

Badanie psychologiczne w diagnozowaniu seksuologicznym

Psychological testing in sexological diagnosis

Maria Beisert¹, Alicja Kapała², Przemysław Marcinek³

¹Pracownia Seksuologii Społecznej i Klinicznej, Instytut Psychologii Uniwersytetu Adama Mickiewicza

²Dział Terapeutyczny Zakładu Karnego w Rawiczu

³Poradnia Psychologiczno-Seksuologiczna, Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus

Streszczenie

W artykule zaprezentowano specyfikę badania psychologicznego w obszarze diagnozowania seksuologicznego. Uwzględniono takie aspekty sytuacji badania, jak osoba diagnosty, podmiot lub przedmiot badania oraz jego rodzaj. Celem autorów jest przedstawienie procesu diagnozowania seksuologicznego jako zaplanowanego świadomego postępowania przy wykorzystaniu właściwych metod badawczych. Przedstawione w niniejszej pracy modele diagnoz winny stanowić punkt odniesienia w procesie diagnozowania w zakresie seksuologii. Autorzy kładą ponadto nacisk na zgodność wszelkich działań podejmowanych przez osoby zajmujące się diagnozą z proponowanymi standardami badania seksuologicznego, jak również etyką zawodową, w obszarze której dylematy moralne diagnosty nie należą do rzadkości.

Słowa kluczowe: seksuolog, diagnoza seksuologiczna, badanie psychologiczne

Seksuologia Polska 2013; 11 (2): 56–64

Abstract

This article presents the specificity of psychological testing in the sexological diagnosis. It includes such aspects of the research, as the person diagnosis, a subject of the examination and its type. Our goal is to present the sexological diagnosing as planned deliberate process using appropriate testing methods. Presented in this paper models of diagnoses should serve as a reference for the process of sexological diagnosing. The authors also emphasize the compatibility of any actions taken by those involved in the diagnosis study with proposed standards, as well as professional ethics, under which there rarely encounter dilemmas.

Key words: sexuologist, sexological diagnosis, psychological testing

Polish Sexology 2013; 11 (2): 56–64

Wstęp

Artykuł ten jest próbą rozwinięcia tematyki poruszonej przez autorów podczas Walnego Zgromadzenia członków Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego (które odbyło się w listopadzie 2012 r. w Warszawie) w referacie pod tym samym tytułem [1]. Skoncentrowano się na specyficznych aspektach pracy wykwalifikowanego psychologa seksuologa w obszarze diagnozowania seksuologicznego.

Specyfika sytuacji badania psychologicznego w seksuologii

Podejmując się opisu badania psychologicznego w seksuologii, uwzględnia się jego przynajmniej trzy charakterystyczne elementy: 1) osobę diagnosty, 2) podmiot/przedmiot badania, 3) rodzaj badania.

Osoba diagnosty

Seksuologia jest nauką interdyscyplinarną, a więc integruje różne dziedziny wiedzy zajmujące się ludzką seksualnością. Seksuolog to profesjonalista, dysponujący wiedzą i zawodowymi kompetencjami w dziedzinie seksuologii, w szczególności seksuologii społecznej, klinicznej i sądowej. Seksuolog klinicysta posiada ponadto kwalifikacje do samodzielnego diagnozowa-

Adres do korespondencji: prof. dr hab. Maria Beisert,
Instytut Psychologii UAM
e-mail: beisert@amu.edu.pl

Nadesłano: 15.08.2013

Przyjęto do druku: 20.10.2013

nia i leczenia zaburzeń seksualnych. Potwierdzeniem takich kwalifikacji w polskich warunkach jest: a) w przypadku lekarza medycyny uzyskanie (obok specjalizacji podstawowej, najczęściej z psychiatrii, ginekologii, neurologii) specjalizacji szczegółowej z seksuologii, b) w przypadku magistra psychologii uzyskanie (w wyniku postępowania certyfikacyjnego zakończonego pozytywnym wynikiem egzaminu złożonego przed komisją) certyfikatu seksuologa klinicznego w Polskim Towarzystwie Seksuologicznym [2–4].

Podmiot/przedmiot badania

Odpowiadając na pytanie „kto” jest badany lub „co” jest badane, można wyróżnić w seksuologii: a) badanie indywidualne, b) badanie diady (pary), c) badanie systemu (rodziny lub osób tworzących środowisko quasi-rodzinne), c) badanie dokumentów (np. diagnoza sądowa na podstawie akt sprawy), przedmiotów lub materiałów wizualnych (np. diagnoza na podstawie materiału filmowego, zdjęć).

Z sytuacją badania indywidualnego spotykamy się najczęściej, dotyczy to na przykład badania pacjenta zgłaszającego się po poradę lub na indywidualną terapię, opiniowania podejrzanego lub oskarżonego w postępowaniu karnym, diagnozy ucznia przejawiającego problemowe zachowanie seksualne na terenie szkoły itp. Badanie diady może być konieczne, kiedy po pomoc seksuologiczną zgłasza się, pozostający w związku, pacjent cierpiący na dysfunkcję seksualną. O badaniu systemu rodzinnego mówimy najczęściej w sprawach karnych i cywilnych (rozwodowych), w których podejrzewa się, że doszło do kazirodztwa lub wykorzystania seksualnego przez osoby pełniące funkcje rodzicielskie. Natomiast badanie dokumentów i materiałów polega na analizie dotychczas zgromadzonego przez innych specjalistów materiału diagnostycznego lub ma na celu seksuologiczną ocenę przedmiotów, zdjęć, nagrań itp.

Rodzaj badania

W seksuologii klinicznej najczęściej mówi się o trzech rodzajach badań: podstawowym, rozszerzonym i dodatkowych [2, 5–7]. Badanie podstawowe — to pogłębiony wywiad seksuologiczny (standaryzowana biografia psychoseksualna i/lub swobodna rozmowa kliniczna), skoncentrowany przynajmniej na takich obszarach tematycznych, jak: życie rodzinne i dzieciństwo; okres szkolny, dojrzewania i młodości; związki partnerskie; seksualność — rozwój, doświadczenia, urazy; ogólny stan zdrowia, choroby, nałogi, leki; przebieg zaburzeń i ich intensywność [6, 7]. Badanie rozszerzone jest natomiast zgodnie z podstawową specjalnością zawodową seksuologa: a) lekarskim ba-

daniem somatycznym/przedmiotowym (badanie ogólne, neurologiczne, andrologiczne, ginekologiczne), b) badaniem psychologicznym (badanie osobowości, funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego). Badania dodatkowe to z kolei wszelkiego rodzaju konsultacje (np. ortopedyczne, urologiczne, endokrynologiczne), badania pomocnicze (np. laboratoryjne, neuroobrazowe) i specjalistyczne z użyciem aparatury pomiarowej i narzędzi (np. fallopletyzmografia, fotopletyzmografia pochwowa).

Metody badawcze stosowane w badaniu psychologicznym

Stosowane w seksuologii metody badania psychologicznego można przyporządkować do dwóch szerokich kategorii: metod nieswoistych i metod swoistych dla psychologii [8]. Metody nieswoiste to znane również w medycynie, pedagogice i dyscyplinach pokrewnych: wywiad, rozmowa kliniczna oraz obserwacja. Stosowane przez psychologów seksuologów mogą mieć charakter swobodny lub ustrukturyzowany (czasem ściśle sformalizowany). Metody swoiste to: 1) metody eksperymentalne, 2) testowe metody badania intelektu, osobowości i wybranych funkcji poznawczych, 3) metody projekcyjne.

Metody eksperymentalne

Eksperyment patopsychologiczny ma w psychologii długą tradycję. Próby lub eksperymenty kliniczne nie wymagają standaryzacji i można je zastosować do każdego badanego indywidualnie. Badanie polega na odpowiednim operowaniu materiałem bodźcowym lub zaprogramowanym manipulowaniu materiałem testowym, w celu pozyskania nowych danych oraz uzupełnienia wyników przeprowadzonych badań testowych [9]. Metody eksperymentalne nigdy nie są jedyną i wyłączną podstawą formułowania diagnozy psychologicznej, często pełnią w badaniu rolę uzupełniającą lub służą budowaniu hipotez diagnostycznych.

Testowe metody badania intelektu, osobowości i wybranych funkcji poznawczych

Psychometrycznie opracowane testy psychologiczne uwzględniają następujące kryteria doboru testów: obiektywność, standaryzację, trafność, rzetelność, normalizację i właściwą adaptację. Oznacza to, że testowe (w ścisłym tego słowa znaczeniu) metody stosowane do pomiaru cech osobowości (inwentarze/kwestionariusze osobowości), funkcjonowania intelektualnego (skale/testy inteligencji) lub wybranych funkcji poznawczych (tzw. „testy psychoorganiczne”) są zaawansowanymi

metodologicznie narzędziami, wymagającymi od użytkownika odpowiednich kwalifikacji oraz przestrzegania ściśle określonych zasad postępowania [8, 9].

Metody projekcyjne

Metody projekcyjne są w psychologii stosowane dwojako: jak próby kliniczne (mają wtedy charakter niestandardowy, opracowane i interpretowane są w sposób swobodny, nieustrukturyzowany, w kontekście określonej teorii psychologicznej) lub metody testowe (procedura badawcza jest standaryzowana, a opracowanie wyników i ich interpretacja odbywa się na podstawie zweryfikowanych i uznanych systemów oceny). W razie posługiwania się TZN (test zdań niedokończonych) — do interpretacji przydatny jest system Rottera [10], w przypadku TAT (test apercepcji tematycznej) — systemy opisane przez Suchańską, na przykład Bellaka [11], a w przypadku testu Rorschacha — na przykład system Exnera [12]. Zastosowanie metod projekcyjnych wymaga od psychologa tak zwanej indywidualnej walidacji [9], czyli konfrontacji ich wyników z całokształtem obrazu klinicznego osoby badanej.

Uzyskane w efekcie zastosowania swoistych i nieswoistych metod badawczych wyniki wymagają zintegrowania w celu sformułowania diagnozy (rozumianej jako wynik badania zakomunikowany badanemu). Psycholog syntetyzuje wyniki badania, używając schematu empirycznego (ateoretycznego) lub w ramach określonej teorii psychologicznej. Zarówno samo badanie, jak i opracowanie jego wyniku ma charakter procesualny, określa się je jako proces diagnostyczny.

Modele diagnoz

Wyróżnione w psychologii klinicznej trzy modele diagnozy klinicznej [13] mogą stanowić dla psychologa seksuologa i dla lekarza seksuologa pewny punkt odniesienia w procesie diagnozowania seksuologicznego. Do tych podstawowych modeli zalicza się:

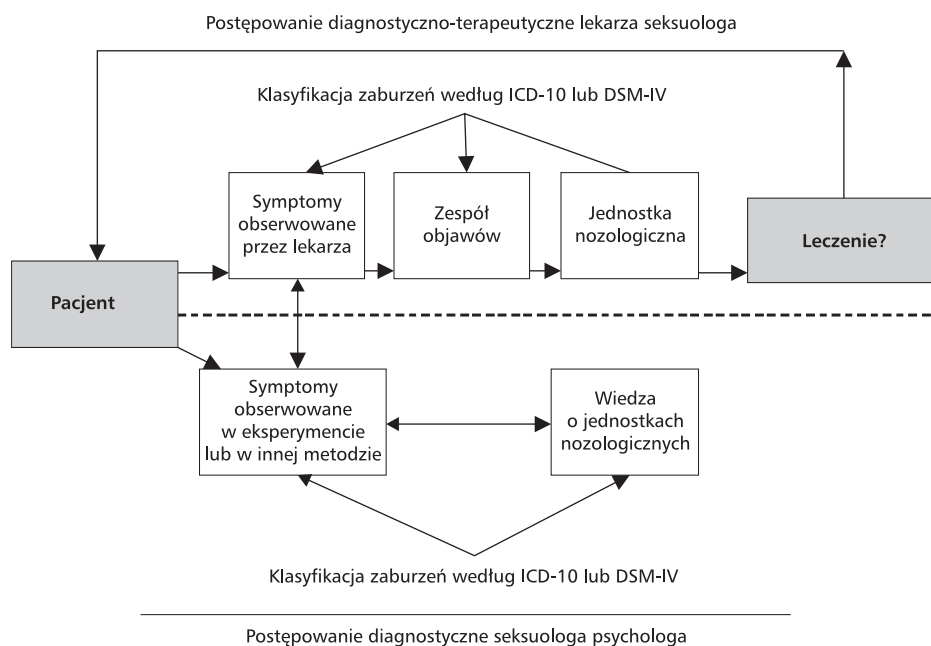
1. Model nozologiczny (różnicowy) diagnozy klinicznej.
2. Model funkcjonalny diagnozy klinicznej.
3. Model psychospołeczny diagnozy klinicznej i pojęcie protodiagnozy.

Model nozologiczny

Model nozologiczny, zwany też modelem różnicowym jest często stosowany w praktyce lekarskiej, gdy diagnozę stawia lekarz seksuolog. Istotą tego modelu jest zebranie takich informacji (objawów, symptomów) od pacjenta, by móc je, z wykorzystaniem całokształtu wiedzy specjalistycznej, opisać jako jednostkę chorobową, która następnie zostanie nazwana i przyporządkowana w języku dostępnej badającemu klasyfikacji. Model ten przedstawiony został na rycinie 1.

Psycholog seksuolog posługuje się tym modelem rzadko, niemniej, bywa on przydatny wtedy, gdy trzeba opisać zaburzenie pacjenta tak, by diagnoza mogła być porównana z diagnozami innych specjalistów, a pytanie, na które diagnosta ma odpowiedzieć, uzasadnia stosowanie tego modelu. Oto przykłady takich pytań:

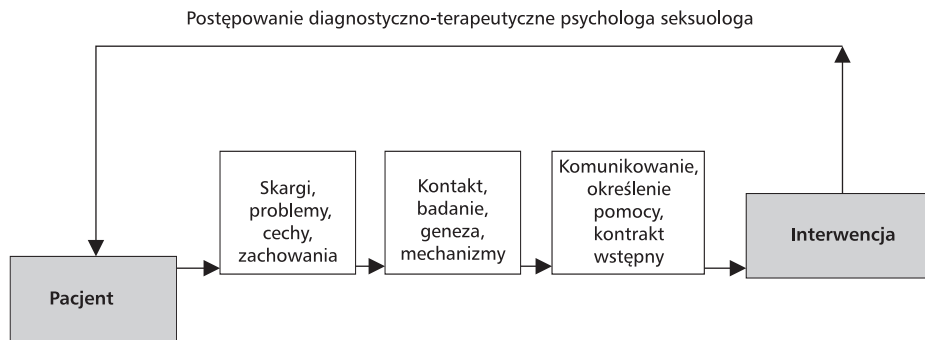
- czy badany przejawia zaburzenia preferencji seksualnej pod postacią pedofilii?
- czy i jakie zaburzenia seksualne przejawia badany?
- czy u badanego występuje niedojrzałość seksualna?



Rycina 1. Model nozologiczny (różnicowy) diagnozy klinicznej [13]

Tabela 1. Skutki diagnozy nozologicznej

Zalety diagnozy nozologicznej	Wady diagnozy nozologicznej
1. Możliwość obiektywnego ustalenia patologii i jej nasilenia	1. Ryzyko stygmatyzacji i uprzedmiotowienia (o pacjencie)
2. Zmniejszone ryzyko artefaktów i błędów pomiaru	2. Brak pomocnej interwencji
3. Szybkość diagnozy	3. Ograniczona perspektywa rozwoju zawodowego psychologa seksuologa



Rycina 2. Model funkcjonalny diagnozy klinicznej [13]

- czy u badanego występują zaburzenia osobowości i o jakim charakterze?
- czy badany cierpi na dysfunkcję seksualną? W jakiej postaci?
- czy badany cierpi na zaburzenie tożsamości płciowej i jakiego typu?

Zestawienie wad i zalet tego modelu zawiera tabela 1, z której wynika, że, szybkość, łatwość i prostota tej diagnozy, a więc argumenty praktyczne, przemawiają za jej stosowaniem w sytuacjach, gdy ważny jest opis stanu pacjenta, a nie znajomość etiopatogenezy. Także wtedy, gdy diagnoza stanowi podstawę decyzji podjętych przez różnych specjalistów, którym potrzebny jest jednolity sposób opisu stanu pacjenta, gdy diagnoza ma charakter wstępny. Jak wynika z zestawu przytoczonych przykładowych pytań kierowanych do diagnosty, często rozpoznanie różnicowe jest częścią odpowiedzi na pytania organów ochrony prawnej (sądy, prokuratury), częścią wspólnej diagnozy psychologicznej i lekarskiej, a czasami — jak na przykład w czasie kompletowania grupy terapeutycznej — służy jako element selekcji. Ograniczenie się wyłącznie do diagnoz nozologicznych oznacza dla psychologa seksuologa poważne ryzyko strat ponoszonych przez pacjenta i przez diagnostę.

Model funkcjonalny

Model funkcjonalny stanowi często wykorzystywany przez psychologa seksuologa sposób opisu stanu i sytuacji pacjenta. Jego celem jest interwencja, czyli pomoc udzielona osobie, która zgłasza swój problem.

Czasami problem zgłaszają inni, bliscy pacjenta (rodzice) lub osoby zainteresowane jego losem (organy procesowe). Cel wyznacza sposób postępowania diagnosty. Powinien on nie tylko opisać problem pacjenta, ale także wyjaśnić jego genezę i mechanizm oraz wskazać na możliwości rozwiązania problemu, projektując działania oparte na zasobach pacjenta i ograniczone przez jego deficyty. Model funkcjonalny scala dane analizowane na podstawie trzech perspektyw czasowych. Informacje z przeszłości pozwalają na ustalenie pochodzenia problemu i na ustalenie wpływu zdarzeń minionych na stan obecny. Opis problemu dokonywany jest w czasie teraźniejszym z uwzględnieniem kontekstu sytuacyjnego, który aktualnie wyznacza stan pacjenta. Prognoza opiera się na planowaniu przyszłości i przewidywaniu przyszłych rezultatów przeszłych stanów i obecnych działań. Ostatnim elementem tego modelu (ryc. 2) jest komunikowanie diagnozy pacjentowi, łącznie z ewentualnym wstępnym kontraktem, który byłby podstawą terapii.

Model funkcjonalny jest często stosowany przez psychologów seksuologów, bo większość osób zgłaszających się po diagnozę oczekuje, że specjalista oprócz umiejętności rozpoznania problemu i nazwania go w języku specjalistycznym potrafi zaprojektować sposób jego rozwiązania, dostosowany do indywidualnych możliwości pacjenta. Często zastosowania tego modelu wymagają różnorodne instytucje, które kierując pod adresem diagnosty pytania o stan osoby i sposób postępowania wobec niej. Poniższy zestaw zawiera przykłady pytań, które stanowią punkt wyjścia dla procesu diagnostycznego:

- czy u oskarżonego występują zaburzenia w sferze seksualnej, jeśli tak, to jakiego są one rodzaju, czy mają wpływ na zachowanie oskarżonego, w jaki sposób można je leczyć?
- czy całkowity brak zainteresowania seksualnością, jaki u siebie obserwuję, jest chorobą i czy trzeba ją leczyć?
- proszę o ustalenie charakteru zaburzeń oskarżonego i ich pochodzenia, rodzaju terapii, jaką by należało wobec oskarżonego w przyszłości zastosować, o określenie prawdopodobieństwa ewentualnego nasilenia zaburzeń w wypadku nieleczenia i o ustalenie ewentualnej oceny zagrożenia ze strony oskarżonego;
- czy zachowania seksualne oskarżonej są prawidłowe, czy występują u niej dewiacje seksualne, a jeśli tak, to czym są spowodowane oraz czy w chwili podniecenia seksualnego jest w stanie pokierować swoim postępowaniem?
- spowodowałem wypadek po pijanemu w przebraniu kobiety. Co mi właściwie jest i dlaczego taki jestem?
- boję się, że stracę wzwód w trakcie kontaktu seksualnego. Proszę o diagnozę i terapię.

Diagnoza stworzona na podstawie tego modelu, zdawałoby się uniwersalna w swoim zastosowaniu (opis przyczyn, skutków i terapii zaburzenia występującego u pacjenta) i procedurze (głęboka, szeroka, wszechstronna), ma jednak wyraźne ograniczenia (tab. 2).

Diagnoza jest trudna, czasochłonna i kosztowna. Wymaga dobrych kwalifikacji, które właściwie można sprowadzić do czterech podstawowych kompetencji: 1) ugruntowanej wiedzy teoretycznej, 2) sprawnego posługiwania się różnymi narzędziami badawczymi, 3) umiejętności scalania wniosków pochodzących z wyników surowych z materiałem klinicznym, interpretowanym na gruncie wybranego paradygmatu i pochodzących czasami od różnych specjalistów, 4) umiejętności przedstawienia osiągniętego rezultatu jako zwartego całościowego opisu, z zastosowaniem reguł logicznego rozumowania i w języku wynikłym z zastosowanych teorii, który w warstwie ostatecznej narracji jest zrozumiały dla osób zamawiających diagnozę.

Wysoki poziom przedstawionych tu wymagań stawia pod znakiem zapytania możliwość jednoosobowego diagnozowania w ramach tego modelu. Diagnozy jednoosobowe, najczęściej dokonywane przez seksuologów w codziennej praktyce klinicznej, są zgodne ze standardami zawodowymi, co nie znaczy, że nie mogą być zagrożone podstawową wadą, czyli subiektywizmem. Stąd regułą dobrej praktyki jest zespołowe stawianie diagnozy funkcjonalnej, znajdujące odzwierciedlenie w opiniowaniu sądowym, odszkodowawczym, ubezpieczeniowym.

Model psychospołeczny

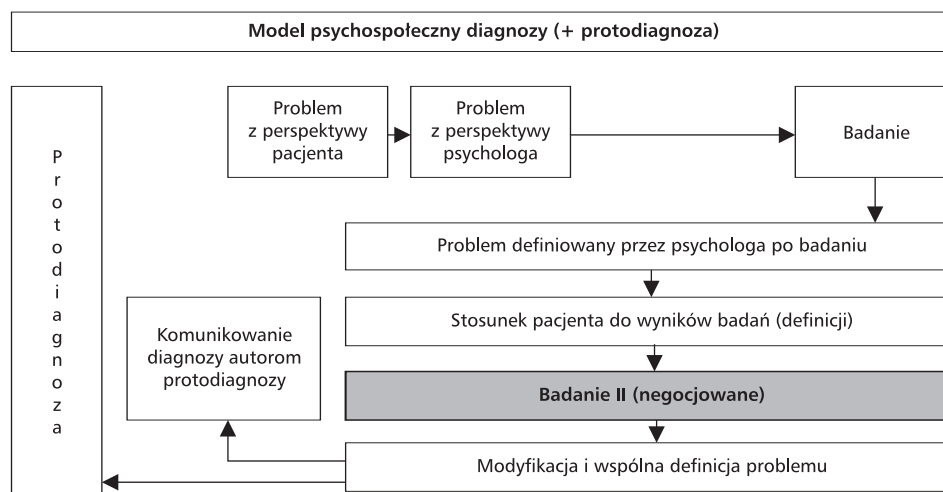
Model psychospołeczny diagnozy klinicznej wynika z faktu, że kontekst społeczny wpływa na zachowania człowieka, warunkując je, modelując i ostatecznie decydując o ich ocenie i kwalifikacji. Ponieważ człowiek nie żyje w próżni, ale w grupie społecznej, która za pomocą norm i wartości tworzy kontekst jego działania, model ten zakłada, że społeczeństwo również uczestniczy w tworzeniu diagnozy. Oznacza to, że członek określonej społeczności dokonuje oceny swojego działania, korzystając ze standardów grupy odniesienia, a konkretnie odwołując się do swoich wyobrażeń na temat tych standardów. Z drugiej strony grupa społeczna, odnosząc się do tych samych standardów, ocenia, że czyjeś zachowanie od nich odbiega. W ten sposób powstaje protodiagnoza. Jest to „proces poznawczy zachodzący w społeczeństwie, który ma na celu wyodrębnienie wśród jego członków tych, którzy nie są w stanie poprawnie regulować swoich stosunków z otoczeniem i którzy w wyniku tego wstępnego rozpoznania trafiają do odpowiednich specjalistów [...] aby podjęto z nimi specjalne postępowanie [13]. Stąd konieczność udzielania odpowiedzi w postaci diagnozy na pytania sformułowane przez autorów protodiagnoz — ich przykłady:

1. Mój mąż jest zboczeńcem.
2. Żona uważa mnie za oziębłego mężczyznę.
3. Trwa nagonka na pedofilów i ja padłem jej ofiarą.
4. Tacy jak ja określani są seksoholicami.
5. Jestem uznana za osobę pozbawioną potrzeb seksualnych.
6. Syn jest agresywny i zaburzony, głównie w szkole.

Jak wynika z tej listy, część osób, którym postawiono protodiagnozę, nie akceptuje jej lub wręcz z nią się

Tabela 2. Skutki diagnozy funkcjonalnej

Zalety diagnozy funkcjonalnej	Wady diagnozy funkcjonalnej
1. Podmiotowe podejście do pacjenta (dla pacjenta)	1. Ryzyko obciążenia diagnozy subiektywizmem diagnosty
2. Szerokość, głębokość i wszechstronność diagnozy	2. Nadmierna koncentracja na pacjencie z zaniedbaniem kontekstu
3. Możliwość opracowania interwencji	3. Czasochłonność



Rycina 3. Model psychospołeczny diagnozy klinicznej [13]

Tabela 3. Skutki diagnozy psychospołecznej i protodiagnozy

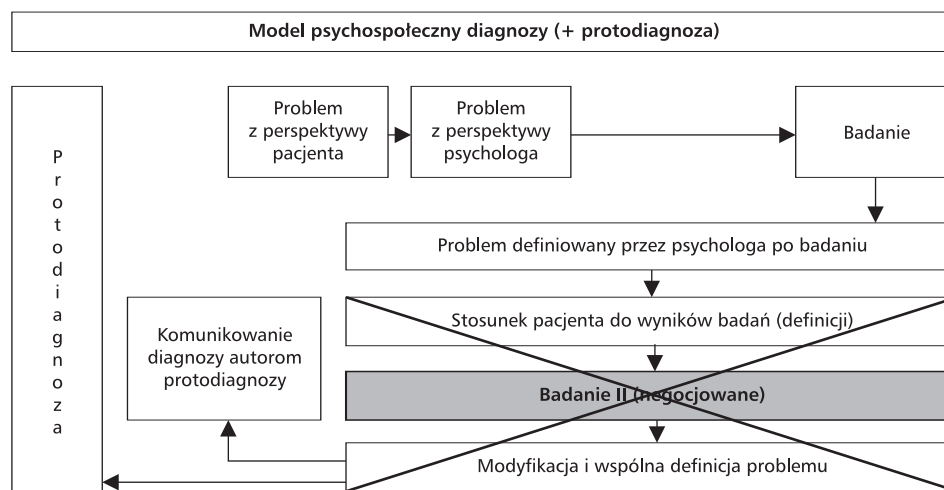
Zalety diagnozy psychospołecznej	Wady diagnozy psychospołecznej
1. Podmiotowe podejście do pacjenta (diagnoza z pacjentem)	1. Osłabienie charakteru podmiotowego diagnozy
2. Diagnoza uwzględnia interes pacjenta i innych (rodziny, instytucji)	2. Czasochłonność
3. Szerokość, głębokość i wszechstronność diagnozy	3. Trudności praktyczne realizacji
4. Zmniejszenie barier informacyjnych między psychologiem a pacjentem	4. Odrzucenie diagnozy i diagnosty przez pacjenta lub przez zamawiającego

nie zgadza (pozycja 1 i 3), a część ją być może w różnym stopniu aprobuje (pozycja 2 i 4). Stąd na samym początku diagnozowania dokonywanego w modelu psychospołecznym diagnosta może mieć do czynienia z dwoma sposobami ujmowania problemu pacjenta: z protodiagnozą i z autodiagnozą, pozostającymi ze sobą w zgodzie lub, co częstsze, w sprzeczności (ryc. 3).

Sposób postępowania psychologa seksuologa za punkt wyjścia przyjmuje protodiagnozę oraz definicję pacjenta, przeformułowane w trakcie postępowania na język badającego. Część typowa dla opisywanego modelu ma miejsce po badaniu. Diagnosta opisuje osiągnięte wyniki pacjentowi, komunikując mu w ten sposób swój sposób ujmowania problemu w momencie, gdy zdobył na ten temat nową wiedzę. Jest jednocześnie gotowy na konfrontowanie swej wiedzy z wiedzą pacjenta i z jego stosunkiem do wyników. W klasycznym ujęciu modelu w tym momencie, w razie niezgodności stanowisk, diagnosta przystępuje do kolejnego badania określonego jako badanie negocjowane. Ma ono na celu dodanie nowych informacji do późniejszej diagnozy, informacji, których wymaga pacjent lub które wynikają z jego specyficznego widzenia problemu. W efekcie powstałej modyfikacji oboje — diagnosta i pacjent dochodzą do wspólnej definicji problemu, razem decydując, jakie elementy diagnozy i w jaki

sposób zostaną przedstawione autorom protodiagnozy (partnerce, rodzicom, władzom szkolnym itp.). Lista wad i zalet tego modelu znajduje się w tabeli 3.

Należy jednak, wymieniając ograniczenia modelu psychospołecznego, uwzględnić fakt, że nie można go stosować wszędzie tam, gdzie konsensus co do sposobu nazwania i opisu problemu pacjenta nie jest podstawowym elementem diagnozy. Model psychospołeczny jest wartościową alternatywą procesu diagnozowania w sytuacjach, w których wspólna definicja problemu pacjenta jest warunkiem koniecznym albo ułatwiającym jego rozwiązanie. W sytuacjach, gdy najistotniejszą cechą diagnozy jest profesjonalny opis stanu i cech funkcjonowania pacjenta, punkt widzenia pacjenta może być diametralnie różny od punktu widzenia diagnosty. Sytuacja ta występuje wszędzie tam, gdzie konfrontacja i różnica postaw diagnosty i badanego nie może zakończyć się wypracowaniem wspólnego obrazu, ale powinna zakończyć się jedynie przedstawieniem stanowiska diagnosty. Chodzi tu o wszelkie diagnozy zlecone przez organy ścigania wobec osób oskarżonych (czy podejrzanych) o popełnienie przestępstw seksualnych, diagnozy zlecone w postępowaniu odszkodowawczym czy wreszcie o diagnozy zlecone przez osoby prywatne na ich własny użytek. Istotą tych diagnoz nie jest koniecznie



Rycina 4. Model psychospołeczny diagnozy klinicznej [13]

jednostronność przedstawiania sytuacji badanego, ale ich istotą jest profesjonalny opis, ujmowany często przez badanego jako nieprawdziwy, gdy pogarsza jego sytuację (np. procesową). Stąd, w momencie odpowiadania na pytania, które ewidentnie stanowią przykład protodiagnozy (pozycja 1 i 3 na liście pytań), a które kończą się różnicą stanowisk na poziomie komunikowania obrazu problemu przez psychologa pacjentowi po badaniu, procedura zgodna z modelem ulega zahamowaniu lub poważnej modyfikacji (ryc. 4).

Przedstawione modele diagnozy klinicznej wyraźnie wskazują, jakie szerokie możliwości rzetelnego i trafnego diagnozowania otwierają się przed specjalistami, którzy zanim przystąpią do diagnozy, podejmą najpierw decyzję o tym, w jakim modelu działać z uwagi na obrany cel swojego postępowania.

Standardy badania seksuologicznego

Badanie seksuologiczne, z racji swojej specyfiki, powinno spełniać odpowiednie standardy, a wykonujący je specjaliści powinni kierować się określonymi dla swojego zawodu zasadami postępowania. W pierwszej kolejności znajduje to odzwierciedlenie w posługiwaniu się przez psychologów seksuologów aktualnymi normami medycznymi lub psychologicznymi. Działalność diagnostyczna nie może również pozostawać w oderwaniu od norm prawnych, których wyrazem są w odniesieniu do osoby badającej — szczegółowe przepisy regulujące wykonywanie zawodu (w przypadku psychologa seksuologa — Ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym), a w odniesieniu do osób badanych na przykład w opiniowaniu sędowo-seksuologicznym kodeksy: karny, wykroczeń oraz postępowania karnego. Wyniki badania seksuologicznego powinny również odnosić się do uznanych i obowiązujących

systemów klasyfikacyjnych zaburzeń (w Polsce klinicyści posługują się Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [14]). Osoba przeprowadzająca badanie powinna również opierać się w swojej pracy na mających międzynarodowe uznanie dokumentach i konsensusach ekspertów takich, jak na przykład Deklaracja Praw Seksualnych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) czy definicja zdrowia seksualnego Organizacji Narodów Zjednoczonych [15]. W nawiązaniu do jednego z praw zawartych w deklaracji WHO — „prawa do informacji seksualnej opartej na badaniach naukowych” — osoba badająca powinna posiadać wiedzę na temat aktualnych wyników badań naukowych (tzn. znać publikacje branżowych towarzystw naukowych, np. Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Seksualnej, najnowsze podręczniki seksuologii, zapoznawać się z aktualnymi doniesieniami na konferencjach naukowych i kursach doskonalących). Oczywiście, w badaniu seksuologicznym należy również (albo przede wszystkim) przestrzegać zasad etycznych — psycholog seksuolog znajduje oparcie w kodeksie etycznym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego [16] oraz zasadach Światowego Towarzystwa Zdrowia Seksualnego (WASH, *World Association for Sexual Health*) [17, 18].

Etyka zawodowa i dylematy etyczne

Światowe Towarzystwo Zdrowia Seksualnego w 2005 roku przyjęło do zastosowania listę zaleceń etycznych (*Guiding Ethical Principles*), które mają stanowić wyznacznik pracy seksuologa w każdym obszarze jego zawodowej działalności (terapii, edukacji i badaniach naukowych). Uzasadnieniem dla stworzenia wspomnianego kodeksu są słowa Brenota

[za 17]: „utworzenie kodeksu deontologicznego jest jedną z faz [...] zawodu podkreślającą zgodność dyscypliny z jej zawodową praktyką”. W zamierzeniu twórców Kodeks Etyczny WASH ma więc stanowić podstawę oceny etycznej profesjonalnego postępowania seksuologicznego. Kilka jego zasad jest szczególnie istotnych z punktu widzenia przeprowadzania seksuologicznych badań diagnostycznych. Naczelną zasadą zdefiniowaną przez WASH pozostaje nieszkodzenie, pojmowane jako zobowiązanie, by nie czynić szkody. Podejmując się przeprowadzenia badania seksuologicznego, należy działać wyłącznie w obszarze swej wiedzy i kompetencji (zasada 2), tam, gdzie to możliwe, podejmować działania mające naukowe oparcie (zasada 5), specjalista powinien dbać o profesjonalny charakter relacji z osobą badaną (zasada 8) oraz szanować autonomię i godność osób korzystających z jej usług zawodowych (zasada 9). Seksuolog zobowiązany jest również do zachowania tajemnicy zawodowej (zasada 10): „jest moralnie zobligowany do podjęcia przemyślanej decyzji dotyczącej ujawnienia. Decyzje takie powinny być uzależnione między innymi od sytuacji prawnej oraz od tego, co jest uważane za większe dobro” [18]. W przypadku badania seksuologicznego należy zadbać o uzyskanie świadomej zgody osoby badanej (zasada 11). Kodeks porusza również kwestię przechowywania przez seksuologa stosownych danych na temat pacjenta, co ma także zastosowanie w odniesieniu do materiałów uzyskanych podczas badania (zasada 12). Zakaz stosunków seksualnych z klientami/pacjentami stanowi jeden z najważniejszych obowiązków seksuologa. W sytuacji badania, ani w żadnej innej, seksuolog nie może uczestniczyć w zmysłowych i/lub seksualnych doświadczeniach osoby badanej [17]. Pozostałe kodeksy, wyznaczające standardy etyczne w zawodach polegających na udzielaniu pomocy w zakresie zdrowia psychicznego, również regulują tę kwestię [19], między innymi: *Code of Ethics (ACA)*, *Ethics Principles (APA)*; *Principles of Medical Ethics (APA)*.

Przeprowadzanie badania seksuologicznego w duchu etyki zawodowej jest kwestią bezdyskusyjną. Trudne do jednoznacznego określenia mogą być natomiast obszary zastosowania niektórych z zaleceń etycznych czy też granice ich stosowania. W obszarze dylematów etycznych można wskazać, między innymi, na kwestię kontaktu dotykowego. Problem fizycznego kontaktu między specjalistą a pacjentem budzi kontrowersje, nawet jeśli ten kontakt nie ma charakteru erotycznego [19]. Nieerotyczny dotyk najczęściej obejmuje: podanie ręki, dotknięcie dłoni, ramienia, krótkie przytulenie. Wśród diagnostów dominuje przekonanie o niewłaściwości kontaktu dotykowego w sytuacji badania sek-

suologicznego (poza elementami badania przedmiotowego, które jest składową diagnostyki medycznej), istnieją jednak okoliczności, w których zastosowanie nakazu o unikaniu dotyku podczas badania, staje się niejednoznaczne, jak w przypadku badania dziecka czy osoby z niepełnosprawnością. Biorąc pod uwagę zasoby i deficyty zarówno dziecka, jak i osoby niepełnosprawnej, należy stwierdzić, że standardy etyczne formułowane z myślą głównie o dorosłych sprawnych klientach nie są tu w pełni możliwe do zastosowania. W celu uniknięcia jakichkolwiek nadużyć powinny zostać wyodrębnione precyzyjne kryteria nieerotycznego kontaktu. Przede wszystkim motywacja, jaka towarzyszy specjalście, który dotyka osoby badanej, nie powinna budzić zastrzeżeń etycznych. Dyskusyjna jest również diagnoza tworzona na podstawie tak zwanej obserwacji uczestniczącej (taki sposób diagnozowania można spotkać w środowiskowej opiece zdrowotnej, gdzie specjaliści tworzący zespoły wyjazdowe, działając między innymi w naturalnym środowisku osoby badanej). Nasuwa się pytanie, czy jawność działań i zgoda osób „obserwowanych”, czyli poddawanych badaniu poprzez obserwację uczestniczącą, są warunkami wystarczająco chroniącymi przed ewentualnymi nadużyciami.

Podsumowanie

W artykule przedstawiono miejsce badania psychologicznego i jego znaczenie w procesie diagnozowania w obszarze seksuologii. Autorzy starali się ukazać specyfikę takiego badania, zwracając uwagę na osobę diagnosty, podmiot i przedmiot badania, różnorodne metody badawcze. Szczególne miejsce poświęcono ujęciu diagnozy psychologicznej jako procesu badawczego. Starano się położyć nacisk na konieczność świadomego planowania badania w zależności od tego, na jakie pytanie diagnosta chce uzyskać odpowiedź. W tym celu autorzy zaprezentowali trzy modele diagnozy klinicznej, które otwierają przed specjalistami szerokie możliwości rzetelnego i trafnego diagnozowania. Na zakończenie omówiono standardy badania seksuologicznego oraz zasady etyczne, które ukierunkowują sposób postępowania diagnosty.

Piśmiennictwo

1. Beisert M., Kapała A., Marcinek P. Badanie psychologiczne w diagnozowaniu seksuologicznym. Referat na Walnym Zgromadzeniu członków Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, Warszawa 2012.
2. Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne w praktyce ogólnolekarskiej. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2004.
3. Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne. W: Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 401–413.

4. Lew-Starowicz Z. Psychoterapia osób z zaburzeniami seksualnymi. W: Grzesiuk L., Suszek H. (red.). Psychoterapia. Problemy pacjentów. Podręcznik akademicki. ENETEIA, 2011: 233–248.
5. Robacha A. Metody badań seksuologicznych. W: Lew-Starowicz Z., Skrzypulec V. (red.). Podstawy seksuologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 355–370.
6. Lew-Starowicz Z. Psychologiczne aspekty zaburzeń seksualnych. W: Strelau (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki (t. 3). GWP, Gdańsk 2000: 729–750.
7. Lew-Starowicz Z. Seksuologia sądowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
8. Kądziaława D. Wybrane metody psychologicznych badań diagnostycznych. W: Bilikiewicz (red.). Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 141–149.
9. Lewicki A. Podstawy diagnostyki psychologicznej. W: Lewicki A. (red.). Psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 1974: 81–118.
10. Jaworowska A., Matczak A. RISB. Test Niedokończonych Zdań Rottera. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1998.
11. Suchańska A. Test Apercepcji Tematycznej. Przez analizę treści do analizy procesu. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1994.
12. Stasiakiewicz M. Test Rorschacha. Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2004.
13. Sęk H. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2001: 146.
14. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. IPIŃ, Kraków-Warszawa 1998.
15. Lew-Starowicz Z., Długołęcka A. Edukacja seksualna. Świat Książki, Warszawa 2006.
16. Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Kodeks etyczno-zawodowy psychologa. W: Strelau J. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. t. 3, GWP, Gdańsk 2000: 837–844.
17. Przyłuska-Fiszler A. Kodeks etyczny Światowego Stowarzyszenia Seksuologicznego. Przegląd Seksuologiczny 2007; 11 (3): 26.
18. Światowe Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego. Wiodące zasady etyczne. Przegląd Seksuologiczny 2009; 20 (4): 37.
19. Lew-Starowicz, Z., Szymańska, M., Stusiński, J. Kontakty seksualne z klientami, studentami i superwizowanymi — Nadużycia władzy i zaufania. Przegląd Seksuologiczny 2010; 23 (3): 24–33.