecznego

Errors in forensic-psychiatric and forensic-psychological diagnoses from the perspective of social perception

WOJCIECH POZNANIAK

Z Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu

STRESZCZENIE. *Streszczenie poniższego tekstu można zawrzeć w dwóch zdaniach. Zdanie pierwsze: psycholog i psychiatra, podobnie zresztą jak każda ze stron procesu sądowego, z tych samych przyczyn co zwykły człowiek z ulicy, mogą dokonywać błędnych spostrzeżeń i ocen o innych ludziach, a także o sobie samym. Zdanie drugie: mechanizmy pojawiania się tych błędów w ocenianiu i diagnozowaniu ludzi są takie same u człowieka z ulicy jak i u profesjonalisty od ludzkiej psychiki czy u prawnika, a wynikają one z pewnych ogólnych prawidłowości dotyczących wzajemnego spostrzegania się ludzi i komunikowania interpersonalnego. Rozwinięcie i zarazem uzasadnienie tych dwóch zdań zawarte jest w sześciu tezach.*

SUMMARY. *This article may be summarised in two sentences. Sentence one: Just like every other party to the lawsuit, the forensic psychologist or psychiatrist is prone to misperception and misevaluation of other people and himself for the same reasons as any ordinary man and woman in the street. Sentence two: the dynamics of these errors in evaluation and diagnosis are the same in the man in the street, the professional psychologist and psychiatrist and the lawyer and they result from the same general patterns of interpersonal perception and communication. These two sentences are elaborated and justified in six statements.*

Słowa kluczowe: spostrzeganie społeczne / efekty (prawidłowości) spostrzegania społecznego / błędy diagnostyczne

Key words: social perception/ effects (patterns) of social perception/ diagnostic errors

Teza pierwsza

W każdej diagnozie psychologiczno-psychiatrycznej staramy się odpowiedzieć na cztery pytania [Brzeziński 1981] i przy każdym z nich istnieje ryzyko, że będzie to odpowiedź błędna.

Pytanie pierwsze brzmi: jaki jest określony stan rzeczy dotyczący osoby diagnozowanej (podsądnej), a więc np. jaki jest jej stan zdrowia psychicznego, jaki jest jej poziom intelektualny, jak przebiega jej rozwój psychiczny (w odniesieniu do osób nieletnich), jaka jest jej sytuacja rodzinna, materialna itp. Mniej lub bardziej trafna odpowiedź na to pyta-

nie zależy od tego, jakie posiada się narzędzia diagnostyczne służące do pomiaru owych psychologiczno-psychiatrycznych „stanów rzeczy”, a więc jaka jest trafność i rzetelność stosowanych testów psychologicznych, czy diagnozowanie c.u.n. oparto na analizie zapisu EEG czy też na badaniu tomografii komputerowej, czy obserwacja podsądnego trwała kilka tygodni czy kilka godzin. Wydaje się jednak, że najważniejszym czynnikiem odpowiedzialnym za trafność diagnozowania psychiatryczno-psychologicznego jest wiedza, którą dysponuje diagnosta w zakresie psychologii klinicznej, psychologii rozwojowej

czy psychiatrii (zorientowanej biologicznie czy humanistycznie). Jeśli chodzi o ów stan wiedzy jakim dysponuje profesjonalista oraz stan świadomości posiadanej wiedzy, możemy wyróżnić cztery kategorie osób:

-
- *człowiek, który „wie, że nie wie”* – to ktoś krytyczny wobec samego siebie ale i taki, który zwykle chce wiedzieć więcej i jest otwarty na to żeby wiedzieć więcej,
 - *człowiek, który „nie wie, że wie”* – to człowiek mądry i kompetentny ale zarazem pełen kompleksów i niedowierzania wobec swojej wiedzy i umiejętności,
 - *człowiek, który „nie wie, że nie wie”* – to zarozumialec i głupiec, z którym najlepiej nie rozmawiać i którego najlepiej nie słuchać,
 - *jest wreszcie człowiek, który „wie i wie, że wie”* – to człowiek mądry, którego należy uważnie słuchać.
-

Najwięcej błędów diagnostycznych popełnia zwykle diagnosta, który „nie wie, że nie wie” – strony procesowe powinny go w miarę szybko zidentyfikować by się go wystrzeżać. Wiedza specjalistyczna z własnej dziedziny wiedzy i choćby ogólne wiadomości z dyscyplin pokrewnych są zwykle najlepszym gwarantem zapobiegania czy choćby minimalizowania błędów diagnostycznych. Nie działa to jednak automatycznie, tzn. nie ma prostej korelacji liniowej między przyrostem wiedzy specjalistycznej a poprawnością spostrzegania i diagnozowania ludzi. Są nawet badania empiryczne, z których wynika i to wynika dość ponuro, że wykształcenie teoretyczne i doświadczenie zawodowe psychologów i psychiatrów nie zwiększa zdolności do trafnego spostrzegania innych ludzi. Skarżyńska [1981] omawia szereg badań eksperymentalnych, z których wynika, że: (a) psychologowie dokonują mniej trafnych ocen diagnostycznych niż przedstawiciele innych zawodów, (b) psychologowie kliniczni przewidują zachowania innych ludzi mniej

trafnie niż fizycy-naukowcy, (c) psychologowie z zaawansowanymi stopniami naukowymi odznaczali się mniejszą trafnością przewidywań diagnostycznych niż psychologowie bez stopni naukowych, (d) studenci psychologii dokonywali tak samo trafnych przewidywań diagnostycznych jak doświadczeni psychologowie kliniczni z kilkuletnim stażem, (e) nie stwierdzono też różnicy w trafności spostrzegania innych ludzi między studentami po wstępnym kursie psychologii a studentami zaawansowanymi w studiach psychologicznych. Z omawianych badań wynika więc i jeszcze raz podkreślam, że wynika dość ponuro, iż teoretyczne wykształcenie psychologiczne, jak również praktyka kliniczna, nie zwiększają automatycznie trafności spostrzegania interpersonalnego. Co więcej, psychologowie kliniczni, którzy zawodowo przecież dokonują charakterystyk innych ludzi (w postaci diagnozy), są szczególnie mało trafni w percepcji. Są oni przygotowani do pracy z jednostkami o zaburzonym rozwoju, uczą się spostrzegać objawy nieprzystosowania i prawdopodobnie dlatego spostrzegają i przewidują zachowania ludzi jako bardziej nienormalne niż są one w rzeczywistości. Na szczególną uwagę zasługuje wynik uzyskany przez Rosenhana, dotyczący spostrzegania przez personel szpitali psychiatrycznych (głównie psychiatrów i psychologów) ludzi zgłaszających się do takich szpitali. Osiem zdrowych psychicznie osób (współpracowników Rosenhana) zgłosiło się i zostało przyjętych do różnych szpitali psychiatrycznych w Stanach Zjednoczonych. Osoby te zgłaszały się, symulując jedyny objaw: mówiły, że słyszą czasami niewyraźne, „puste”, nużące głosy. Po przyjęciu na oddział, pseudopacjenci przestawali symulować jakiegokolwiek objawy chorobowe. Mimo to w odniesieniu do wszystkich – z wyjątkiem jednego – postawiono diagnozę, iż są schizofrenikami i wypuszczono ich ze szpitala z diagnozą: „schizofrenia w okresie remisji” [Skarżyńska 1981, s. 284–288]. Druga część eksperymentu Rosenhana okazała się jeszcze bardziej ponura dla specjalistów od diag-

nozowania psychiatryczno-psychologicznego: w renomowanych klinikach psychiatrycznych – po trzech miesiącach eksperymentu – rozpoznawano nawet 2–3-krotnie częściej „symulację choroby psychicznej” (częściej w stosunku do okresu sprzed trwania eksperymentu) chociaż w rzeczywistości żaden z „pseudopacjentów” nie był kierowany do szpitala psychiatrycznego. Wynik ten wskazuje, jak nietrafnymi obserwatorami innych ludzi mogą być profesjonalści, nawet ci, którzy są uzbrojeni w specjalistyczne narzędzia diagnostyczne [Skarżyńska 1981].

Pytanie drugie dotyczy przyczyny tego psychologicznego stanu rzeczy [Brzeziński 1981], a więc np. czy są to przyczyny związane z obciążeniem genetycznym, uszkodzeniem okołoporodowym, urazem c.u.n., uzależnieniem od alkoholu, czy też związane z zaniedbaniem wychowawczym czy doznaniem urazem emocjonalnym. W tym przypadku błędy diagnostyczne dotyczą oceny roli (znaczenia) czynników biologicznych i społecznych w ukształtowaniu się określonego (psychologiczno-psychiatrycznego) stanu rzeczy,

Pytanie trzecie dotyczy prognozowania, a więc tego, jaki będzie ów psychologiczny stan rzeczy [Brzeziński 1981] w bliższej i dalszej przyszłości, np. jak będzie wyglądało funkcjonowanie społeczne podsądnego, u którego stwierdzono określone zaburzenia emocjonalne czy intelektualne spowodowane przyczynami organicznymi lub/i przyczynami środowiskowymi. Takie diagnozowanie (prognozowanie) obciążone jest wysokim ryzykiem błędu, szczególnie wtedy gdy dotyczy odległej perspektywy czasowej.

Pytanie czwarte odnosi się do tego, co można i należy zrobić aby ów psychologiczno-psychiatryczny stan rzeczy rozwijał się (zmieniał się) zgodnie z oczekiwaniami społeczno-moralnymi i prawnymi [Brzeziński 1981], a więc żeby ów stan rzeczy nie zagrażał interesowi społecznemu, albo żeby był zgodny z tzw. „dobrem dziecka”. Jest to więc pytanie o to jak leczyć, jak wychowywać, jak resocjalizować czy jak reedukować. Doświadczenie uczy, że i w tym przypadku ist-

nieje dość duże ryzyko błędnych procedur wychowawczych, resocjalizacyjnych czy terapeutycznych.

Teza druga

Diagnozowanie psychiatryczno-psychologiczne jest procesem wzajemnego spostrzegania się i wzajemnego komunikowania się diagnosty z osobą diagnozowaną (z podsądnym). Oznacza to, że końcowy efekt diagnozy sporządzanej przez profesjonalistę zależy nie tylko od tego jak on spostrzega swojego klienta (podsądnego), ale i od tego jak ten podsądny spostrzega owego profesjonalistę, czyli psychiatrę lub psychologa. Oceny diagnostyczne zamieszczane w opiniach sądowych zależą więc w dużej mierze od tego, jakie emocje wywołuje profesjonalista u podsądnego i podsądny u profesjonalisty, przede wszystkim zależą od tego, jak komunikują się ze sobą w czasie wywiadu (rozmowy) psychiatryczno-psychologicznej [Brzeziński, Kowalik 1991]. Sądy diagnostyczne zależą więc w dużej mierze od tego, jaki jest styl owej komunikacji, a więc np. od tego, czy profesjonalista rozmawia ze swoim klientem w sposób autorytarny czy partnerski, od tego, jakie są okoliczności zewnętrzne, w których profesjonalista i podsądny komunikują się ze sobą, a więc np. od tego czy badanie diagnostyczne odbywa się w szpitalu, przychodni czy w areszcie śledczym i wreszcie od tego, jakie bariery i zakłócenia pojawiają się podczas owego komunikowania się. Mogą to być zarówno bariery i zakłócenia o charakterze zewnętrznym, takie jak: hałas, złe oświetlenie czy niewygodne krzesło, ale najważniejsze są wewnętrzne bariery komunikacyjne, tzn. takie, które tkwią we właściwościach psychicznych podsądnego i diagnosty. Takimi barierami wewnętrznymi są różnego typu uprzedzenia (np. wobec homoseksualistów czy pedofilów), a także uruchamianie różnorodnych mechanizmów obronnych, takich jak: obrona percepcyjna, projekcja, negacja czy racjonalizacja, które mogą prowadzić do formułowania nawet skrajnie

błędnych sądów diagnostycznych. Owe mechanizmy obronne sprawiają, że jedne informacje diagnostyczne są preferowane, inne są pomijane, a jeszcze inne są nawet całkowicie ignorowane.

W procesie diagnozowania jest tak, że diagnosta korzysta ze specjalistycznej wiedzy psychiatrycznej, neurologicznej czy psychologicznej (jest to tzw. wiedza naukowa nazywana też wiedzą „zimną”). Jak wynika z omawianych wcześniej badań, przyrost tej wiedzy, zamiast poprawiać, może nawet pogarszać trafność diagnozowania. Oprócz owej wiedzy „zimnej”, diagnosta korzysta też z tzw. ukrytych (prywatnych) teorii osobowości stanowiących mieszaninę doświadczeń indywidualnych i kulturowych (jest to tzw. wiedza potoczna nazywana też wiedzą „gorącą”). Te dwa źródła wiedzy mogą, ale nie muszą, prowadzić do tych samych wniosków końcowych. Jeśli te wnioski będą ze sobą sprzeczne to diagnosta, tak samo jak „człowiek z ulicy”, stanie się podporządkowany mechanizmowi osiągnięcia konsensusu, czyli równowagi poznawczej. W dążeniu do tej równowagi może on pomijać, ignorować lub zniekształcać jeden lub oba rodzaje wiedzy i prawie zawsze będzie się to odbywało kosztem osoby diagnozowanej (podsądnego).

Teza trzecia

głosi, że zarówno diagnosta, jak i jego klient (podsądny) spostrzegają siebie w sposób selektywny – każdy z nich aktywnie poszukuje jednych informacji (np. informacji dotyczących stanu zdrowia psychicznego podsądnego i osób pokrewnych mu), a inne informacje są przez niego bagatelizowane [Brzeziński, Kowalik 1991]. Spostrzeganie osoby diagnozowanej (podsądnego) przez diagnostę, jak i spostrzeganie osoby diagnosty (psychiatry czy psychologa) przez podsądnego, tak samo jak spostrzeganie się dwojga „zwykłych” ludzi, nie jest bezstronnym, obiektywnym odzwierciedleniem właściwości partnera, ale jest selektywnym odbiorem jego właściwości. Diagnozowanie psychologiczne

i psychiatryczne jest procesem wzajemnego spostrzegania się i wzajemnego komunikowania się profesjonalisty z podsądnym. Od przebiegu tej komunikacji między diagnostą a podsądnym, a więc od stylu tej komunikacji, od zakłóceń komunikacyjnych zależy końcowy efekt diagnozowania. Selektywność spostrzegania występuje już na samym początku, kiedy każda ze stron ocenia wiarygodność, a więc intencje i kompetencje drugiej strony. Chodzi o to, że nie wszystkim ludziom i nie wszystkim informacjom się ufa – jedne informacje traktowane są z rezerwą, inne są odrzucane czy choćby korygowane. Spostrzeganie drugiego człowieka nie jest więc bezstronnym (obiektywnym) odzwierciedleniem wszystkich jego właściwości, ale jest procesem selektywnego odbioru jego właściwości. Selektywność spostrzegania drugiego człowieka wiąże się z tym, że nasze poznawanie jest w większym lub mniejszym stopniu „poznawaniem wartościującym” [Lewicka 1985, Nęcki 1996].

Teza czwarta

głosi, że błędy w procesie diagnozowania psychiatryczno-psychologicznego są konsekwencją jednego z wielu „efektów” (prawidłowości) spostrzegania społecznego. Tym efektem, czyli prawidłowością, którym podlegają zwykli ludzie, podlegają też profesjonaliści od diagnozy, jak i podsądni, w każdym razie nie ma żadnych podstaw, by owych profesjonalistów traktować jako ludzi „niezwykłych”, czyli takich, którzy nie podlegają owym ogólnym regułom.

I tak: pierwszym efektem spostrzegania społecznego jest „efekt oczekiwań”, zwany inaczej „efektem Rosenthala lub efektem Pigmaliona” [Brzeziński, Kowalik 1991]. Z badań Rosenthala wynika, że w typowych sytuacjach diagnostycznych, diagnosta w sposób niewerbalny przekazuje badanemu (podsądnemu) pewne wskazówki zawierające informacje o tym, jak powinien się on zachowywać, aby mogły się potwierdzić oczekiwania diagnosty odnośnie jego osoby. Wynika on z pozytywnych lub negatywnych in-

formacji o podsądnym zawartych w aktach sądowych, kartotekach medycznych, wywiadach środowiskowych czy wcześniejszych badaniach sądowo-psychiatrycznych czy sądowo-psychologicznych. Mogą to być oczekiwania pozytywne prowadzące do tzw. „efektu Galatei” lub też oczekiwania negatywne prowadzące do tzw. „efektu Golema”. Każdy z nich rządzi się zasadą samospełniającej się przepowiedni (proroctwa). Prowadząc badanie diagnostyczne i odwołując się do posiadanej wiedzy, diagnosta „przywiązuje się” do swojej wstępnej hipotezy diagnostycznej. Wytworzony w tej wstępnej hipotezie obraz pacjenta: pozytywny (efekt Galatei) lub negatywny (efekt Golema) sprawia, że pewne posunięcia w zakresie metodyki postępowania diagnosty są stroniczne i wynikają z nie uświadamianej chęci faworyzowania własnej wstępnej hipotezy. Diagnosta przywiązuje się do własnej – wstępnej – hipotezy diagnostycznej, ma do niej tzw. „ojcowski stosunek”. Z badań Rosenthala wynika, że badacz (diagnosta) w sposób niewerbalny przekazuje osobom badanym wskazówki zawierające pewne informacje o tym jak powinny się zachowywać, aby mogły się potwierdzić oczekiwania diagnosty odnoszące się do sformułowanych przez niego hipotez diagnostycznych [Brzeziński, Kowalik 1991].

Drugi efekt spostrzegania społecznego jest ściśle *związany z tzw. teorią atrybucji* starającej się odpowiedzieć na pytanie: „w jaki sposób formułujemy opinie o stałych cechach drugiego człowieka na podstawie obserwacji jego zachowań” [Kofta 1985, Skarżyńska 1981, Aronson i wsp. 1997]. Podstawowa prawidłowość jest tutaj taka, że jeśli obserwator (diagnosta) spostrzega zachowanie jakiejś osoby (podsądnego) jako takie, które nastawione jest na osiągnięcie określonego celu, a więc jako zachowanie zamierzone (intencjonalne), to w następnej kolejności będzie wnioskował o wewnętrznych cechach psychologicznych tej osoby („osoba ta zachowuje się agresywnie ponieważ ma wewnętrzne dyspozycje psychologiczne do takiego zachowania”). Jeśli zaś ów diagnosta

spozstrzega zachowanie się podsądnego jako niezamierzone, to wówczas przyczynę tego zachowania upatruje on w czynnikach pozaosobowych, a więc w czynnikach sytuacyjnych („to okoliczności zewnętrzne wywołały u niego wybuch gniewu”). Warto tu zauważyć, że cała kategoria tzw. „przestępstw umyślnych” może niemal automatycznie uruchamiać takie myślenie o ich sprawcach, że zostały one dokonane z powodu wewnętrznych predyspozycji do ich popełnienia. Zarówno człowiek „zwykły”, jak i „niezwykły” („niezwykłym” człowiekiem jest dla mnie psychiatra czy psycholog) ocenia względną siłę czynników osobowych i sił zewnętrznych jako odpowiedzialnych za określone zachowanie (najczęściej chodzi tu o jakieś zachowanie przestępcze). Najsilniejsza jest tendencja do szukania wewnętrznych i osobowych przyczyn ludzkiego zachowania i pomijania lub niedoceniaenia roli czynników sytuacyjnych. Z badań psychologów społecznych wynika, że jesteśmy skłonni spostrzegać innych ludzi (tutaj – osoby podsądne) jako bardziej odpowiedzialnych za czyny przynoszące jakieś negatywne efekty społeczne niż za czyny, których wyniki są pozytywne ze społecznego punktu widzenia.

Im poważniejsze są negatywne konsekwencje jakiegoś zdarzenia, tym silniejsza jest tendencja do spostrzegania działającego człowieka (podsądnego) jako odpowiedzialnego za to zdarzenie. Oznacza to, że w przypadku wyjątkowo odrażających zbrodni (np. zabójstw czy gwałtów seksualnych) pojawia się silna tendencja by diagnozując sprawcę tej zbrodni eksponować znaczenie czynników wewnętrznych (zrobił to dlatego, ponieważ ma wewnętrzne predyspozycje do takich czynów), a niedoceniać roli czynników sytuacyjnych.

Trzeci efekt spostrzegania społecznego – to tzw. „*efekt halo*”, tendencja do przypisywania danej osobie (tutaj – podsądnemu) szeregu cech pozytywnych tylko dlatego, że jakaś jedna właściwość tej osoby została oceniona pozytywnie, bądź też tendencja do przypisywania tej osobie szeregu cech

negatywnych tylko dlatego, że jedna jej cecha została oceniona negatywnie [Lewicki 1985]. Tendencja do przypisywania osobom ocenianym pozytywnie dużej liczby cech pozytywnych i zarazem niedostrzeganie u nich cech negatywnych, to tzw. „efekt aureoli”. Natomiast tendencja do przypisywania osobom ocenianym negatywnie dużej liczby cech negatywnych i zarazem niedostrzeganie u nich cech pozytywnych, to tzw. „efekt diabelski”. Z badań psychologów społecznych wynika, że jeśli ktoś dysponuje informacjami pozytywnymi o osobie „X”, a o osobie „Y” dysponuje informacjami negatywnymi, to częściej i silniej będzie uzupełniał pozytywny obraz osoby „X”, zaś dużo ostrożniej (słabiej i rzadziej) będzie poszukiwał negatywnych cech osobie „Y”. Różnica między tendencją do przypisywania jakiejś osobie szeregu cech pozytywnych na podstawie spostrzeżenia u niej jakiejś pojedynczej cechy pozytywnej a tendencją do przypisywania jej wielu cech negatywnych na podstawie spostrzeżenia u niej jakiejś pojedynczej cechy negatywnej, na korzyść tej pierwszej tendencji to tzw. „efekt Polyanny”. Inaczej mówiąc ów „efekt Polyanny” to różnica między „efektem aureoli” a „efektem diabelskim” na korzyść „efektu aureoli” [Brzeziński, Kowalik 1991].

Czwarty efekt spostrzegania społecznego to tzw. „efekt pierwszeństwa” wg którego informacje o danej osobie odebrane jako pierwsze powodują selekcję informacji napływających później. Efekt pierwszeństwa to inaczej mówiąc „efekt pierwszego wrażenia” – informacje odebrane jako pierwsze wyznaczają kierunek spostrzegania danej osoby. Efekt ten prawie zawsze się sprawdza ponieważ blokuje odbiór informacji niezgodnych z informacjami pierwszymi. Efekt pierwszego wrażenia opiera się często na wyglądzie zewnętrznym. Zarówno potoczne doświadczenie, jak i wyniki badań psychologicznych dowodzą, iż fizyczne właściwości danego człowieka są często podstawą tworzenia psychologicznego obrazu tej osoby. Dzieje się tak dlatego, że wygląd człowieka ma określone

znaczenie uwarunkowane kulturowo, osobowościowo i sytuacyjnie. Cechy fizyczne drugiego człowieka są przekładane na jego właściwości psychologiczne – jest to zjawisko tzw. „generacji metaforycznej”. W psychologii od dawna znany jest pewien syndrom cech fizycznych, nazywany „syndromem dziecięcości” (duża głowa, duże oczy, zaokrąglenie ciała, miękkość, mały nos i podbródek, cienkie i wysoko umieszczone brwi) które u obserwatora wywołują często specyficzną, dodatnią reakcję emocjonalną, którą można nazwać czułością; przejawia się ona tendencją do zbliżania się, przytulania, głaskania, opiekowania i chronienia. Cechy syndromu dziecięcości spełniają bardzo często dzieci, młode kobiety i niektóre zwierzęta, a także wiele postaci z filmów Disneya. Są badania pokazujące, że nawet „bezzstronni sędziowie” łagodniej sądzą przestępców przystojnych i dobrze ubranych niż przestępców brzydkich i niechlujnie ubranych [Cialdini 1994].

Piąty efekt spostrzegania społecznego to tzw. „efekt kontrastu”, który polega na tym, że jakieś dwie osoby, różniące się w zakresie jakiejś właściwości (poczucia humoru, urody czy inteligencji) są spostrzegane jako jeszcze bardziej różne na tym wymiarze jeśli obserwuje się je razem niż wówczas, gdy obserwuje się je osobno. Obserwacja sądowo-psychiatryczna jakiegoś pacjenta może być obciążona owym efektem kontrastu kiedy jego właściwości psychopatologiczne są porównywane z podobnymi właściwościami u jakiegoś innego pacjenta.

Szóstym efektem jest tzw. „efekt relatywizowania”. Polega on na tym, że obserwator (diagnosta) z jednej strony pomija, ignoruje czy redukuje informacje, które są sprzeczne z już wytworzonym obrazem psychologiczno-psychiatrycznym jakiejś osoby (podsądnego), a z drugiej strony zmienia znaczenie tych sprzecznych informacji (bagatelizuje je) lub też nie manipuluje tymi informacjami, ale za to zakłada, że ta osoba posiada jakieś dodatkowe cechy za pomocą których można wyjaśnić ową sprzeczność. Robi to po to by mieć pewien spójny obraz diagnozowanej osoby.

Teza piąta

Pewne względnie stałe właściwości psychologiczne diagnosty sprzyjają błędnemu lub trafnemu spostrzeganiu (diagnozowaniu) ludzi. Do takich właściwości należą m.in.: wysoki albo niski poziom neurotyczności, niska lub wysoka samoakceptacja, brak wglądu we własną psychikę lub umiejętność dokonywania takiego wglądu, wysoki lub niski poziom autorytaryzmu, konkretność lub abstrakcyjność myślenia, słabo lub dobrze wykształcona empatia oraz wysoki lub niski poziom egocentryzmu. Jednak chyba najważniejszą właściwością psychologiczną, która ma wpływ na trafność spostrzegania (diagnozowania) ludzi jest „inteligencja emocjonalna”, która jest podzakresem „inteligencji społecznej” [Goleman 1997]. Skrajnym przeciwieństwem owej inteligencji emocjonalnej jest „aleksytymia” nazywana inaczej „ślepotą emocjonalną” albo dosadniej „głupotą emocjonalną”. Jest to zjawisko ograniczonego dostępu człowieka do jego własnej psychiki – jest to zaburzenie procesów uświadamiania sobie własnych emocji lub inaczej mówiąc zaburzenie wglądu we własne życie emocjonalne. Taki defekt utrudnia, a nawet uniemożliwia dostęp do emocji cudzych [Maruszewski, Ściagała 1998]. Diagnosta-aleksytymik musi popełniać błędy w diagnozowaniu sfery emocjonalnej swojego klienta (podsądnego). Warto zauważyć, że aleksytymia jest silnie „nacechowana płciowo” – mężczyźni są zdecydowanie bardziej i częściej aleksytymiczni niż kobiety. Można zatem domniemywać, że profesjonalistki od ludzkiej psychiki popełniają mniej błędów w diagnozowaniu cudzego życia emocjonalnego niż profesjonalści-mężczyźni.

Teza szósta

Dla samej diagnozy, a także dla postępowania korekcyjnego, ważne znaczenie odgrywa status motywacyjny osoby badanej (podsądnego). Ten status motywacyjny jest zupełnie inny wtedy, gdy to on sam zabiega o badanie sądo-

wo-psychologiczne (psychiatryczne), gdy został do tego namówiony czy też doprowadzony do diagnosty wbrew własnej woli na skutek postanowienia sądownego. Z badań Rosenthala i Rosnowa [Brzeziński, Kowalik 1991, s. 204] wynika, że rezultaty uzyskiwane przez ochotników różnią się od wyników osób, które w jakiś sposób zostały zmuszone do wzięcia udziału w badaniach diagnostycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Aronson E, Wilson TD, Akert RM: Psychologia społeczna. Serce i umysł. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 1997.
2. Brzeziński J: Metodologiczne i etyczne aspekty postępowania diagnostycznego w psychologii wychowawczej. W: Tyszkowa M (red.): Diagnostyka psychologiczna dla celów wychowawczych. Wyd. Nauk. UAM, Poznań 1981.
3. Brzeziński J, Kowalik S: Społeczne uwarunkowania diagnozy klinicznej. W: Sęk H (red.): Społeczna psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 1991.
4. Cialdini R: Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 1994.
5. Goleman D: Inteligencja emocjonalna. Media Rodzina of Poznań, Poznań 1997.
6. Kofta M: Procesy atrybucji w spostrzeganiu społecznym. W: Lewicka M, Trzebiński J (red.): Psychologia spostrzegania społecznego. Książka i Wiedza, Warszawa 1985.
7. Lewicka M: Afektywne i deskryptywne mechanizmy spostrzegania innych ludzi. W: Lewicka M, Trzebiński J (red.): Psychologia spostrzegania społecznego. KiW, Warszawa 1985.
8. Lewicki P: Zjawisko „ukrytej teorii osobowości” w procesie spostrzegania społecznego. W: Lewicka M, Trzebiński J (red.): Psychologia spostrzegania społecznego. KiW, Warszawa 1985.
9. Maruszewski T, Ściagała E: Emocje – Aleksytymia – Poznanie. Wyd. Humaniora, Poznań 1998.
10. Nęcki Z: Komunikacja międzyludzka. Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1996.
11. Skarżyńska K: Spostrzeganie ludzi. PWN, Warszawa 1981.