

PYTANIA I INNE INSTRUMENTY KONWERSACYJNE. ZASTOSOWANIA PRAKTYCZNE PODCZAS WYWIADU DIAGNOSTYCZNEGO.

1. Wprowadzenie

W rozdziale zostaną przedstawione i omówione różne rodzaje interwencji, z których może korzystać psycholog podczas wywiadu diagnostycznego – opisane zostaną ich zalety i ograniczenia oraz zasady formułowania. Poznanie „technik” jest jednak jedynie częścią sztuki prowadzenia rozmowy psychologicznej. Rozmowa jest bowiem ciągłą interakcją werbalnego i niewerbalnego zachowania osób biorących w niej udział. Nie można mówić o „dobrej” lub „złej” interwencji diagnosty nie znając całego kontekstu jej wypowiedzenia, tak samo jak nie można analizować wypowiedzi osoby badanej/klienta w oderwaniu od wypowiedzi psychologa, która ją wywołała. Zdarza się tak, że teoretycznie poprawnie sformułowana interwencja zostaje wypowiedziana w nieodpowiednim momencie (np. bez odpowiedniej głębokości kontaktu) powodując zaburzenie przebiegu rozmowy. Bywa też tak, że spontaniczna, „nieporadna” wypowiedź diagnosty posunie rozmowę do przodu. Każda reakcja werbalna psychologa, nawet „niepoprawna” wywołuje jakąś reakcję u osoby badanej, a każda reakcja pacjenta/klienta jest okazją do poznania rozmówcy, co oznacza, że ma wartość diagnostyczną (choć nie zawsze taką, jakiej by psycholog oczekiwał).

Podobnie jak w rozdziale ... wypowiedzi psychologa nazywane będą „interwencjami” dla podkreślenia, że zawsze wywierają one wpływ na kierunek myślenia osoby badanej i zakres wypowiadanych przez nią treści. Stosowane też będą określenia „sposoby reagowania werbalnego” oraz „instrumenty konwersacyjne”.

2. Pytania

Głównym celem wywiadu diagnostycznego jest zebranie od osoby badanej informacji, które pozwolą na ustalenie odpowiedzi na postawione pytanie diagnostyczne, a podstawowym sposobem ich uzyskania jest właśnie zadawanie pytań (Grzełowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987). Skoro pytania stanowią podstawowe narzędzie prowadzenia wywiadu, diagnosta powinien nie tylko biegle je formułować, ale również pamiętać, że istnieje wiele

rodzajów pytań, a każdy z nich posiada zarówno zalety, jak i ograniczenia. Jak twierdzi Gerstmann (1972, s. 111) „od doboru pytań i ich postaci zależy istotnie charakter danych uzyskiwanych od rozmówcy”. Rodzaj i sposób sformułowania pytań wpływa bowiem nie tylko na jakość odpowiedzi badanego, ale również na efekt całego procesu diagnostycznego.

2.1. Rodzaje pytań

Pytania są bardzo różnorodną grupą sposobów reagowania werbalnego i w zależności od przyjętego kryterium podziału można dokonać ich różnorodnej klasyfikacji. Jeśli podział pytań dokonywany jest ze względu na sposób (formę) ich skonstruowania, możliwe jest wyróżnienie pytań: otwartych i zamkniętych, zadawanych wprost i projekcyjnych oraz neutralnych i tendencyjnych.

2.1.1. Pytania otwarte

Są to pytania, które nie ograniczają zakresu treści odpowiedzi osoby badanej i które pozostawiają swobodę w jej konstruowaniu (Głodowski, 1999; Grzegółowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987; Pawłowski, 1969). Nie tylko nie wyznaczają one badanemu ram dotyczących treści odpowiedzi, ale również nie określają czasu i formy (struktury) jego wypowiedzi. Często w swojej konstrukcji zawierają zwrot „jak” lub „co”:

Co przychodzi pani na myśl gdy wspomina pani swoje dzieciństwo?

Jak wspomina pani swoje dzieciństwo?

Jak się pan czuł w tej sytuacji?

Co pan sądzi na temat sportów ekstremalnych?

Jak ani się zachowała?

Co pani zrobiła w tej sytuacji?

Jakie myśli towarzyszyły temu zdarzeniu?

Jaką osobą, według pani, jest pani mama?

Jak dotychczas układało się panu z żoną?

Jak wyglądał przebieg pani kariery zawodowej?

Na tak sformułowane pytania istnieje w zasadzie nieskończona liczba możliwych odpowiedzi. Nie ma oczywiście gwarancji, że po zadaniu pytania otwartego diagnosta uzyska pełną, swobodną wypowiedź badanego. Zdarzają się czasami sytuacje, kiedy osoba badana na pytanie otwarte zareaguje krótką, lakoniczną odpowiedzią, tak jak w poniższym przykładzie.

Diagnosta: Jakie ma pani wspomnienia związane ze swoją babcią?

Osoba badana: Dobrze.

Diagnosta: Co przychodzi pani na myśl, kiedy wspomina pani dzieciństwo?

Osoba badana: Nic.

Sposób odpowiedzi na pytanie otwarte zależy od wielu czynników działających zarówno w danym momencie rozmowy (np. aktualny poziom lęku osoby badanej), jak również takich, które stanowią bardziej trwałą dyspozycję funkcjonowania osoby badanej (np. kompetencje komunikacyjne). Fakt, że osoba badana na pytania otwarte reaguje lakonicznymi, zdawkowymi odpowiedziami może być również traktowany jako przesłanka diagnostyczna. W przypadku, gdy następuje widoczna zmiana sposobu odpowiadania na pytania otwarte w zależności od poruszanego tematu (np. na pytania o mamę osoba badana wypowiada się spontanicznie i wyczerpująco, a na pytania o tatę udziela odpowiedzi krótkich i zdawkowych) diagnosta może to interpretować jako przejaw oporu związanego z konkretną problematyką. Natomiast w sytuacji, gdy na większość pytań otwartych, niezależnie od tematyki, badany udziela skąpych odpowiedzi, nie można wykluczyć negatywnego nastawienia do całego badania.

Pytania otwarte stanowią dla osoby badanej zachętę do rozmowy i do odkrywania przed rozmówcą (diagnostą) swojego subiektywnego sposobu postrzegania, przeżywania i doświadczania (Głodowski, 1999; King, 2003), i z tego właśnie powodu są tak cenne podczas przeprowadzania rozmowy diagnostycznej. Analiza wywiadów z dziećmi, w stosunku do których istnieje podejrzenie wykorzystywania seksualnego, potwierdza wysoką skuteczność pytań otwartych w uzyskiwaniu od dzieci swobodnych wypowiedzi na temat ich doświadczeń, w przeciwieństwie do pytań zamkniętych, które ograniczają swobodę wypowiedzi dziecka. (Craig i in, 1999). Pytania otwarte, w porównaniu z pytaniami zamkniętymi, pozwalają na zdobycie znacząco większej liczby spontanicznych i znaczących informacji. Swoboda, jaką zapewniają osobie badanej przy udzielaniu odpowiedzi, może być dodatkowo podstawą do analizowania mechanizmów funkcjonowania psychologicznego. Przykładowo, na pytanie: „Jaki jest pana stosunek do aktualnej pracy?” istnieje wiele możliwych odpowiedzi: „Jestem zadowolony z mojej pracy, bo pozwala mi się realizować i rozwijać swoje możliwości”; „Jestem zadowolony z mojej pracy, bo zarabiam znacznie ponad średnią krajową”; „Jestem zadowolony z mojej pracy, bo jest miła atmosfera i panują bardzo przyjazne stosunki pomiędzy pracownikami”; „Jestem zadowolony ze swojej pracy, bo wiem

jak trudno jest obecnie znaleźć zatrudnienie” itd. Każda z tych wypowiedzi zawiera informację o tym, że badany jest ze swojej pracy zadowolony, jednak istotne różnice pomiędzy nimi dotyczą subiektywnych powodów tego zadowolenia. Prawdopodobnie każda z tych osób będzie formułowała inne oczekiwania w stosunku do swojej pracy, czy też zaspokojenia innych potrzeb będzie w niej szukała. Tak więc, tego typu spontaniczne wypowiedzi mogą być podstawą do formułowania hipotez dotyczących osoby badanej, nie tylko na specyficznym poziomie (w omawianym przykładzie satysfakcji z pracy), ale również na poziomie jej funkcjonowania psychicznego (np. oczekiwań czy postaw).

Podczas analizy odpowiedzi na pytanie otwarte inną cenną wskazówką może być kolejność podawanych przez badanego informacji. Również ona może stanowić punkt wyjścia do stawiania hipotez diagnostycznych dotyczących mechanizmów psychicznych osoby badanej (np. hierarchii wartości). Na pytanie „W jaki sposób scharakteryzowałby pan swojego ojca?” badany może powiedzieć: „To jest niesamowity człowiek. Całe życie pracował zawodowo i bardzo daleko zaszedł. Jest uznanym profesorem nie tylko w Polsce ale i na całym świecie. Miał też zawsze czas dla mnie i dla mojej siostry, zawsze wiedzieliśmy, że jest przy nas” lub „To jest niesamowity człowiek. Miał zawsze czas dla mnie i dla mojej siostry, zawsze wiedzieliśmy, że jest przy nas. Całe życie pracował również zawodowo i bardzo daleko zaszedł. Jest uznanym profesorem nie tylko w Polsce ale i na całym świecie”. Pomimo, że informacje zawarte w obu przytoczonych wypowiedziach są prawie identyczne, kolejność ich pojawienia się w wypowiedzi może implikować postawienie dwóch różnych hipotez. Analizując pierwszą wypowiedź, diagnosta może przypuszczać, że podziw badanego dla ojca jest związany silniej z jego karierą zawodową, niż z relacją jaką nawiązał ze swoimi dziećmi, natomiast druga wypowiedź może być podstawą do postawienia hipotezy odwrotnej. Oczywiście wnioski budowane na tego typu przesłankach, mają jedynie status hipotez i muszą być dodatkowo weryfikowane podczas dalszej rozmowy, niemniej jednak czasami mogą stanowić cenną wskazówkę do zrozumienia osoby badanej.

Na zakończenie warto zwrócić uwagę na pewien bardzo specyficzny rodzaj pytań otwartych, zawierający z swojej konstrukcji zwrot: „dlaczego”, ponieważ do tak sformułowanego pytania otwartego można formułować wiele zastrzeżeń. Po pierwsze, tego typu pytania, w wielu wypadkach, zawierają sformułowaną nie wprost ocenę sytuacji, w jakiej znajduje się osoba badana czy sugestię dotyczącą tego, jak „powinna” postąpić. Przykładowo pytanie „Dlaczego nie akceptuje pani męża swojej siostry?” osoba badana może zrozumieć jako ukrytą ocenę, że nie dobrze jest, że nie akceptuje męża siostry i że powinna tę sytuację zmienić, a pytanie „Dlaczego nie zmieni pani swojej pracy?” może być odebrane,

jako sugestia zmiany pracy i negatywna ocena braku podjęcia przez osobę badaną działań w tym kierunku. Pytania „dlaczego” są dodatkowo pytaniami konstruowanymi z perspektywy obserwatora, a tym samym sugerują, że to osoba badana (jej cechy osobowości) była odpowiedzialna za zaistniałą sytuację (por. rozdział Instrumenty konwersacyjne – rozróżnienia, klasyfikacje, badania par. 3.3.2.). Utrudnianie osobie badanej zastosowania wytłumaczeń sytuacyjnych poprzez zastosowanie konstrukcji „dlaczego”, może być przez nią odebrane właśnie jako ukryta ocena jej postępowania, co może doprowadzić do zablokowania prawidłowej komunikacji (Gordon, 1994a, 1994b, 1994c; King, 2003; Sztander, 1999). Po drugie, pytania „dlaczego” nie uwzględniają możliwości, że osoba badana może nie znać na nie odpowiedzi (King, 2003). Diagnosta z góry zakłada, że osoba badana analizowała swoje zachowanie i potrafi powiązać ze sobą różne fakty i oczekuje poinformowania go o „wynikach” tej analizy. W rzeczywistości osoba badana z różnych względów mogła nie zastanawiać się nigdy nad daną kwestią i może po prostu nie potrafić udzielić odpowiedzi. Po trzecie, tego typu pytania zawierają sugestię, że przeżycia osoby badanej mogą zostać wytłumaczone racjonalnie, w sposób przyczynowo-skutkowy. Klasycznym przykładem może być pytanie odnoszące się do uczuć np. „Dlaczego kocha pani swojego męża?”. Prawdopodobnie każdy z czytelników na podstawie własnych doświadczeń wie, że tego typu pytanie stawia odpowiadającego w bardzo niezręcznej sytuacji. Istnieje więc bardzo duże prawdopodobieństwo, że diagnosta w odpowiedzi uzyska albo odpowiedź „nie wiem” albo odpowiedź sztuczną, nie odwołującą się do prawdziwego doświadczenia osoby badanej. W pewnych specyficznych sytuacjach, na przykład kiedy diagnostę interesuje w jakim stopniu badany jest świadomy pewnych zależności pomiędzy zdarzeniami lub kiedy chce poznać jego subiektywne poglądy na przyczyny tych zdarzeń, pytanie „dlaczego” może być przydatne (Gerstmann, 1972). Jeśli jednak diagnoście zależy na poznaniu subiektywnych przeżyć i uczuć osoby badanej stosowanie tego typu pytań w wywiadzie diagnostycznym jest niekorzystne.

2.1.2. Pytania zamknięte

Są to pytania szczegółowe i ograniczające (w sposób bezpośredni lub pośredni) zakres treści udzielanej odpowiedzi do możliwości zawartych w pytaniu (Egan, 2002; Grzegółowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987). Bardzo często, choć nie zawsze, tego typu pytania zawierają w swojej konstrukcji zwrot „czy” (King, 2003). Poniżej podane są przykłady pytań zamkniętych wraz z możliwymi odpowiedziami osoby diagnozowanej:

Czy ma pan dzieci? (tak/nie)

Jakie jest pani wykształcenie? (podstawowe/średnie/wyższe)

Jak się pan nazywa? (Jan Kowalski/Piotr Iksiński)

Przechodził pan kiedykolwiek jakąś operację czy nie? (tak/nie)

Czy w ostatnim okresie zmieniała pani pracę? (tak/nie)

Kiedy rozwiodła się pani z mężem? (5/8/20 lat temu itd.)

Jak widać, konstrukcja pytań zamkniętych, w przeciwieństwie do pytań otwartych, nie zawiera zachęty do dłuższej, spontanicznej wypowiedzi na jakiś temat i najczęściej na takie pytania badani udzielają odpowiedzi zawierającej się w jednym słowie czy zdaniu. Lakoniczna, krótka i zdawkowa odpowiedź na tak sformułowane pytanie jest oczywista i nie może być interpretowana w kategoriach oporu. Warto podkreślić, że grzecznościowa forma (np. „czy może mi pani/pan powiedzieć...”, „czy mogłaby pani opisać...”, „czy może pan sobie przypomnieć...” itp.) sprawia, że interwencja diagnosty staje się pytaniem zamkniętym, pozostawiającym badanemu możliwość udzielenia jedynie odpowiedzi „tak” lub „nie”.

Tak jak w przypadku pytań otwartych, długość odpowiedzi na pytanie zamknięte będzie zależała od wielu czynników, m.in. od indywidualnej gotowości do mówienia o sobie, czy głębokości nawiązanego kontaktu (poziomu lęku). Może oczywiście zdarzyć się tak, że diagnosta uzyska w odpowiedzi na pytanie zamknięte szerszą wypowiedź badanego, tak jak w poniższym przykładzie, jednak tego typu odpowiedzi nie są regułą.

Diagnosta: Czy ma pan dzieci?

Badany: Tak. Mam dwóch chłopców: Janka i Krzysia. Krzyś poszedł w tym roku do pierwszej klasy, a Janek chodzi jeszcze do przedszkola. Czasami wydaje mi się jednak, że to Janek jest bardziej dojrzały. Ostatnio..... itd.

Użyteczność pytań zamkniętych w wywiadzie diagnostycznym jest ograniczona, ponieważ diagnosta najczęściej dąży do poznania subiektywnego świata doświadczeń, przeżyć i percepcji badanego, czyli do uzyskania takich danych, które dotyczą jego psychologicznego funkcjonowania (Grzegołowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987). Możliwość osiągnięcia tego celu jedynie za pomocą pytań zamkniętych jest praktycznie niemożliwa, ponieważ, jak zostało powiedziane na wstępie, tego typu pytania ograniczają zakres odpowiedzi do możliwości zawartych w pytaniu. Ilustruje to następujący przykład:

Diagnosta: Czy opisywana przez pana sytuacja sprawiła, że jest pan zły na swoją mamę?

Badany: Nie.

Diagnosta: Czy ma pan do niej żal?

Badany: Nie.

Diagnosta: Czy było panu przykro?

Badany: Nie wiem... chyba nie.

W opisywanej sytuacji, takie „podsuwanie” osobie badanej przez prowadzącego rozmowę propozycji opisu stanu emocjonalnego mogłoby trwać jeszcze bardzo długo i nie ma pewności, że diagnoście udałoby się w końcu trafić na słowo adekwatnie opisujące uczucia badanego. Taki sposób prowadzenia rozmowy nie tylko niepotrzebnie ją przedłuża, ale przede wszystkim może sprawić, że badany poczuje się niezrozumiany i znudzony, co zaowocuje pojawieniem się oporu. Dodatkowo wartość diagnostyczna uzyskanych informacji jest z reguły ograniczona. W podanym przykładzie diagnosta nie uzyskuje żadnych informacji dotyczących tego **jak czuła** się osoba badana w związku z zaistniałą sytuacją. Dowiaduje się jedynie **jak nie czuła** się osoba badana i to też tylko w pewnym, określonym pytaniem, zakresie (tzn. wie, że badany nie jest zły na mamę, nie ma żalu i nie było mu przykro). Tak więc wnioski, jakie można wyciągnąć z powyższego fragmentu rozmowy, są bardzo specyficzne i ograniczone **i na ich podstawie nie można sformułować hipotez o większym poziomie ogólności** (np. że zachowanie matki nie wywołało u badanego negatywnych uczuć).

Wielu autorów (min. Egan, 2002; Gerstmann, 1972; Grzegółowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987) podkreśla mniejszą użyteczność w wywiadzie psychologicznym pytań zamkniętych w porównaniu do pytań otwartych. Nie oznacza to jednak, że pytania zamknięte w ogóle nie powinny pojawić się podczas badania diagnostycznego. Ich zaletą jest to, że są mało zagrażające i rzadko kiedy budzą opór. Dodatkowo nie wymagają one od badanego „wysiłku”, który musi włożyć w konstruowanie wypowiedzi ponieważ odpowiedź jest implikowana przez samo pytanie. **Rola pytań zamkniętych oraz częstość stosowania przez psychologa zależą od bardzo wielu czynników np. celu wywiadu czy ilości czasu, jakim dysponuje diagnosta** (na przykład lekarz, który chce zdiagnozować chorobę pacjenta będzie posługiwał się w większości pytaniami zamkniętymi). W wielu publikacjach (m.in. Egan, 2002, Gerstmann, 1972, Głodowski, 1999, Grzegółowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987; King, 2003) odnaleźć można **opis sytuacji, w których stosowanie pytań zamkniętych jest korzystne. Najbardziej są one użyteczne w następujących sytuacjach:**

- kiedy poziom lęku osoby badanej jest wysoki i/lub poziom motywacji do badania jest niski;
- kiedy diagnoście zależy na uzyskaniu jakiejś konkretnej, obiektywnej informacji na jakiś temat np. dotyczącej danych biograficznych lub kiedy omawiana problematyka nie nawiązuje do subiektywnych doświadczeń i przeżyć osoby badanej;
- kiedy diagnosta mając już pewną ilość informacji na dany temat chce je uzupełnić czy doprecyzować;
- kiedy czas, jakim dysponuje diagnosta jest ograniczony;
- kiedy dla diagnosty istotne jest jedynie ustalenie czy jakaś treść jest zgodna z sytuacją życiową, przekonaniem, postawą czy zachowaniem osoby badanej;
- kiedy diagnosta chce sprawować kontrolę nad przebiegiem rozmowy, czyli np. w sytuacji gdy osoba badana na pytania otwarte udziela bardzo wyjątkowo obszernych wypowiedzi niekoniecznie zawierających informacje na interesujący diagnostę temat.

2.1.3. Pytania wprost

Jest to grupa pytań w których diagnosta odwołuje się bezpośrednio do doświadczeń bądź przemyśleń osoby badanej:

Jak się pani zachowała w tej sytuacji?

Co pani myśli o zachowaniu koleżanki?

Jak wyglądało ostatnie pana spotkanie z rodzicami?

Jak pan sądzi, co było powodem takiego zachowania syna?

Skoro celem wywiadu diagnostycznego jest poznawanie subiektywnego sposobu doświadczania, postrzegania i opisywania świata przez osobę badaną, to oczywistym wydaje się, że aby go osiągnąć diagnosta musi posługiwać się właśnie pytaniami wprost. Jednak w niektórych sytuacjach taka forma pytania może nie być właściwa. Przykładem może być sytuacja, gdy odpowiedź na pytanie jest silnie związana ze zmienną aprobaty społecznej (np. „Czy kocha pani swoją mamę?”, „Czy bije pan swoje dziecko?”). W takich wypadkach istnieje duże prawdopodobieństwo, że osoba badana będzie odpowiadała w sposób społecznie aprobowany, a nie zgodny z jej indywidualnym doświadczeniem. Również w sytuacji, gdy diagnosta ma podstawy aby przypuszczać, że osoba badana dokonuje świadomej autoprezentacji, chcąc wywrzeć określone wrażenie na diagnoście, warto odwołać się do pytań projekcyjnych. Pytania wprost wymagają od osoby badanej „odsłonięcia” swoich

przeżyć, a w sytuacji gdy są one szczególnie trudne bądź intymne, taka forma pytania może być bardzo zagrażająca i tym samym wpływać na to, jakie informacje będą przekazywane diagnoście.

Szczególnym rodzajem pytań wprost są **pytania hipotetyczne**. Można właściwie powiedzieć, że jest to grupa pytań **pośrednia pomiędzy pytaniami wprost i pytaniami projekcyjnymi**. Są to pytania, w których, jak sama nazwa wskazuje, diagnosta pyta się o **sytuację hipotetyczną** (Głodowski, 1999). Odpowiadając na nie badany opisuje swoje przypuszczalne zachowania, myśli czy emocje. Przykładowe pytania tego typu mogą brzmieć: „Na co by pan wydał 100 tysięczną wygraną na loterii?”, „Co by pani zrobiła, gdyby była pani świadkiem kradzieży na ulicy?” czy „Gdyby pani miała jeszcze raz szanse wyboru zawodu, jaki by pani wybrała?”. **Ich zaletą jest to, że pozwalają osobie badanej oderwać się od realnych ograniczeń. Oslabiają również tendencje obronne, gdyż osoba badana nie musi odnosić się do swoich rzeczywistych doświadczeń, a konwencja „na niby” uwalnia ją od konfrontacji z konsekwencjami wyboru.** Z diagnostycznego punktu widzenia analiza odpowiedzi badanego na takie pytania może dostarczyć przesłanek do formułowania hipotez dotyczących motywów jego zachowania, aktualnych pragnień czy dążeń, a także rozbieżności bądź zbieżności rzeczywistości ze sferą marzeń badanego.

2.1.4. Pytania projekcyjne

Pytania te odwołują się do metod projekcyjnych, opierając się na założeniu, że osoba badana **na ekspozycję wieloznacznego (nieokreślonego) materiału zareaguje rzutowaniem na niego swoich własnych przeżyć, postaw itd.** (Gerstmann, 1972; Grzegółowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987). Nie zawierają więc one sformułowanej wprost prośby do badanego o opis jego własnych doświadczeń czy przemyśleń. Zadając pytanie projekcyjne diagnosta prosi rozmówcę o informacje na temat innej osoby lub grupy osób (konkretnej bądź abstrakcyjnej). **Na przykład zamiast pytać badanego jakie ma oczekiwania w stosunku do swojego męża, diagnosta może zapytać: „Proszę opisać jak według pani powinien zachowywać się idealny mąż”.** Innym przykładem może być sytuacja, gdy diagnosta chce się dowiedzieć jakich tematów osoba badana nie porusza w rozmowach z bliskimi. W tej sytuacji pytanie projekcyjne może brzmieć: „Jak pan myśli, o jakich sprawach ludziom najtrudniej jest rozmawiać z bliskimi osobami?”. Jeśli natomiast badaczka interesuje w jaki sposób badany spostrzega samego siebie, na jakich wymiarach się opisuje, może zapytać: „Jakie cechy innych ludzi zwracają pana uwagę?”.

Podstawową zaletą pytań projekcyjnych jest to, że nie wywołują oporu osoby badanej, ponieważ nie wymagają mówienia o sobie w sposób bezpośredni. Mogą więc być wykorzystywane jako wprowadzenie do rozmowy na jakiś temat. Najczęściej spotykanym zarzutem formułowanym w stosunku do interpretacji danych uzyskanych za pomocą metod projekcyjnych, jest fakt, że diagnosta nigdy nie ma pewności czy badany udzielając odpowiedzi identyfikuje się z opisywanymi przez siebie osobami. Nie ma więc również nigdy pewności, że uzyskane informacje stanowią projekcje doświadczeń osoby badanej (Grzegółowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987). Diagnosta może zwiększać prawdopodobieństwo projekcji, odwołując się w pytaniu do osoby (grupy osób) jak najbardziej zbliżonych w swojej charakterystyce do osoby badanej. Niemniej jednak, opisując specyfikę funkcjonowania osoby badanej, nie można opierać się jedynie na danych uzyskanych w odpowiedzi na pytania projekcyjne (tak samo jak nie stawia się diagnozy jedynie na podstawie testów projekcyjnych). Informacje tego typu zawsze mają jedynie status hipotez, które muszą być uzupełniane danymi uzyskanymi z innych źródeł, w tym pytań wprost.

2.1.5. Pytania neutralne

Są to pytania, które nie zawierają ani wyrażonej wprost ani ukrytej sugestii dotyczącej tego, jakiej odpowiedzi oczekuje diagnosta (Głódowski, 1999). Pytania typu: „Jak się pan czuł gdy otrzymał pan tą wiadomość?”, „Czy miała już pani kiedyś kontakt z psychologiem?”, „Co sprawiło, że zdecydowała się pani podjąć taką decyzję?”, „Kiedy ostatni raz był pan na wakacjach?” są właśnie pytaniami neutralnymi. Jak już wielokrotnie było podkreślane, podczas wywiadu diagnostycznego psycholog stara się poznać subiektywną perspektywę widzenia, doświadczenia i przeżywania osoby badanej. Z tego względu jego interwencje powinny w jak najmniejszym stopniu wpływać na wypowiedź rozmówcy. Praktycznie rzecz biorąc, o ile diagnoście nie zależy na uzyskaniu jakiś specyficznych informacji (np. dotyczących umiejętności przeciwstawienia się przez osobą badaną sugestii czy wpływu autorytetu na jej deklarowane przekonania) definicja i metodologia wywiadu, jako metody diagnostycznej, niejako wymuszają na diagnostach obowiązek posługiwania się pytaniami neutralnymi.

2.1.6. Pytania tendencyjne

Pytania tendencyjne zawierają w swojej konstrukcji ukryte sugestie jakiej odpowiedzi diagnosta oczekuje, lub założenia dotyczące doświadczenia osoby badanej. Wyróżnić można dwa podstawowe rodzaje pytań tendencyjnych: sugerujące i alternatywne.

2.1.6.1. Pytania sugerujące

Zawierają one w swojej konstrukcji wskazówkę, jakiej odpowiedzi oczekuje diagnosta. Jak piszą Grzegołowska-Klarkowska i Szustrowa (1987, s.51) „narzucają określoną odpowiedź i powodują, że osoba badana ma większą tendencję do odpowiadania raczej w pewien określony sposób niż w inny”. W literaturze tego rodzaju pytania są również określane jako „tendencyjne” (Głodowski, 1999, s.31), „sugestywne” (Gerstmann, 1972, s. 117) czy „naprowadzające” (Grzegołowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987, s. 51) czy. Oto przykłady tego rodzaju pytań:

Jesteś najlepszym uczniem w klasie bo lubisz się uczyć, prawda?

Czy nie uważa pan, że pana córka zachowała się w tej sytuacji nieodpowiedzialnie?

Mówi pani, że praca jest męcząca i monotonna, a zastanawiała się już pani nad jej zmianą?

Jak widać ograniczają one swobodę wypowiedzi osoby badanej poprzez zasugerowanie jej kategorii opisu czy podkreślanie pewnych zachowań, a tym samym oddalają diagnostę od poznania jej subiektywnego sposobu postrzegania i przeżywania. Osoby badane mogą bowiem przyjmować jako własne nawet poglądy fałszywe i nie oddające ich doświadczenia, jeżeli zostaną one wyrażone przez diagnostę czyli osobę dla nich ważną, a pogorszenie kontaktów z tak postrzeganą osobą może być dla nich zagrażające (Melibruda, 1980).

Pytania sugerujące nie tylko narzucają badanemu możliwą odpowiedź, ale również odsłaniają przed nim intencje diagnosty. Diagnostyci najczęściej zadają pytania sugerujące wtedy, kiedy zależy im na uzyskaniu takich informacji, które będą zgodne z ich oczekiwaniami, hipotezami na temat funkcjonowania osoby badanej (Gerstmann, 1972). W sytuacji w której intencje psychologa są czytelne dla badanego może on przekazywane informacje świadomie lub nieświadomie zniekształcać w taki sposób, aby odpowiedzi „satysfakcjonowały” diagnostę (potwierdzały jego oczekiwania). Tak więc stosowanie pytań sugerujących mniejsza prawdopodobieństwo uzyskania rzetelnej informacji na temat osoby badanej i tym samym prowadzi do zafałszowania diagnozy. Może się zdarzyć również tak, że badany na pytanie sugerujące zareaguje oporem ponieważ poczuje się niesłuchany i

niezrozumiany, będzie miał wrażenie „narzucania” mu pewnych faktów i nie liczenia się z jego subiektywnym doświadczeniem.

Podsumowując, użyteczność pytań sugerujących jest bardzo ograniczona i podczas wywiadu diagnostycznego są one bardzo rzadko użyteczne (Gerstmann, 1972; Głodowski, 1999; Grzegołowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987). Istnieją jednak pewne bardzo specyficzne sytuacje, kiedy pytanie sugerujące może okazać się pomocne. Grzegołowska-Klarkowska i Szustrowa (1987) wymieniają dwa rodzaje okoliczności, kiedy diagnosta może posłużyć się pytaniem sugerującym:

- diagnostę interesuje, na ile osoba badana jest podatna na sugestie. Ponieważ sytuację wywiadu można traktować jako próbkę zachowań badanego w sytuacji relacji interpersonalnej, uleganie bądź nie uleganie przez badanego sugestii może być wskaźnikiem na ile w codziennym życiu jest on podatny na wpływ opinii i sugestii innych ludzi, a także jak reaguje w takich sytuacjach. Tego typu sytuacja może być również wyznacznikiem siły i stabilności przekonań badanego;
- diagnosta chce ułatwić osobie badanej odpowiedź na pytanie nasycone zmienną aprobaty społecznej. Zadając pytanie sugerujące (np. Jak często upija się Pan na przyjęciach) diagnosta pokazuje, że zdaje sobie sprawę i akceptuje fakt, iż badany może prezentować dane zachowanie. Takie „przyzwolenie” ze strony diagnosty może zredukować lęk badanego przed ujawnieniem tego typu informacji.

2.1.6.2. Pytania alternatywne

Tego rodzaju pytania zawierają w swojej konstrukcji sformułowane wprost możliwości odpowiedzi, na przykład: „Woli pan spędzać wolny czas z rodziną czy ze znajomymi?” lub „Wolałby pani pracować zawodowo czy zajmować się domem?”. W odpowiedzi na pytanie alternatywne uzyskiwane są bardzo specyficzne dane diagnostyczne, nie pozwalające na uogólnianie wniosków. Odpowiadając na tak sformułowane pytanie badany może po prostu czuć się zobowiązany do wybrania którejś z możliwości podanych przez diagnostę i udzielić odpowiedzi, która w rzeczywistości jest jedynie wyborem odpowiedzi mniej nietrafnej. To, że osoba badana na pytanie „Na co chętniej wydaje pani pieniądze, na podróż czy na kupno sprzętów do mieszkania?” odpowie „Wolę wydawać na rzeczy do mieszkania” nie oznacza wcale jednoznacznie, że osoba badana rzeczywiście najchętniej wydaje pieniądze na sprzęty codziennego użytku. Odpowiedź taka oznacza jedynie, że gdyby osoba badana miała do wyboru jedynie te dwie możliwości bardziej prawdopodobne jest to, że wybrałaby takie rozwiązanie. Istnieje jednak jeszcze cały szereg innych możliwych zachowań (w opisywanym

przypadku możliwości wydania pieniędzy), które mogłyby zostać wybrane przez osobę badaną w sytuacji swobodnego wyboru.

Choć użyteczność pytań alternatywnych w wywiadzie diagnostycznym jest bardzo ograniczona, czasami ich zastosowanie może być uzasadnione. Przykładem może tu być sytuacja gdy osoba badana podała w trakcie rozmowy sprzeczne ze sobą informacje, a diagnoście zależy na rozstrzygnięciu tej rozbieżności, albo gdy rozstrzygnięcie konkretnej, sformułowanej przez psychologa alternatywy jest istotne z diagnostycznego punktu widzenia.

2.2. Jedna wypowiedź, wiele rodzajów pytań

Każde pytanie może być opisywane równocześnie za pomocą różnych kryteriów, ponieważ rozróżnienia pomiędzy pytaniami otwartymi/zamkniętymi, wprost/projekcyjnymi i neutralnymi/tendencyjnymi dokonywane są na podstawie różnych kryteriów.. Poniżej zaprezentowane są różnorodne pytania wraz z opisem, do jakich kategorii można je zaliczyć i z jakich powodów.

Jak pani minął pierwszy dzień w pracy?	Pytanie otwarte (pozostawia osobie badanej swobodę wyboru odpowiedzi – zarówno jej długości, jak i aspektów o które zostaną przez nią poruszone), wprost (diagnosta prosi o opisanie doświadczenia osoby badanej) oraz neutralne (nie zawiera sugestii, jak ten dzień minął)
Czy nie sądzi pan, że lepiej przyznać się przed żoną, że stracił pan pracę?	Pytanie zamknięte (ogranicza odpowiedź do przytaknięcia lub zaprzeczenia), wprost (odnosi się bezpośrednio do sądów osoby badanej) oraz tendencyjne - sugerujące (zawiera ukrytą sugestię, że diagnosta uważa, że lepiej by było, gdyby badany się przyznał)
Czy uważa pan, że dla ludzi najważniejsze są pieniądze czy przyjaźń?	Pytanie zamknięte (ogranicza odpowiedź do możliwości zawartych w pytaniu), projekcyjne (badany ma dokonać projekcji swoich przekonań na innych ludzi) oraz tendencyjne – alternatywne (daje badanemu możliwość wyboru pomiędzy dwoma alternatywami)
Jakie jest pani zdanie na temat tego nieodpowiedzialnego zachowania pani męża?	Pytanie otwarte (teoretycznie pozostawia badanej swobodę w wyborze odpowiedzi), wprost (badana ma opisać własne zdanie na temat zachowania męża) oraz sugerujące (dodając ocenę zachowania męża – nieodpowiedzialne – diagnosta ukierunkowuje sposób oceny tego zachowania przez osobą badaną)
Co pana zdaniem skłania ludzi do tego,	Pytanie otwarte (pozostawia osobie badanej swobodę wypowiedzi), projekcyjne (odwołuje się do motywów zachowań

aby spróbować narkotyków?	innych ludzi) oraz neutralne (nie zawiera sugestii jakiej odpowiedzi diagnosta oczekuje)
Pani, jako nauczycielka, z pewnością pomaga córce w nauce?	Pytanie zamknięte (badana może przytaknąć lub zaprzeczyć), wprost (odnosi się bezpośrednio do zachowania badanej) oraz tendencyjne - sugerujące (zwroty „jako nauczycielka” i „z pewnością” sugerują jaka jest oczekiwana przez diagnostę odpowiedź)

2.3. Jak modyfikować formę pytania?

W poprzednich paragrafach opisane zostały poszczególne rodzaje pytań wraz z korzyściami i ograniczeniami płynącymi z ich stosowania. Biorąc pod uwagę cel, jaki chce osiągnąć diagnosta poprzez swoją interwencję, każdy rodzaj zaprezentowanych pytań może przynieść korzyści diagnostyczne. Niemniej użyteczność poszczególnych rodzajów pytań jest bardzo różnorodna np. pytania otwarte znajdują bardzo szerokie zastosowanie w wywiadzie diagnostycznym w przeciwieństwie do pytań alternatywnych czy sugerujących, których użyteczność podczas wywiadu diagnostycznego jest bardzo ograniczona. W tym paragrafie zaprezentowanych zostanie kilka przykładów ilustrujących, w jaki sposób diagnosta może przeformułowywać pytanie, aby uzyskane za jego pomocą informacje miały jak największą wartość diagnostyczną.

- Zmiana pytania zamkniętego, ograniczającego zakres odpowiedzi osoby badanej, na pytanie otwarte

PYTANIE ZAMKNIĘTE (mniejsza wartość diagnostyczna)	PYTANIE OTWARTE (większa wartość diagnostyczna)
Czy w przeciągu ostatniego tygodnia pana samopoczucie uległo zmianie?	Proszę opowiedzieć jak się pan czuł w przeciągu ostatniego tygodnia.
Jak pani sądzi, zachowanie męża w tej sytuacji było odpowiednie czy nie?	Jak ocenia pani zachowanie męża w tej sytuacji?
Czy w najbliższej przyszłości zamierza pani coś zmienić w swojej sytuacji zawodowej?	Jakie są pani plany zawodowe na najbliższą przyszłość?
Czy w wolnym czasie lubi pan oglądać telewizję?	Jak pan lubi spędzać wolny czas?

- Zmiana pytania tendencyjnego - sugerującego, które może modyfikować odpowiedź osoby badanej, na pytanie neutralne i otwarte

PYTANIE SUGERUJĄCE	PYTANIE NEUTRALNE I OTWARTE
---------------------------	------------------------------------

(niska wartość diagnostyczna)	(wysoka wartość diagnostyczna)
Takie zachowanie mamy musiało być dla pani bardzo denerwujące, prawda?	Jakie uczucia wzbudziło w pani takie zachowanie mamy?
Czy jako osoba wierząca jest pan przeciwny rozwodom?	Jaki jest pana stosunek do rozwodów?
Nie uważa pani, że rozmowa z szefem rozwiązałaby tę sytuację?	Jak zamierza pani postąpić w tej sytuacji?

- Zamiana pytania tendencyjnego – alternatywnego, ograniczającego swobodę wypowiedzi osoby badanej, na pytanie neutralne i otwarte

PYTANIE ALTERNATYWNE (niska wartość diagnostyczna)	PYTANIE NEUTRALNE I OTWARTE (wysoka wartość diagnostyczna)
Czy wolałaby pani aby w tej sytuacji mąż skonsultował się z panią czy sam podjął decyzję?	Jakiego zachowania oczekiwałaby pani od męża w tej sytuacji?
Czy dzieli się pan z kimś swoimi problemami, czy nie dzieli się pan nimi z nikim?	Jak pan się zachowuje w sytuacji gdy ma pan jakiś problem?
Jaką nagrodę by pani wolała za dobrze wykonaną pracę: publiczną pochwałę czy premię?	W jaki sposób chciałaby pani zostać nagrodzona za swoją pracę?

- Zmiana pytania „wprost”, które w przypadku tematów trudnych może budzić opór osoby badanej, na pytanie projekcyjne, które jest mniej zagrażające

PYTANIE WPROST (bardziej zagrażające)	PYTANIE PROJEKCYJNE (mniej zagrażające)
Czy w ramach kary bije pan swoje dzieci?	Jak pan sądzi, jakiego rodzaju kary rodzice najczęściej stosują wobec swoich dzieci?
Z jakich powodów kłóci się pan z żoną?	Jakie pana zdaniem są najczęstsze przyczyny kłótni małżeńskich?
Z jakich powodów uciekłeś z domu?	Jak myślisz co sprawia, że młodzi ludzie uciekają z domu?

- Zmiana pytania wprost, które w przypadku tematów trudnych może budzić opór osoby badanej, na pytanie hipotetyczne, które jest mniej zagrażające

PYTANIE WPROST (bardziej zagrażające)	PYTANIE HIPOTETYCZNE (mniej zagrażające)
Czy jest pani zadowolona z wyboru kierunku	Gdyby jeszcze raz miała pani możliwość

studiów?	wyboru studiów, na jaki kierunek by się pani zdecydowała?
Czy żałuje pan swojego wyboru?	Jak pan by się zachował, gdyby jeszcze raz miał pan możliwość wyboru?
Co najbardziej się pani nie podoba w pani pracy?	Jakie zmiany wprowadziłaby pani w pracy gdyby została pani szefem?

2.4. Techniki zadawania pytań

O funkcji pytania stanowi nie tylko specyfika jego budowy, ale także kontekst, w jakim diagnosta je umieszcza. Z tego punktu widzenia można mówić o pytaniach: pierwszoplanowych i drugoplanowych, właściwych i przejściowych oraz uwikłanych, odroczonech i progresywnych.

2.4.1. Pytania pierwszoplanowe i drugoplanowe

Pytania pierwszoplanowe są to pytania wprowadzające nowy temat rozmowy, natomiast pytania drugoplanowe, są to pytania służące jego uszczegółowieniu i pogłębieniu (Głodowski, 1999; Tengler i Jablin, 1983). Przykładowo pytanie „Co skłoniło panią do podjęcia decyzji o rozwodzie?” jest pytaniem pierwszoplanowym i może być wstępem do rozmowy o tym, jak wyglądało małżeństwo osoby badanej. Natomiast pytania typu „Co pani czuła gdy mąż zachowywał się w ten sposób”, „Jak często dochodziło pomiędzy wami do kłótni?”, „Jakie były najczęstsze przyczyny nieporozumień pomiędzy państwem?”, „Od kiedy, jak ani określiła, zaczęło się coś psuć pomiędzy państwem?” to pytania drugoplanowe. Ich celem jest zdobycie bardziej dokładnych informacji na temat sytuacji, która skłoniła badaną do podjęcia decyzji o rozwodzie. Najczęściej pytania pierwszoplanowe odpowiadają tematowi, które diagnosta chce poruszyć podczas rozmowy i są formułowane już podczas przygotowywania się do wywiadu. Są to pytania otwarte, o dużym poziomie ogólności, pozostawiające badanemu dużą swobodę wyboru treści odpowiedzi. Pytania drugoplanowe są znacznie częściej pytaniami spontanicznymi (otwartymi lub zamkniętymi), tworzonymi przez diagnostę „na bieżąco”, w zależności od treści przekazywanych mu przez rozmówcę.

2.4.2. Pytania właściwe i pytania przejściowe

Najbardziej pożądanym jest, gdy rozmowa z osobą badaną przebiega w sposób płynny, a kolejne wątki w logiczny sposób wynikają z tematów poruszonych wcześniej. Skakanie z tematu na temat może bowiem wywołać w osobie badanej nieprzyjemne wrażenie przepytывania co, z dużym prawdopodobieństwem, wpłynie negatywnie na jakość kontaktu.

Aby więc rozmowa przebiegała w jak najbardziej naturalny sposób, diagnosta obok pytań właściwych (czyli tych, które dotyczą interesującego diagnostę tematu) posługuje się pytaniami przejściowymi (czyli takimi, które służą łagodnemu, stopniowemu przejściu do kolejnego, wybranego przez diagnostę wątku rozmowy). Najlepiej gdy pytanie przejściowe nawiązuje zarówno do tematu zamykanego, jak i do tego, który diagnosta chce rozpocząć (Grzegółowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987). Przykładowo chcąc zakończyć temat doświadczeń szkolnych i rozpocząć rozmowę na temat przyjaciół osoby badanej diagnosta może zapytać „Czasami jest tak, że ze znajomymi poznanymi w czasach szkolnych po zakończeniu nauki nasze drogi się rozchodzą, a czasami jest tak, że takie „przyjaźnie z ławki szkolnej” trwają bardzo długo. Jak jest w pana przypadku?”.

2.4.3. Pytania uwikłane

O pytaniu uwikłanym mówi się wtedy, gdy jest ono umieszczone w sekwencji innych pytań wprowadzających, związanych z danym tematem, jednak nie poruszających sedna zagadnienia interesującego diagnostę (Grzegółowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987). Jak pisze Wallen (1964, s. 151) jest to sytuacja gdy „ważne pytanie zostaje ukryte wśród serii pytań sprawiających całkiem niewinne wrażenie”, czyli pytanie diagnostyczne zostaje „zamaskowane” przez inne pytania. Najczęściej metoda ta jest stosowana w sytuacji, gdy pytanie które chce zadać diagnosta jest pytaniem mogącym budzić opór osoby badanej. Pytania uwikłane są również użyteczne w sytuacji, gdy odpowiedź badanego może być modyfikowana przez zmienną aprobaty społecznej. Przykładem mogą tu być pytania dotyczące przemocy fizycznej. Przykładowo, jeśli diagnostę interesuje, czy w stosunku do osoby badanej jest stosowana przemoc fizyczna, może skonstruować następującą sekwencję pytań: „Ludzie działający pod wpływem silnych emocji często nie panują nad swoim zachowaniem. Czy podczas kłótni z mężem zdarza się, że on podnosi na panią głos?”, „Jak często to się zdarza?”, „Czy zdarzyły się sytuacje gdy mąż w takiej sytuacji wyładowywał swoją złość na jakiś przedmiotach?”, „Czy często to się zdarza?”, „Czy zdarzyło się kiedyś, że mąż uderzył panią podczas kłótni?”, „Czy często to się zdarza?”, „Czy podczas takich kłótni mąż mówi rzeczy, które są dla pani nieprzyjemne?”. Pytania otaczające pytanie właściwe mają na celu łagodne wprowadzenie osoby badanej w temat, a także złagodzenie wymowy pytania właściwego. Taka metoda często zmniejsza opór osoby badanej przed udzieleniem odpowiedzi zgodnej z prawdą (Grzegółowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987).

2.4.4. Pytania odroczone

Podczas wywiadu mogą zdarzyć się sytuacje, kiedy diagnosta chciałby zadać badanemu jakieś pytanie, jednak aktualny kontekst rozmowy temu nie sprzyja. Diagnosta może wtedy wstrzymać się z jego zadaniem i wybrać na jego zadanie inny, bardziej odpowiedni moment rozmowy. Pytaniem odroczonym nazywa się więc pytanie, które zostało przeniesione z danego kontekstu rozmowy na inny (Grzełowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987; Wallen, 1964). Przykładem może być sytuacja, kiedy badany opowiada o ciąży swojej żony, a diagnosta odnosi wrażenie, że nie była ona świadomą decyzją obojga małżonków. W aktualnym kontekście zadanie pytania dotyczącego tej kwestii mogłoby wywołać reakcję obronną badanego. Diagnosta może więc wstrzymać się z jego zadaniem na przykład do momentu rozmowy na temat współżycia seksualnego pomiędzy małżonkami i w tym kontekście rozmowy wrócić do tego zagadnienia przy okazji rozmowy o stosowanych przez nich metodach antykoncepcyjnych.

Stosowanie odraczania pytań według Grzełowskiej-Klarkowskiej i Szutrowej (1987) oraz Wallen'a (1964) jest użyteczne w następujących sytuacjach:

- gdy poziom kontaktu jest zbyt płytki i zadanie pytania mogłoby wywołać opór u badanego;
- gdy aktualny kontekst rozmowy sprawia, że zadanie pytania w zbyt oczywisty sposób ujawniłoby zainteresowanie diagnosty danym tematem i odkryłoby przed osobą badaną intencje rozmowy czy hipotezy diagnostyczne;
- gdy badany w danym momencie rozmowy jest zaangażowany w opowiadanie jakiegoś wątku i zadanie pytania, nasuwającego się diagnoście, mogłoby przerwać tok jego wypowiedzi.

2.4.5. Progresja

Progresja polega na stopniowym przechodzeniu od pytań mających luźny związek z faktami, które chce poznać diagnosta do pytań właściwych (Grzełowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987; Wallen, 1964). Można powiedzieć, że jest to stopniowe wprowadzanie badanego w interesujący diagnostę temat rozmowy. Przykładem może być sytuacja, gdy diagnosta chce się dowiedzieć czy diagnozowany uczeń chodzi na wagary. Chodzenie na wagary jest społecznie nieakceptowane (szczególnie wśród dorosłych, do których zalicza się diagnosta), więc pytanie wprost o tę kwestię prawdopodobnie wywołałoby lęk badanego i doprowadziło do zniekształcenia przekazywanych przez niego informacji. Diagnosta może więc zbudować następującą sekwencję pytań: „Jaki jest twój stosunek do szkoły?”, „Co

najbardziej ci się podoba w chodzeniu do szkoły?”, „Czego najbardziej w niej nie lubisz?”, „Co robisz kiedy nie jesteś przygotowany do lekcji?”, „Czy zdarza ci się pójść na wagary?”.

Zwraca uwagę podobieństwo tej metody do metody pytań uwikłanych. Grzegołowska-Klarkowska i Szutrowa (1987) w następujący sposób wyjaśniają tą różnicę: „i w jednym i w drugim przypadku właściwe pytanie jest jakoś ukryte wśród innych, przy czym pytanie uwikłane umieszczamy wśród innych pytań mniej zagrażających, natomiast w zasadzie progresji przechodzimy stopniowo od pytań bardziej odległych od właściwego celu naszych aktualnych poszukiwań do celu właściwego” (s. 54).

Diagnosta może skorzystać z progresji wtedy, gdy pytanie wprost o daną kwestię mogłoby być z jakiegoś powodu (np. nasycenie zmienną aprobaty społecznej) zagrażające dla osoby badanej. Progresja sprzyja tworzeniu atmosfery do bardziej intymnych zwierzeń badanego. Pytanie właściwe staje się naturalną konsekwencją wcześniejszych pytań i jego zadanie nie powinno wywołać zaskoczenia i reakcji obronnych osoby badanej.

2.5. Kolejność pytań w obrębie tematu

2.5.1. Konstrukcja lejka

Sekwencja tego typu polega na rozpoczynaniu od pytań otwartych, bardzo ogólnych, które pozwalają na swobodną wypowiedź badanego i stopniowym przechodzeniu do pytań coraz bardziej konkretnych i szczegółowych (Głodowski, 1999; Grzegołowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987; Cannell i Kahn, 1965). Rozpoczynając kolejny temat rozmowy od pytania ogólnego diagnosta uzyskuje od badanego spontaniczne informacje związane z danym zagadnieniem, które mogą stać się wyjściem do pogłębiania wątku w sposób naturalny, nie narzucony przez diagnostę. Zaletą takiej strategii jest to, że w początkowej fazie rozmowy psycholog unika wywierania wpływu na osobę badaną w zakresie przedstawianych przez nią treści. Oczywiście istnieje niebezpieczeństwo, że podczas spontanicznej wypowiedzi badany świadomie lub nie pominie pewne fakty, dlatego też, po wysłuchaniu badanego diagnosta powinien przejść do pytań bardziej szczegółowych, uściślenia faktów i rozmowy na tematy, których badany nie zawarł w swojej wypowiedzi.

Konstrukcja lejka jest także bezpieczna dla badanego ponieważ to on na początku rozmowy decyduje jakie fakty chce ujawnić. Daje mu tym samym poczucie podmiotowości, sprzyjające stworzeniu głębokiego kontaktu, który ułatwia ujawnianie bardziej intymnych treści. Niemniej jednak konstrukcja taka ma również pewne ograniczenia. W przypadku osób o wysokim poziomie lęku rozpoczynanie od pytań ogólnych, które wymagają od badanego

wyboru odpowiednich treści może być bardzo zagrażające. Również w przypadku osób wielomównych konstrukcja tego typu nie jest najbardziej odpowiednia, ponieważ sprzyja „zalaniu” diagnosty wieloma informacjami, niekoniecznie związanymi z interesującym go tematem. W takich przypadkach bardziej odpowiednia będzie konstrukcja lejka odwróconego.

2.5.2. Konstrukcja lejka odwróconego

Konstrukcja lejka odwróconego, jak sama nazwa wskazuje, jest odwrotnością konstrukcji omawianej w poprzednim paragrafie. Diagnosta rozpoczyna od konkretnych, szczegółowych, niekiedy zamkniętych pytań, i stopniowo przechodzi do pytań coraz bardziej ogólnych (Głodowski, 1999; Grzeżołowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987).

Głodowski (1999) uważa, że tego typu strategia przydatna jest szczególnie podczas przeprowadzania wywiadu z osobami, których słownik jest stosunkowo ubogi lub takimi, które mają trudności z myśleniem abstrakcyjnym. Rozpoczęcie rozmowy od pytań szczegółowych ułatwia tego typu osobom formułowanie wypowiedzi o większym poziomie ogólności w późniejszej części rozmowy, ponieważ mogą odwołać się wtedy do uprzednio udzielonych, konkretnych odpowiedzi (Głodowski, 1999, Grzeżołowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987). Stosowanie konstrukcji lejka odwróconego wydaje się być również korzystne podczas rozmowy z osobami przejawiającymi wysoki poziom lęku, dla których sytuacja w której diagnosta nie precyzuje jakich informacji oczekuje i pozostawia dużą swobodę w zakresie wyboru przekazywanych mu treści mogłaby być zagrażająca. Tego typu strategia jest przydatna również w sytuacji, gdy osoby badane „nie mają jeszcze sformułowanych własnych, osobistych poglądów na omawiane sprawy, nie uświadomiły sobie jasno związków i zależności między określonymi zdarzeniami albo nie dokonały własnej interpretacji faktów poruszanych w rozmowie” (Gerstmann, 1972, s. 130-131).

3. Inne techniki konwersacyjne

Oprócz pytań istnieje jeszcze szereg innych instrumentów konwersacyjnych, z których diagnosta może (a nawet powinien) korzystać podczas wywiadu, bowiem stosowanie samych pytań mogłoby wywołać w osobie badanej niekorzystne wrażenie „przesłuchiwania”. Pomimo, że rola pytań w zbieraniu informacji jest nieoceniona, nie można jednak zapominać, że zebranie rzetelnych danych nie jest możliwe bez nawiązania i podtrzymania odpowiedniego poziomu kontaktu z osobą badaną. Zbudowanie odpowiedniej atmosfery spotkania w sytuacji, gdy diagnosta posługuje się jedynie pytaniami jest praktycznie

niemożliwe i niezbędne wydaje się stosowanie przez niego, obok pytań, innego rodzaju technik konwersacyjnych.

3.1. Minimalna reakcja werbalna.

Termin ten opisuje wszelkie reakcje werbalne diagnosty, które mają na celu zasygnalizowanie rozmówcy, że jest uważnie słuchany, jednak najczęściej nie przybierające formy zdania w sensie gramatycznym (Okun, 2002). Są to takie wypowiedzi, które stanowią odpowiednik potakujących kiwnięć głowy świadczących o zaangażowaniu w słuchanie wypowiedzi drugiej osoby. Gdy rozmówca jest autentycznie zaangażowany w słuchanie partnera, reakcje takie często pojawiają się spontanicznie. Celem tego typu reakcji jest przede wszystkim zachęcenie rozmówcy do kontynuowania danego wątku. Do minimalnej reakcji werbalnej zaliczane są więc takie sygnały jak: „tak”, „rozumiem”, „mhm”, „acha”. W literaturze anglojęzycznej tego typu interwencje określane są terminami *acknowledgment* (Stiles, 1978) i *minimal encourager* (Hill, 1978). W języku polskim takie reakcje diagnosty nazywane są: okazywaniem zrozumienia (Gordon, 1994a), reakcjami uwagi (Wallen, 1964), zachętą werbalną (Heaton, 2003), czy minimalną zachętą (King, 2003). Niezależnie od nazwy użytej do określenia tego typu reakcji, ich podstawową zaletą jest to, że bez przerywania spontanicznej wypowiedzi badanego dają mu poczucie, że jest uważnie słuchany przez diagnostę (King, 2003).

Pomimo, że tego typu reagowanie jest w dużej mierze spontaniczne, stosowanie tej formy podtrzymywania kontaktu zbyt często i przede wszystkim zbyt monotonnie (np. ciągłe powtarzanie „tak” podczas wypowiedzi osoby badanej), może wywoływać w rozmówcy wrażenie sztuczności. Geller i Król (1987) podkreślają, iż ważne jest aby komunikaty tego typu pojawiały się w takich momentach rozmowy, w których ich wyrażenie jest adekwatne do zachowania i wypowiedzi osoby badanej.

3.2. Prośba o rozwinięcie tematu

Prośba o rozwinięcie tematu „polega na zadawaniu pytań o charakterze nakłaniającym” (Wallen, 1964, s. 145). Technika ta jest szczególnie przydatna w sytuacji, gdy osoba badana sprawia wrażenie, że nie wie o czym ma dalej mówić, kiedy milknie nie rozwijając dalej wątku lub kiedy na jakiś temat mówi zbyt mało. Dzięki niej diagnosta może nakłonić badanego do kontynuowania wypowiedzi i rozwijania omawianego tematu (Geller i Król, 1987; Wallen, 1964). Przykładowe prośby o rozwinięcie tematu mogą brzmieć następująco: „Proszę powiedzieć mi coś więcej na ten temat”, „Czy jest jeszcze coś

związanego z tą sprawą, o czym pan nie powiedział?”, „Jak pani się czuła w tej sytuacji?”, „Jak się pan w tej sytuacji zachował?”.

Z diagnostycznego punktu widzenia prośba o rozwinięcie tematu jest cenną interwencją, ponieważ pozwala pogłębić eksplorację omawianego wątku rozmowy i/lub umożliwia poznanie tych jego aspektów o których badany nie wspomina spontanicznie. Jest mało zagrażająca dla osoby badanej i w większości wypadków jej zastosowanie owocuje jego dalszą, swobodną wypowiedzią. Podobnie jednak, jak w przypadku omawianej w poprzednim paragrafie minimalnej reakcji werbalnej nadużywanie tej formy interwencji może wywołać wrażenie sztuczności rozmowy.

3.3. Parafraza

Parafraza jest kolejną, bardzo użyteczną, formą interwencji werbalnej, która służy podtrzymaniu dobrego kontaktu z osobą badaną i zachęceniu jej do kontynuowania wypowiedzi. W literaturze spotykane jest dwojakie definiowanie tego terminu. W szerszym rozumieniu (np. Hill, 1986) jako parafraza traktowane są takie wypowiedzi psychologa, których treść nie wykracza poza to, co werbalnie lub niewerbalnie zostało wyrażone przez rozmówcę. Tak definiowana parafraza obejmuje powtórzenie (przy użyciu innych słów) treści wypowiedzi klienta (*restatement*), odzwierciedlenie jego uczuć (*reflection*), odniesienie się do sygnałów niewerbalnych (*nonverbal referent*) oraz podsumowanie (*summary*). W znaczeniu węższym parafraza opisywana jest jako taka interwencja, w której psycholog własnymi słowami oddaje treść wypowiedzi klienta (m.in. Brammer, 1984; Geller i Król, 1987; Gut i Haman, 1995; Johnson, 1992; King, 2003; Okun, 2002; Sztander, 1999). W niniejszym rozdziale parafraza opisywana jest w takim właśnie, wąskim rozumieniu.

Parafrazę często, choć nie zawsze, rozpoczyna się od słów : „O ile dobrze zrozumiałem...”, „Jeżeli dobrze rozumiem...”, „Powiedziała pani, że...”, „Opowiedział mi pan” itp. Konstruowana jest ona jednak w taki sposób, aby po jej wypowiedzeniu rozmówca mógł potwierdzić, zmodyfikować lub zanegować treści w niej zawarte. Możliwe jest to dzięki nadaniu wypowiedzi intonacji pytającej albo dzięki zakończeniu jej zwrotem dającym rozmówcy możliwość ustosunkowania się do niej np. „... czy dobrze zrozumiałam?”, „... czy tak?”, „... zgadza się pan z tym, co powiedziałam?” (Geller i Król, 1987; Jedliński, 1993). Jeżeli z przebiegu rozmowy wiadomo, że po zastosowaniu parafrazy badany spontanicznie nie rozwija dalej swojej wypowiedzi, może ona zostać zakończona, omawianą w poprzednim paragrafie, prośbą o rozwinięcie tematu (parafraza 3 w tabeli 1).

Każdą wypowiedź można sparafrazować na kilka sposobów, z których każdy będzie poprawny. W tabeli 1 podane są przykładowo, cztery z wielu możliwych parafraz jednej wypowiedzi.

Tabela 1

WYPOWIEDŹ	PRZYKŁADY PARAFRAZ
Jakiś czas temu straciłem dodatkową pracę. Zarabiam teraz znacznie mniej, nie na wszystko nam starcza i cały czas się tym martwię. Stałem się przez to bardziej nerwowy, częściej kłócę się z żoną, mam mniej cierpliwości do dzieci, często wybucham bez powodu.	1. Jeżeli dobrze rozumiem, kłopoty finansowe wywołały zmianę w pana kontaktach z rodziną?
	2. Pana nerwowość w kontaktach z rodziną spowodowana jest utratą pracy i zmianą sytuacji finansowej, czy dobrze rozumiem?
	3. Powiedział pan, że kłopoty finansowe sprawiły, że zmieniło się pana zachowanie w stosunku do rodziny. Proszę opowiedzieć mi o tym coś więcej.
	4. Z tego co zrozumiałam łączy pan zmianę pana zachowania w stosunku do rodziny z utratą pracy i wynikającymi z tego problemami finansowymi, czy tak?

Postuluje się (Brammer, 1984), by wypowiedź parafrazująca nie była dłuższa od wypowiedzi, która jest parafrazowana. Tak więc czasami diagnosta może dokonać skrótu wypowiedzi badanego nazywając wprost sytuację opisywaną przez badanego. Przykład takiej parafrazy opisany jest poniżej.

Wypowiedź: Drażni mnie zachowanie mojego chłopaka. Ciągłe zmienia pomysły. Nawet z wyborem filmu, na jaki mamy iść do kina, jest wieczny problem. Dziesięć razy na minutę zmienia plan, często jest tak, że zanim podejmie decyzję jest już za późno. Parafraza: Rozumiem, że drażni panią <u>niezdecydowanie</u> pani chłopaka.
--

W powyższym przykładzie diagnosta zastępuje długi opis trudności chłopaka osoby badanej w podejmowaniu decyzji jednym słowem – niezdecydowanie. Tego typu interwencja może skłonić osobę badaną do skonkretyzowania swoich myśli, do łączenia poszczególnych faktów i przykładów w bardziej ogólne kategorie. W niektórych przypadkach taka

interwencja diagnosty może ułatwić badanemu uświadomienie sobie co, tak naprawdę, stanowi istotę problemu.

W zależności od potrzeb, poprzez parafrazę diagnosta może akcentować interesujące go aspekty wypowiedzi osoby badanej i zachęcać ją do rozwijania w danym momencie tych właśnie tematów, a nie innych wątków, tak jak w przykładzie zaprezentowanym w tabeli 2.

Tabela 2

WYPOWIEDŹ	PARAFRAZY
Dzieje się we mnie coś niedobrego. Ciągłe źle się czuję, po prostu coraz gorzej... dodatkowo nie potrafię się ostatnio dogadać ze swoją dziewczyną, jak tak dalej pójdzie, to się rozstaniemy.	CEL: diagnosta chce dowiedzieć się czegoś więcej na temat kontaktów swojego rozmówcy z dziewczyną.
	PARAFRAZA: Rozumiem, że martwi się pan zarówno swoim złym samopoczuciu, jak i kłopotami z dziewczyną. Na razie skupmy się na nieporozumieniach z dziewczyną. proszę opowiedzieć mi o tym coś więcej.
	CEL: diagnosta chce aktualnie skupić się na temacie samopoczucia rozmówcy.
	PARAFRAZA: Rozumiem, że martwi się pan tym co dzieje się pomiędzy panem a pana dziewczyną, jednak w tej chwili chciałabym się dowiedzieć czegoś więcej o pana złym samopoczuciu.
	CEL: pozostawienie rozmówcy wyboru tematu rozmowy.
	PARAFRAZA: Dowiedziałam się od pana o dwóch ważnych kwestiach: o tym, że w ostatnim czasie źle się pan czuje i o tym, że ma pan kłopoty w kontaktach ze swoją dziewczyną. O czym chce pan najpierw porozmawiać?

W opisanych powyżej sytuacjach diagnosta daje osobie badanej sygnał, że zauważył obydwie zgłaszane przez nią problemy i że oba uważa za istotne. Osoba badana ma przez to poczucie bycia uważnie słuchaną, czuje również, że diagnosta nie bagatelizuje czy nie pomija żadnej ważnej informacji, którą mu powierzyła. We wszystkich tych sytuacjach, po zakończeniu wybranego wątku, diagnosta może wrócić do wątku który pierwotnie został pominięty. Taka interwencja może brzmieć: „Chciałabym teraz wrócić do kwestii pana złego samopoczucia/kłopotów z dziewczyną. Proszę mi opowiedzieć o tym coś więcej”.

Przykłady z tabeli 2 pokazują również, że parafraza może być interwencją, dzięki której diagnosta może aktywnie kierować przebiegiem rozmowy. Służy więc ona nie tylko

pogłębianiu kontaktu z osobą badaną, ale również może zastąpić w wywiadzie niektóre pytania („Co to znaczy, że pan się źle czuje?”, „Co zmieniło się ostatnio w pana kontaktach z dziewczyną?”), co oznacza, że może być instrumentem konwersacyjnym przydatnym w procesie zbierania informacji.

Parafraza nie musi odnosić się do pojedynczej wypowiedzi, ale w swojej treści może odwoływać się do informacji przekazanych przez osobę badaną w kilku kolejnych wypowiedziach. Ilustruje to poniższy przykład:

Wypowiedź: Wczorajsza rozmowa z nauczycielką syna było dla mnie bardzo nieprzyjemna. Prośba o rozwinięcie tematu: Proszę opowiedzieć mi o tym coś więcej. Wypowiedź: Zostałam wezwana do szkoły w związku z tym, że miał bardzo dużo nieusprawiedliwionych nieobecności. Prawie cały ostatni miesiąc nie chodził do szkoły. Nie przypuszczałam, że on nie chodzi do szkoły, nic na to nie wskazywało. Prośba o rozwinięcie tematu: Ciekawa jestem jak się pani czuła w tej sytuacji. Wypowiedź: Byłam zaskoczona! On przecież codziennie rano wychodził do szkoły, a po powrocie opowiadał mi co się wydarzyło, jakie oceny dostał, o czym rozmawiał z kolegami. A teraz okazuje się, że to wszystko były kłamstwa wymyślone na poczekaniu, aby mnie zmylić. PARAFRAZA: Jeżeli dobrze panią zrozumiałam, to wczorajsza spotkanie z nauczycielką było dla pani nieprzyjemne, gdyż dowiedziała się pani na nim, że syn panią ostatnio oszukiwał?
--

Pozytywna reakcja osoby badanej na parafrazę, jest dla diagnosty informacją, że dobrze rozumie rozmówcę i otwiera wiele możliwości kontynuowania procesu diagnostycznego, pogłębiania danej kwestii czy poszerzania jej aspektów. Jeśli badany nie zgodzi się z parafrazą, jest to również cenna informacja dla diagnosty. Istnieją dwie możliwe przyczyny zanegowania parafrazy: diagnosta faktycznie źle zrozumiał wypowiedź badanego i dokonał „złej” parafrazy lub dobrze zrozumiał sens wypowiedzi i dobrze ją sparafrazował, jednak osoba badana z jakiś powodów zareagowała obronnie. Oba te przypadki mają duże znaczenie diagnostyczne. W pierwszym diagnosta może skorygować swoje błędne rozumienie wypowiedzi osoby badanej, co podnosi rzetelność diagnozy, natomiast w drugim diagnosta dostaje materiał do dalszej, być może głębszej, analizy psychologicznej badanego. Dla osoby badanej nawet nietrafiona parafraza jest dowodem, że diagnosta angażuje się w to, aby dobrze ją zrozumieć, i pomimo niezgodności z treścią wypowiedzi może zachęcić osobę

badaną do opowiadania o sobie. Gut i Haman (1995) opisując wartość stosowania parafrazy podczas rozmowy, podkreślają trzy zalety jej stosowania: koncentrację uwagi na wypowiedzi rozmówcy, weryfikację poprawności rozumienia jego przekazu oraz podtrzymanie rozmowy przy ważnych tematach.

Podsumowując, korzyści ze stosowania parafrazy w wywiadzie diagnostycznym jest bardzo wiele (por. Brammer, 1984; Geller i Król, 1987; Johnson, 1992). Stosując parafrazę, diagnosta przede wszystkim odsłania przed osobą badaną swój sposób rozumienia jej wypowiedzi i stwarza możliwość jego weryfikacji. Pozostawienie badanemu możliwości wpływu na sposób rozumowania diagnosty pozwala mu poczuć się podmiotowo, a tym samym pozytywnie wpływa na jakość kontaktu. Parafraza pozwala także w naturalny sposób podtrzymać kontakt z badanym i umożliwia badanemu swobodne kontynuowanie wypowiedzi na dany temat. Dzięki jej zastosowaniu diagnosta uzyskuje również informację, czy dobrze zrozumiał wypowiedź badanego, a także ma możliwość sprostowania zaistniałych zniekształceń. Zarówno trafiona, jak i nietrafiona parafraza dają badanemu poczucie, że jest uważnie słuchany i że diagnosta przykładą dużą wagę do tego, aby go dobrze zrozumieć. Zwiększa to jego poczucie bezpieczeństwa, daje poczucie akceptacji, a tym samym zachęca do większej otwartości i pozytywnie wpływa na kontakt pomiędzy rozmówcami.

3.4. Klaryfikacja

Naturalne jest, że podczas wywiadu zdarzają się sytuacje, kiedy treść wypowiedzi rozmówcy pozostaje dla diagnosty niezrozumiała, lub kiedy nie jest on w stanie określić jej głównego wątku. Czasami, np. pod wpływem silnych emocji, wypowiedź osoby badanej może być chaotyczna, wielowątkowa lub na tyle niejasna, że diagnosta czuje potrzebę uporządkowania usłyszanych informacji. Klaryfikacją nazywane są takie wypowiedzi diagnosty, których celem jest uchwycenie podstawowego wątku wypowiedzi i/lub jego zrozumienie (Geller i Król, 1987; Okun, 2002). Za Brammerem (1984, s. 104) można to metaforycznie określić jako „wyostrenie widzenia nieostrego materiału”. Istotną kwestią jest rozróżnienie pomiędzy parafrazą a klaryfikacją. Podstawową różnicą pomiędzy tymi dwoma formami interwencji jest stojąca za nimi intencja diagnosty. Parafraza stosowana jest w sytuacji, gdy diagnosta chce zweryfikować poprawność swojego sposobu rozumowania, natomiast klaryfikacja stosowana jest w sytuacji gdy z jakiś względów (np. niejasność wypowiedzi) diagnosta ma trudności ze zrozumieniem przekazu i chce uzyskać informacje, które naprowadzą go na poprawny tok rozumowania. Tak więc klaryfikacja, w

przeciwieństwie do parafrazy, nie zawiera w swojej formie założenia dotyczącego sensu wypowiedzi osoby badanej (tabela 3).

Tabela 3

WYPOWIEDŹ	KLARYFIKACJA	PARAFRAZA
Przykład 1 Byliśmy z mężem na urodzinach u mojego ojca. Nie było to przyjemne, bo on zachowywał się strasznie, powiedział wiele raniących słów i sprawił, że atmosfera była dla mnie nie do wytrzymania. Już nie mam pomysłu, jak zapobiegać tym awanturom.	Nie do końca zrozumiałem, czyje zachowanie na tym spotkaniu było dla pani nieprzyjemne i trudne do zniesienia.	Ta nieprzyjemna sytuacja na urodzinach ojca sprawiła, że poczuła się pani bezradna, czy dobrze zrozumiałam?
Przykład 2 To jest straszne! Dyrektor wezwał mnie na rozmowę i powiedział, że musi mnie zwolnić! Nie wiem jak sobie teraz poradzę. Ocenił mnie niesprawiedliwie! Ja co prawda już od dawna chciałem zmienić pracę, ale to nie jest w porządku, gdy ludzie po pozorach oceniają moje zachowanie.	Słuchając pana nie było dla mnie jasne czy problemem dla pana jest utrata pracy czy to, że został pan niesprawiedliwie oceniony?	Jeżeli dobrze zrozumiałam, trudniej jest panu pogodzić się z niesprawiedliwą oceną szefa niż z samym zwolnieniem z pracy, bo i tak już wcześniej myślał pan o jej zmianie, czy tak?

W przykładzie 1 potrzeba klaryfikacji wynika z tego, że wypowiedź jest nie do końca zrozumiała, ponieważ nie wynika z niej jednoznacznie kto sprawił, że na urodzinach panowała nieprzyjemna atmosfera – mąż czy ojciec osoby badanej. Celem klaryfikacji jest więc doprecyzowanie wypowiedzi. W przykładzie 2 w wypowiedzi poruszone są dwa wątki (utrata pracy i niesprawiedliwa ocena) i diagnosta może nie mieć pewności, który z nich jest dla badanego bardziej istotny. Tak więc w tym przypadku celem klaryfikacji jest uporządkowanie wypowiedzi badanego i ustalenie dalszego tematu rozmowy.

Ponieważ zdarza się, że potrzeba klaryfikacji wynika z chwili nieuwagi czy dekoncentracji diagnosty, musi być ona wypowiedziana w taki sposób, aby osoba badana nie

czuła się krytykowana za to, że w „zły” sposób przekazuje informacje. Z punktu widzenia kontaktu diagnostycznego korzystniejsze jest więc sformułowanie jej w taki sposób, aby odpowiedzialność za trudności ze zrozumieniem przekazu była po stronie diagnosty, a nie po stronie osoby badanej. Diagnosta może to osiągnąć poprzez zastąpienie komunikatów z pozycji „ty” (np. „Mówisz/Mówi pan tak niejasno, że nic nie rozumiem”, „Twoja/pana wypowiedź, była tak wielowątkowa, że się w niej pogubiłem”, „Opowiedziałeś/Opowiedział pan to w taki sposób, że trudno jest mi zrozumieć, co właściwie jest problemem”) komunikatami z pozycji „ja” („Zgubiłem się, pozwól, że spróbuję powiedzieć, co rozumiałem z tego, co mówisz”, „Straciłem wątek, nie jest dla mnie jasne....”, „Mam problem, ze zrozumieniem tego co mówisz, czy chodzi o to, że....”, „Niedokładnie rozumiałem...”, „Pogubiłem się w kwestii ..., czy możesz do tego wrócić?”, „Nie do końca rozumiem...”, „Jest dla mnie niejasne...”).

Nie ma nic złego w tym, że diagnosta otwarcie przyzna się przed osobą badaną, że jej wypowiedź pozostaje dla niego niezrozumiała. Wręcz przeciwnie, tego typu interwencja może być sygnałem dla rozmówcy, że dla diagnosty ważne jest dokładne i poprawne zrozumienie tego, co chce on przekazać i tym samym może pozytywnie wpływać na kontakt pomiędzy diagnostą i osobą badaną. Dodatkowo wyjaśnienie obszarów, co do zrozumienia których diagnosta nie jest pewny, chroni go przed popełnieniem poważnych błędów diagnostycznych, wynikających z niedokładnego zrozumienia wypowiedzi osoby badanej.

3.5. Odzwierciedlanie uczuć

Terminem tym określa się taką wypowiedź diagnosty, w której odnosi się on do uczuć przeżywanych przez rozmówcę i podkreśla swoje zrozumienie dla tych przeżyć. Celem takich interwencji jest przede wszystkim pokazanie przez diagnostę empatycznego rozumienia sytuacji osoby badanej, a taka postawa diagnosty sprzyja zaufaniu i chęci mówienia o sprawach osobistych (Wallen, 1964; King, 2003). Dzięki odzwierciedlaniu uczuć diagnosta w łatwy sposób może koncentrować rozmowę na emocjach badanego, a tym samym ułatwia mu to poznanie w jaki sposób jego rozmówca subiektywnie doświadcza i przeżywa daną sytuację.

Diagnosta może odzwierciedlać uczucia wyrażone przez badanego werbalnie (wprost lub nie wprost) lub te, których istnienia domyśla się na podstawie obserwacji jego zachowania (tabela 4).

Tabela 4

ODZWIERCIEDLENIE UCZUĆ	ODZWIERCIEDLENIE UCZUĆ
------------------------	------------------------

WYRAŻONYCH WERBALNIE	WYRAŻONYCH NIEWERBALNIE
Wypowiedź: Moja mama ciągle źle się czuje, wyniki badań cały czas ma złe... nie potrafię jej pomóc... robię co mogę aby jej pomóc, ale nie widać żadnej poprawy. Odzwierciedlenie: Rozumiem, że brak poprawy stanu zdrowia mamy sprawia, że czuje się pan bezradny.	Wypowiedź: (cichy głos, głowa spuszczone, brak kontaktu wzrokowego) Byłem dzisiaj w szpitalu u mamy, rozmawiałem z lekarzem... (milczy)... (głos jeszcze bardziej cichy) szanse powodzenia operacji oszacował na 50%.... Odzwierciedlenie : Rozumiem, że po dzisiejszej rozmowie z lekarzem boi się pan, że operacja może się nie udać.

W przeważającej większości przypadków diagnosta integruje w odzwierciedleniu dane pochodzące z przekazu werbalnego z informacjami pochodzącymi z obserwacji (Brammer, 1984). Przykłady różnicy w brzmieniu odzwierciedlenia w zależności od przekazu niewerbalnego towarzyszącego wypowiedzi przedstawia tabela 5.

Tabela 5

WYPOWIEDŹ 1	WYPOWIEDŹ 2
(osoba mówi podniesionym, stanowczym głosem) Moja dziewczyna zostawiła mnie bez słowa wyjaśnienia !!! Zupełnie nie wiem dlaczego !!! (porusza się energicznie na krześle) Wszystko przecież układało się dobrze (żywo gestykuluje) Nie było chyba żadnego powodu !!!	(osoba mówi cicho, spokojnie) Moja dziewczyna zostawiła mnie bez słowa wyjaśnienia... zupełnie nie wiem dlaczego... (milczy) ... wszystko przecież układało się dobrze... (pociera ręką twarz)... nie było chyba żadnego powodu ? (zawiesza głos)
Odzwierciedlenie: Jest pan zły na swoją dziewczynę, że rozstała się z panem w taki sposób.	Odzwierciedlenie: Czuje się pan dezorientowany bo nie rozumie dlaczego dziewczyna rozstała się z panem w taki sposób.

W przykładach opisanych w powyższej tabeli, wypowiedzi 1 i 2 są tożsame pod względem treści, natomiast istotnie różnią się aspektami pozatreściowymi (ton głosu, intonacja, gestykulacja itd.). Właśnie ta różnica implikuje odmienną treść uczuć, które diagnosta stara się odzwierciedlić (w przykładzie 1 – złość, w przykładzie 2 - dezorientację)

pomimo, że przyczyna ich pojawienia się w obu przypadkach jest ta sama - rozstanie z dziewczyną.

Wszystkie opisane dotychczas przykłady opisywały odzwierciedlenie uczuć, które aktualnie (w sytuacji rozmowy) przeżywa osoba badana. Odzwierciedlenie może jednak dotyczyć również uczuć przeżywanych przez badanego w trakcie wydarzenia o którym opowiada, tzn. nie aktualnie ale kiedyś w przeszłości (Wallen, 1964). Oto przykład:

Wypowiedź: Kiedy chodziłem do szkoły miałem mało znajomych. Nie spotykałem się z kolegami z klasy. Obgadywali zawsze tych, którzy byli nieobecni, byli wulgarni i prowokacyjni wobec dziewczyn... to było nieprzyjemne.

Odzwierciedlenie: Nie lubił pan spotykać się z kolegami z klasy, bo drażniło pana ich zachowanie.

Jeżeli diagnosta przypuszcza, że badany przeżywa jednocześnie kilka różnych stanów emocjonalnych istotne jest, aby w odzwierciedleniu opisał je wszystkie (np. „kochasz swoją mamę, jednak kiedy mówi w taki sposób o twojej żonie, jesteś na nią zły”). W ten sposób badany otrzymuje od diagnosty informację, że akceptuje on wszystko to, co badany przeżywa, że wszystkie przeżywane przez niego uczucia są ważne (King, 2003). Gdyby w odzwierciedleniu zawarte było jedynie jedno z uczuć (w przytoczonym przykładzie złość lub miłość) osoba badana mogłaby zareagować obronnie dlatego, że nie oddawałoby ono całości jej doświadczenia. Dodatkowo, ujęcie w odzwierciedleniu tylko jednego z uczuć mogłoby być sygnałem dla badanego, że uczucia pominięte są przez diagnostę nieakceptowane bądź uważane za tak nieistotne, że nie warto na nie zwracać uwagi.

Zdarzają się sytuacje, kiedy osoba badana mówi wprost o przeżywaniu jakiegoś stanu emocjonalnego, natomiast diagnosta, z obserwacji sygnałów niewerbalnych, wnioskuje o przeżywaniu uczucia innego. Sytuację taką ilustruje poniższy przykład:

Wypowiedź: (mówi szybko, energicznie, z lekkim uśmiechem) Bardzo się przejęłam, gdy szef nie dał mojej koleżance podwyżki. To było niesprawiedliwe. Przykro mi, bo wiem, że każdemu przydadzą się dodatkowe pieniądze.

W wypowiedzi tej świadomie deklarowany stan emocjonalny nie jest adekwatny do przekazywanych sygnałów niewerbalnych (które w znacznej mierze mogą pozostawać poza świadomą kontrolą). Odzwierciedlenie uczuć w takiej sytuacji jest niezwykle trudne i łatwo

może przyjąć formę konfrontacji, a tym samym zamiast pogłębić kontakt doprowadzić do jego pogorszenia. Zawarcie bowiem w odzwierciedleniu uczuć nie wyrażonych wprost może być dla badanego bardzo zagrażające (szczególnie, gdy uczucia te są sprzeczne z tymi, z którymi on się identyfikuje). Aby więc zminimalizować prawdopodobieństwo pojawienia się ze strony osoby badanej reakcji obronnej należy sformułować odzwierciedlenie w taki sposób, aby osoba badana z łatwością mogła zaprzeczyć spostrzeżeniom diagnosty. Najbardziej efektywnym sposobem jest przedstawienie odzwierciedlenia w formie subiektywnego przypuszczenia, a nie stwierdzenia (które ma charakter konfrontacyjny). Jeśli diagnosta uważa, że z jakiś powodów korzystna będzie rozmowa na temat uczuć przeżywanych przez osobę badaną może to zrobić w następujący sposób:

Odzwierciedlenie: Rozumiem, że jest pani żal koleżanki, która straciła pracę. Gdy opowiadała pani o tej sytuacji odniosłam wrażenie, że się ani uśmiecha. Mogę się mylić, ale może jest jakiś powód, dla którego ta sytuacja oprócz żalu budzi w pani jeszcze inne uczucia?

Tak sformułowane odzwierciedlenie daje osobie badanej możliwość zarówno zgody na słowa diagnosty, jak również pozostawia jej bezpieczną „furtkę” do zaprzeczenia (w powyższym przykładzie zwroty „odniosłam wrażenie” i „mogę się mylić”). Bez pozostawienia takiej możliwości osoba badana może poczuć się ona tak bardzo zagrożona, że wycofa się z kontaktu, co uniemożliwi przeprowadzenie rzetelnego wywiadu (por. Geller i Król, 1987).

Zdarzają się również takie sytuacje, kiedy nie jest korzystne aby diagnosta podtrzymywał badanego w przeżywanych uczuciach, a wręcz przeciwnie, powinien pomóc mu zdystansować się w stosunku do nich (Sztander, 1999). Są to sytuacje, kiedy przeżywane przez badanego uczucia są dla niego destrukcyjne lub kiedy badany ma tendencję do koncentracji na własnych przeżyciach i dużą trudność sprawia mu nieemocjonalne („obiektywne”) spojrzenie na swoją sytuację.

Odzwierciedlenie, jako technika prowadzenia wywiadu diagnostycznego, wymaga zdolności empatycznych, a także wrażliwości na różnice w znaczeniu słów opisujących stany emocjonalne. Jest bowiem istotna różnica pomiędzy określeniami „obawiasz się”, „boisz się”, czy „jesteś przerażony”, choć wszystkie one odnoszą się do strachu. Użycie słowa o zbyt dużym lub zbyt słabym natężeniu emocjonalnym może spowodować, że osoba badana poczuje się niezrozumiana i odzwierciedlenie przyniesie efekt odwrotny od zamierzonego. Jeśli więc diagnosta nie jest pewny jak opisać stan uczuć badanego, może zastosować formę

„Wydaje mi się, że...” lub „mam wrażenie, że...”, bowiem taka forma ułatwi badanemu zaprzeczenie uczuciom zawartym odzwierciedleniu w sytuacji gdy będzie miał wrażenie, że są one określone nieadekwatnie.

Diagnosta powinien brać również pod uwagę, iż nie zawsze jego ocena stanu emocjonalnego badanego (szczególnie jeśli badany nie mówi o nim wprost) musi być trafna. Czasami niedokładne odzwierciedlenie może stać się dla badanego punktem wyjścia do oceny własnych uczuć, wyrażenia ich w jaśniejszy sposób, bądź skorygowania oceny diagnosty (Brammer, 1984; King, 2003). Jednak w większości przypadków niedokładne odzwierciedlenie nie będzie miało pozytywnego wpływu na rozmowę. Może się zdarzyć również tak, że osoba badana nie jest gotowa do konfrontacji ze swoimi uczuciami i zbyt pochopnie wypowiedziane odzwierciedlenie może spowodować zerwanie kontaktu (Geller i Król, 1987).

Podsumowując, odzwierciedlenie uczuć jest interwencją bardzo przydatną podczas przeprowadzania wywiadu diagnostycznego. Użyteczność tej techniki zależy jednak w dużym stopniu od umiejętności i wyczucia diagnosty. Trafne odzwierciedlenie sprawia, że osoba badana czuje się rozumiana i uważnie słuchana, a także czuje przyzwolenie na przeżywanie wszelkich uczuć (nawet tych, które powszechnie są mało akceptowane). Daje również badanemu poczucie, że jego przeżycia są ważne, i że należy o nich mówić. Dzięki odzwierciedleniu badany może również uświadomić sobie te uczucia, które do tej pory pozostawały nieświadome, poszerzyć swoją świadomość emocjonalnych przeżyć związanych z daną sytuacją, a tym samym zachęcić do dalszych zwierzeń (King, 2003; Sztander, 1999). Dla diagnosty odzwierciedlenie jest sprawdzeniem, czy adekwatnie ocenia stany emocjonalne swojego rozmówcy. Dodatkowo, w przypadku osób, które mają tendencję do opowiadania o zewnętrznych aspektach omawianej sytuacji, technika ta pozwala na oderwanie się od mało istotnych treści, i skupienie na tym, co ma dużą wartość diagnostyczną, czyli na stanach wewnętrznych osoby badanej (por. Brammer, 1984).

3.6. Podsumowywanie

Zebranie w całość tego, co badany zakomunikował diagnoście nazywane jest podsumowywaniem (Okun, 2002; Brammer, 1984). Celem podsumowywania jest uporządkowanie i streszczenie dotychczasowego przebiegu rozmowy (King, 2003; Sztander, 1999). Jest ono podobne do parafrazy, obejmuje jednak znacznie dłuższą wypowiedź badanego. Technika ta jest szczególnie przydatna na zakończenie rozmowy lub na rozpoczęcie nowego spotkania (King, 2003; Okun, 2002). Może być również użyteczna w

sytuacji, gdy rozmowa „utknęła” w miejscu, gdy rozmówca cały czas porusza te same wątki i diagnosta na wrażenie, że nie posuwa się do przodu (Egan, 2002), albo gdy diagnosta chce zakończyć jakiś dłuższy fragment rozmowy i przejść do innego tematu.

Zastosowanie podsumowywania na zakończenie spotkania daje diagnoście możliwość sprawdzenia czy zapamiętał wszystkie ważne kwestie omawiane podczas rozmowy. Badanemu daje poczucie, że był uważnie słuchany i że diagnosta dużą wagę przywiązuje do prawidłowego zapamiętania treści jego wypowiedzi. Podsumowanie fragmentu wypowiedzi badanego może być zakończone pytaniem: „Czy jest jeszcze coś ważnego co chciałaby pani powiedzieć na ten temat?”, „Czy chce pani coś jeszcze coś do tego dodać?”. Stwarza to badanemu okazję do uzupełnienia dotychczasowych wypowiedzi, a diagnoście daje pewność, że zapamiętał wszystkie istotne informacje. Kończenie takimi zwrotami całości spotkania może jednak sprawić, że badany zacznie omawiać jakiś ważny temat, co przy ograniczonym czasie, jaki na rozmowę może przeznaczyć diagnosta, stawia go w niezręcznej sytuacji.

Podsumowywanie tego, co zostało powiedziane na poprzedniej sesji na początku nowego spotkania ułatwia zachowanie ciągłości procesu diagnostycznego, w płynny sposób łącząc oba spotkania i dając rozmówcom „podstawę” do pogłębiania czy rozszerzania omawianych wątków. W sytuacji kiedy diagnosta spotyka się z badanym kilkakrotnie, każde kolejne spotkanie może być rozpoczynane od podsumowywania zdobytych już informacji (Okun, 2002). Również w tej sytuacji podsumowywanie może być zakończone pytaniem, czy badany chce jeszcze coś dodać do swojej poprzedniej wypowiedzi (np. „Na ostatnim spotkaniu rozmawialiśmy o... . Być może chce pani dzisiaj jeszcze coś dodać na ten temat?”).

Pełne podsumowanie zawiera nie tylko poznawcze aspekty poruszone przez badanego w czasie wypowiedzi, ale również uczucia badanego, które w tym czasie się pojawiły (Okun, 2002; Brammer, 1984), np.: „Opowiedziała mi pani o swoim bracie, o tym, że jest ciężko chory i wymaga opieki ze strony wszystkich domowników. Dużo mówiła pani o swoich uczuciach związanych z tą sytuacją. Z jednej strony kocha pani brata i chce dla niego jak najlepiej, jednak z drugiej strony chce pani mieć swoje życie i złości panią sytuacja w której musi pani rezygnować z ważnych dla siebie spraw, ponieważ rodzice wymagają od pani opieki nad bratem. Mówiła pani też o złości do rodziców, którzy zawsze na pierwszym miejscu stawiają brata.”. Jak widać, podsumowywanie może być szeroką wypowiedzią diagnosty, zawierającą kilka zdań i poruszającą różne aspekty omawianego przez osobę badaną zagadnienia. Nie polega ono jednak na powtórzeniu całości wypowiedzi badanego, a jedynie na wybraniu i zaznaczeniu kluczowych wątków i uczuć.

Podsumowywanie daje osobie badanej poczucie, że była uważnie słuchana i że diagnosta zauważył i pamięta wszystkie ważne informacje, jakie mu przekazała. Dla badanego może stanowić pomoc w uporządkowaniu wypowiedzianych myśli i uwypukleniu najważniejszych kwestii. Diagnoście podsumowywanie daje możliwość płynnego przechodzenia z tematu do tematu, a także sprawia, że rozmowa może zostać w naturalny sposób zakończona (Brammer, 1984). Stwarza również możliwość sprawdzenia, czy diagnosta zapamiętał wszystkie ważne wątki i ewentualnie pozwala uzupełnić brakujące informacje.

3.7. Informowanie

Czasami podczas wywiadu diagnostycznego zachodzi potrzeba przekazania osobie badanej obiektywnych, rzetelnych informacji na jakiś temat. Tego typu interwencja nazywana jest „informowaniem” (Aleksandrowicz, 1996; Brammer, 1984; Okun, 2002). Stosowana jest ona między innymi w sytuacji zawierania kontraktu (por. rozdział...), kiedy diagnosta udziela badanemu niezbędnych informacji związanych z przebiegiem badania, prawami/obowiązkami badanego i diagnosty czy narzędziami psychologicznymi, które podczas spotkania (spotkań) będą używane. Innym przykładem może być sytuacja, gdy oczekiwania badanego są nieadekwatne do sytuacji diagnozy (np. badany oczekuje od diagnosty profesjonalnej pomocy psychologicznej, psychoterapii). W takim przypadku etyka zawodowa nakazuje poinformowanie badanego, jakie działania leżą w zakresie kompetencji diagnosty (lub są celem aktualnego spotkania) a jakie nie, a także udzielenie rzetelnych informacji, gdzie i na jakich warunkach oczekiwania badanego mogą zostać zaspokojone (np. w jakich miejscach prowadzona jest psychoterapia, jakie są jej koszty itd.). Informując, diagnosta nie daje badanemu rad, nie przekazuje mu swojego subiektywnego systemu wartości, ogranicza się jedynie do przekazania obiektywnych i rzetelnych informacji (Okun, 2002).

Informowanie nie jest techniką prowadzenia wywiadu, ponieważ nie służy zdobywaniu informacji o osobie badanej. Została ona jednak omówiona w niniejszym rozdziale, ponieważ niejednokrotnie jej zastosowanie pozwala uniknąć niepotrzebnych nieporozumień pomiędzy diagnostą i badanym, co pozytywnie wpływa na jakość kontaktu pomiędzy rozmówcami.

3.8. Milczenie

Czas przeznaczony na przeprowadzenie wywiadu diagnostycznego (zebranie informacji) jest zawsze ograniczony. Ten oczywisty fakt nie może jednak wpływać na

atmosferę rozmowy. Diagnosta, który się spieszy, ponagla osobę badaną do wypowiedzi stosując interwencję za interwencją, czy daje wyraz swojemu zniecierpliwieniu w sytuacji gdy nie uzyskuje odpowiedzi na swoje pytanie, może mieć poważne trudności ze stworzeniem atmosfery zaufania potrzebnej do uzyskania rzetelnych informacji, szczególnie jeśli dotyczą one tematów intymnych. W wielu wypadkach niezbędne jest pozostawienie badanemu przestrzeni do zastanowienia się nad sensem pytania czy dokonania operacji umysłowych potrzebnych do udzielenia odpowiedzi (np. przypomnienia sobie wydarzeń z przeszłości czy dokonania porównania pomiędzy dwoma zdarzeniami). Milczenie nie jest techniką konwersacyjną sensu stricto, jednak jego rola w wywiadzie diagnostycznym jest niezwykle istotna. Znaczenie milczenia w rozmowie, a także wytyczne dotyczące jego stosowania są jednak niezwykle trudne do opisanego, ponieważ w przeważającej mierze zależą od przebiegu i atmosfery rozmowy, od niewerbalnych sygnałów osoby badanej i od intuicji diagnosty. Jak pisze Jarosz (1990, s. 35): „milczenie może mieć nie tylko różne przyczyny, lecz także różny sens, oraz niejednakowe następstwa dla stosunku między ludźmi”. Nie każda dłuższa przerwa w wypowiedzi osoby badanej oznacza, że osoba badana nie ma już nic więcej na dany temat do powiedzenia i że diagnosta powinien zastosować kolejną interwencję. W sytuacji, kiedy diagnosta widzi, że osobie badanej mówienie sprawia trudność (np. z powodu dużego zaangażowania emocjonalnego), bądź kiedy ma wrażenie, że osoba badana „zbiera myśli”, korzystniej jest aby powstrzymała się swoją kolejną wypowiedzią, ponieważ pozostawienie, poprzez ciszę, miejsca na dalszą wypowiedź osoby badanej może zaowocować spontaniczną kontynuacją danego tematu. Milczenie diagnosty może być także sygnałem szacunku dla aktualnie przeżywanego stanu emocjonalnego, czy dowodem empatycznego zrozumienia. Jak podkreślają Geller i Król (1987), takie empatyczne milczenie sprzyja pogłębianiu się kontaktu pomiędzy rozmówcami. Mówiąc o ciszy jako instrumencie konwersacyjnym, należy również zwrócić uwagę na pewną powściągliwość w tempie stosowania przez diagnostę kolejnych interwencji. Najbardziej optymalna sytuacja jest wtedy, kiedy każda kolejna interwencja diagnosty pojawia się po takim czasie milczenia osoby badanej, który z jednej strony nie tworzy u niej napięcia, a z drugiej daje diagnoście pewność, że zakończyła ona swoją wypowiedź. Tak zwane „wpadanie w słowo” czy przerywanie toku spontanicznej wypowiedzi kolejną interwencją, może nie tylko wzbudzić u osoby badanej wrażenie pośpiechu i małego zainteresowania przekazywanymi przez nią treściami, ale również może pozbawić diagnostę wielu cennych informacji.

Nie należy jednak zapominać, że oprócz wielu zalet związanych z powstrzymaniem się przez diagnostę od zbyt szybkiej, kolejnej interwencji, nieadekwatne milczenie może być

niezręczne, zarówno dla badanego jak i dla diagnosty. Badany może odebrać ciszę jako przejaw braku zainteresowania, wyraz niezadowolenia diagnosty bądź wywieraną na nim presję (Geller i Król, 1987). Taka interpretacja ciszy nie będzie sprzyjała jego pozytywnemu nastawieniu zarówno do diagnosty jak i do samej rozmowy.

3.9. Kierowanie bezpośrednie

Podczas wywiadu diagnostycznego użyteczne mogą być metody służące ustalaniu bardziej szczegółowego tematu rozmowy, które Brammer (1984, s. 108) nazywa „kierowaniem bezpośrednim”. W kontekście diagnozy szczególną rolę odgrywają dwie techniki: prośba o zilustrowanie wypowiedzi konkretnym przykładem, a także ustalanie dokładnego znaczenia słowa lub zwrotu użytego przez badanego.

Tego typu interwencje przydatne są w sytuacjach, kiedy osoba badana wypowiada się na bardzo dużym poziomie ogólności, używa sloganów lub opisów mało mówiących o specyfice jej przeżyć czy problemów. Przykładowo, kiedy badany mówi: „w moim domu nie da się żyć, czuję się w nim okropnie”, diagnosta może próbować dociec, co kryje się pod tym ogólnym opisem pytając: „Co pan rozumie przez określenie, że w domu nie da się żyć?”. W tym przypadku diagnosta stara się wejść w subiektywny świat przeżyć badanego, określić co dokładnie sprawia, że sytuacja w domu jest dla niego trudna. Takie dochodzenie do subiektywnego znaczenia danego określenia pomaga w ustaleniu konkretnej przyczyny (przyczyn) opisywanych przez badanego problemów. Zapobiega także nadużyciu, jakim mogłoby być przypisywanie przez diagnostę temu określeniu własnych znaczeń i uzasadnień, czyli projekcji diagnosty. Diagnosta może również poprosić osobę badaną, aby opowiedziała jakąś konkretną sytuację, w której czuła się w opisywany przez siebie sposób, np.: „Niech pan opisz jakąś ostatnią sytuację, kiedy czuł się pan w swoim domu okropnie”. Dzięki takiemu odwołaniu się do konkretnego diagnosta może dowiedzieć się szczegółów dotyczących domowych problemów osoby badanej, a także może ustalić, co w tych sytuacjach jest dla badanego szczególnie trudne. Obydwie opisywane techniki służą pogłębianiu wiedzy o problemie badanego, skonkretyzowaniu rozmowy oraz ustaleniu ważnych szczegółów.

4. Jedna wypowiedź, wiele interwencji

Praktycznie w odpowiedzi na każdą wypowiedź badanego diagnosta może zastosować bardzo różnorodne interwencje (w zależności od celu jaki chce osiągnąć), z których każda będzie miała pozytywny wpływ na dalszy przebieg rozmowy. Poniżej zaprezentowanych jest

kilka wypowiedzi osoby badanej wraz z kilkoma przykładowymi rodzajami interwencji, które mógłby zastosować diagnosta.

WYPOWIEDŹ	INTERWENCJA
Nie mogę się zdecydować co robić. Czuję się zagubiony, po prostu nie potrafię podjąć decyzji ponieważ żadne rozwiązanie nie wydaje mi się słuszne.	Prośba o rozwinięcie tematu: Proszę opowiedzieć mi coś więcej o tej sytuacji.
	Parafraza: O ile dobrze zrozumiałem czuje się pan zagubiony, ponieważ sytuacja ma wiele rozwiązań a pan uważa, że wszystkie są niezadowolające.
	Klaryfikacja: Nie do końca rozumiem, czy pana problemem jest to, że nie może pan podjąć decyzji, czy to, że uważa pan, że wszystkie rozwiązania nie są satysfakcjonujące.
	Odzwierciedlenie: Rozumiem, że w takiej sytuacji czuje się pan zagubiony.
	Minimalna reakcja werbalna: Hmm... Rozumiem...

WYPOWIEDŹ	INTERWENCJA
Uważam, że nie mam żadnych problemów. Nie miałam ochoty tu przychodzić. To moja mama zmusiła mnie do tego, żebym przyszła. Powiedziała, że w przeciwnym wypadku nie będę mogła wyjechać na wakacje.	Parafraza: Jeżeli dobrze rozumiem uważasz przychodzenie tutaj za bezsensowne, jednak chciałbyś wyjechać na wakacje, czy tak?
	Prośba o rozwinięcie tematu: Opowiedz mi o tym jak układają ci się stosunki z mamą.
	Odzwierciedlenie: Rozumiem, że czujesz się zmuszona do przychodzenia tutaj.
	Pytanie: Jakie uczucia wzbudziło w tobie takie ultimatum postawione przez mamę?

WYPOWIEDŹ	INTERWENCJA
Czuję się wykorzystywana. Ani mój brat ani ojciec nic nie robią w domu. Wszystkie obowiązki spoczywają na mojej głowie, ja naprawdę jestem już tym bardzo zmęczona! Chciałabym mieć więcej czasu dla siebie.	Klaryfikacja: Przepraszam ale trochę się pogubiłam i nie do końca zrozumiałam jakie zachowania domowników sprawiają, że czujesz się wykorzystywana.
	Parafraza: Jeżeli dobrze rozumiem to jesteś zmęczona nawalem obowiązków i brakiem czasu dla siebie.
	Odzwierciedlenie: Zdaję sobie sprawę, że ta sytuacja musi być dla ciebie męcząca i być może również denerwująca.
	Prośba o rozwinięcie tematu: Proszę powiedzieć mi coś więcej na temat podziału obowiązków w domu.
	Pytanie: Jak wygląda podział obowiązków u pani w domu?

Uważam, że oni też mogli by się włączyć w życie domowe.	
---	--

W niektórych wypadkach diagnosta podczas jednej wypowiedzi może także zastosować więcej niż jeden rodzaj interwencji:

Rozumiem, że jest pani zła, że mąż zachował się w ten sposób (odzwierciedlenie). Proszę opowiedzieć mi jak doszło do tej sytuacji (prośba o rozwinięcie tematu).
Jeżeli dobrze zrozumiałam to chciałaby pani porozmawiać o tym z synem, jednak jest pani trudno zdecydować się na tą rozmowę (parafraza). Jakie uczucia budzi w pani myśl o tej rozmowie? (pytanie).
Przepraszam, ale poruszyła pani tak wiele ważnych wątków, że trochę się pogubiłam i nie do końca wiem, który z nich jest dla pani w tej chwili najważniejszy (klaryfikacja). Na którym z nich chciałaby się pani teraz skupić? (pytanie).

5. Kilka zasad formułowania interwencji

5.1. Język wypowiedzi

Podstawowym warunkiem przeprowadzenia dobrego wywiadu psychologicznego jest wzajemne zrozumienie wypowiedzi psychologa i klienta (Grzegółowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987). Psycholog, jako osoba kierująca rozmową, jest zobowiązany dostosować język i styl swojej wypowiedzi do konkretnego rozmówcy. Najbardziej oczywistym przykładem jest różnica w zakresie słownictwa osoby dorosłej i dziecka. Oprócz wieku różnice mogą wynikać z poziomu wykształcenia rozmówcy, jego sprawności intelektualnej czy pochodzenia społecznego. Wypowiedź diagnosty nie może być niezrozumiała dla badanego lub dopuszczać ewentualność jej opaczego zrozumienia z powodu użycia słów, których osoba badana nie zna, nie rozumie lub rozumie inaczej niż psycholog (Gerstmann, 1972). Najczęściej pojawiającym się błędem jest używanie słów z żargonu psychologicznego. Istnieje wiele specyficznych określeń (np. poczucie koherencji czy projekcja), które mogą zostać zupełnie niezrozumiane przez rozmówcę, a także szereg takich, które weszły do języka potocznego, jednak w zmienionym czy zawężonym rozumieniu (np. stres czy asertywność). Ich użycie podczas wywiadu psychologicznego może prowadzić nie tylko do tego, że rozmówca nie zrozumie wypowiedzi, ale także do wzrostu poziomu lęku przed rozmową, co obniży motywację osoby badanej do szczerych wypowiedzi, a tym samym wartość

diagnostyczną całość rozmowy. Nie oznacza to, że diagnosta powinien posługiwać się żargonem, nawet w sytuacji kiedy w taki sposób wypowiada się osoba badana. W ustach psychologa słowa takie jak „urwał się film” czy „zajarać” będą brzmiały sztucznie i na pewno nie przyczynią się do stworzenia autentycznej relacji z badanym.

5.2. Stopień złożoności wypowiedzi

Wypowiedzi bardzo długie, o zbyt skomplikowanej strukturze i wielokrotnie złożone mogą pozostać niezrozumiałe dla rozmówcy i spowodować wzrost lęku z powodu trudności w ustosunkowaniu się do nich. Wielu autorów (m.in. Gerstmann, 1972; Grzegołowska-Klarkowska i Szustrowa, 1987) podkreśla również zasadę zadawania jednego pytania na raz. Jeśli w wypowiedzi diagnosty zawarte będzie więcej niż jedno pytanie, osoba badana może bowiem poczuć się zdezorientowana i nie będzie potrafiła udzielić odpowiedzi. Możliwe jest również, że odpowie jedynie na część pytania, ponieważ pozostała część uleci z jej pamięci lub będzie chciała z jakiś powodów ją pominąć. Istnieje dodatkowe niebezpieczeństwo, że diagnosta nie będzie wiedział na które pytanie odpowiada badany. Pokazuje to następujący przykład:

Diagnosta: Czy martwi się Pani tym, że syn źle się zachowuje w szkole? Czy na przykład syn przynosi uwagi lub czy była Pani wzywana do szkoły?
--

Osoba badana: Nie.

Analizując tą odpowiedź, diagnosta nie jest w stanie określić czy odpowiedź „nie” odnosi się do tego, że osoba badana nie martwi się zachowaniem syna, że nie przynosi uwag, czy do tego, że nie była wzywana do szkoły. Być może jest to odpowiedź na wszystkie te kwestie, może jednak być tak, że osoba badana odpowiada „nie” jedynie na jedno z trzech zadanych przez diagnostę pytań. Bez dodatkowych wyjaśnień sprawa zostanie nierozstrzygnięta, a uzyskana informacja nie ma żadnych walorów diagnostycznych.

W tym punkcie warto również poruszyć kwestię zmieniania oraz „poprawiania” przez diagnostę własnych wypowiedzi. Czasami diagnosta już w trakcie zwracania się do osoby badanej ma ochotę zmienić swoją wypowiedź (na przykład z obawy przed zadaniem „niewłaściwego” pytania (np. pytania sugerującego czy alternatywnego) i zaczyna ją przeformułowywać lub tłumaczyć, co miał na myśli. Takie zachowanie stwarza tylko niepotrzebnie wrażenie nerwowości i braku profesjonalizmu diagnosty. Należy podkreślić, że bardzo trudno przeprowadzić wywiad, w którym nie ma żadnego błędu czy potknięcia, a

drobne „usterki” w interwencjach diagnosty nie mają większego wpływu na proces diagnostyczny. Diagnosta, któremu zdarzy się zadać pytanie mniej diagnostyczne, nie musi się z niego wycofywać czy go poprawiać. Ważna jest świadomość popełnionego błędu i zachowanie ostrożności podczas interpretacji tak uzyskanych danych. Również w sytuacji gdy diagnosta ma poczucie, że jego wypowiedź jest niejasna dla badanego, warto wstrzymać się z tłumaczeniem jej sensu i poczekać na reakcję badanego. Jeśli badany zareaguje niezgodnie z intencją diagnosty, można ponowić interwencję w zmodyfikowanej formie. W przypadku kiedy sens pytania będzie na tyle niejasny, że badany nie będzie potrafił na nie odpowiedzieć najprawdopodobniej, sam poprosi o sprecyzowanie czy wytłumaczenie danego pytania.

5.3. Jednoznaczność wypowiedzi

Podczas formułowania wypowiedzi warto zwrócić uwagę również na to, aby nie zawierała ona słów wieloznacznych, o nieostrym lub zbyt szerokim znaczeniu (Gerstmann, 1972). Ich użycie może spowodować bowiem rozbieżności w znaczeniu, jakie będzie danemu określeniu przypisywać klient i psycholog, co może doprowadzić do błędnej interpretacji. Przykładem określenia wieloznacznego może być zwrot „kochać się” - który oprócz opisu stanu emocjonalnego w stosunku do innej osoby - w języku potocznym oznacza również współżycie seksualne. Niejasność określenia może również doprowadzić do dezorientacji badanego i kłopotów z udzieleniem odpowiedzi. Przykładem określenia o nieostrym znaczeniu może być określenie „ludzie”. Słyszac zdanie „Proszę opowiedzieć jak układają się pani kontakty z innymi ludźmi”, osoba badana może nie wiedzieć kogo prowadzący badanie miał na myśli, czy np. członków rodziny, czy przyjaciół, czy kolegów z pracy, czy jeszcze inną grupę osób. Podobnie jak w przypadku używania słów wieloznacznych, może to doprowadzić do dezorientacji badanego, wzrostu poczucia lęku i/lub błędnych interpretacji diagnostycznych.

5.4. Znajomość zagadnienia

Kolejną zasadą, którą postuluje Gerstmann (1972), jest unikanie pytań, na które badany może nie znać odpowiedzi. Zaliczamy tu pytania o tzw. „obiektywną” rzeczywistość, która może być nieznana osobie badanej. Przykładem może być pytanie „Co spowodowało, że twój chłopak cię zostawił?”. Zadając to pytanie diagnosta wymaga od osoby badanej informacji, których ona może nie posiadać (ponieważ to nie ona, a jej chłopak podjął taką decyzję i nie musiał wyjawiać jej motywów). Dodatkowo w odpowiedzi na tak sformułowane

pytanie diagnosta może nie otrzymać informacji o subiektywnym świecie osoby badanej, czego konsekwencją może być uzyskanie danych o mniejszej wartości diagnostycznej.

5.5. Ciekawość

Ta zasada dotyczy motywacji diagnosty do zadawania pytania. Cel wywiadu, model teoretyczny którym posługuje się diagnosta, a także hipotezy diagnostyczne postawione na tej podstawie ściśle określają informacje które, diagnosta powinien uzyskać podczas wywiadu. Wszystkie te elementy determinują tematykę wywiadu i zakres tematyczny pytań. Diagnosta nie powinien stwarzać sytuacji, w której jego pytanie nie służy osiągnięciu celu, który przed nim stoi. Niedopuszczalne jest zadawanie przez diagnostę pytań, które mają służyć jedynie zaspokojeniu jego ciekawości. Osoba badana ma prawo do zachowania prywatności. Diagnosta nie powinien więc wykorzystywać swojej uprzywilejowanej pozycji i poruszać tematów nie mających związku z aktualną sytuacją diagnostyczną.

6. Podsumowanie

Na to, w jaki sposób będzie przebiegała rozmowa pomiędzy psychologiem a osobą badaną/klientem/pacjentem ma wpływ tak wiele różnorodnych czynników, że wyczerpujące opisanie zasad stosowania poszczególnych instrumentów konwersacyjnych podczas wywiadu diagnostycznego staje się praktycznie niemożliwe. Można oczywiście wskazywać na większą użyteczność niektórych rodzajów wypowiedzi diagnosty (np. pytań otwartych czy parafrazy), jednak każdy z opisanych w rozdziale instrumentów konwersacyjnych posiada zarówno swoje „zalety” jak i „wady”. Jak pisze Gerstmann (1972, s. 110): „na tym właśnie, że nie można ustalić typowych schematów wyznaczających sposoby posługiwania się metodami rozmowy czy wywiadu, polega ich trudność, ale prawdopodobnie także ich niezastąpiona wartość poznawcza, której nie da się osiągnąć innymi metodami”. Wydaje się, że najistotniejsze jest to, aby podczas formułowania wypowiedzi psycholog uwzględniał nie tylko na to, na ile przybliży go ona do poznania osoby badanej, ale również to, jaki będzie miała ona wpływ na jakość nawiązywanego z osobą badaną kontaktu.

Literatura cytowana

Aleksandrowicz, J.W. (1996). Psychoterapia medyczna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Brammer, L.M. (1984). Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Cannell C. F., Kahn, R. L. (1965). Budowa kwestionariusza. W: S. Nowak (red.), Metody badań socjologicznych, 99-112. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Craig, R.A., Scheibe, R., Raskin, D.C., Kricher, J.C i Dodd, D.H. (1999). Interviewer question and content analysis of children's statements of sexual abuse. Applied Developmental Science, 3, 2, 77-86.
- Egan, G. (2002). Kompetentne pomaganie. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Geller, S. i Król, M. (1987). Kontakt interpersonalny w wywiadzie diagnostycznym. W: T. Szustrowa (red.), Swobodne techniki diagnostyczne, 5-45. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Gerstmann, S. (1972). Rozmowa i wywiad w psychologii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Głodowski, W. (1999). Wywiad czyli rozmowa na temat. Warszawa: Hansa Communication.
- Gordon, T. (1994a). Wychowanie bez porażek w praktyce. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Gordon, T. (1994b). Wychowanie bez porażek w szkole. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Gordon, T. (1994c). Wychowanie bez porażek. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Grzegółowska - Klarkowska, H. i Szustrowa, T. (1987). Technika prowadzenia wywiadu. W: T. Szustrowa (red.), Swobodne techniki diagnostyczne, 46-71. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Gut, J i Haman, W. (1995). Docenić konflikt. Od walki i manipulacji do współpracy. Warszawa: Wydawnictwo Kontrakt.
- Heaton, J. A. (2003). Podstawy umiejętności terapeutycznych. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Hill, C.E. (1978). The development of a system for classifying counselor responses. Journal of Consulting Psychology, 25, 461-468.
- Hill, C.E. (1986) An overview of Hill counselor and client verbal response modes category system. W: L. Greenberg, W. Pinsof (red.). The psychotherapeutic process: A research handbook, 131-160. New York: Guilford.
- Jarosz, M. (1990). Lekarz psychiatra i jego pacjent. Warszawa: Państwowy Zakład wydawnictw Lekarskich.

- Jedliński, K. (1993). Sztuka słuchania. W: J. Santorski (red.), ABC pomocy psychologicznej, 13-25. Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza.
- Jonhson, D. W. (1992). Podaj dłoń. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowi i Trzeźwości.
- King, G. (2003). Umiejętności terapeutyczne nauczyciela. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Melibruda, J. (1980). Ja – Ty – My. Psychologiczne możliwości ulepszania kontaktów międzyludzkich. Warszawa: Nasz Księgarnia.
- Okun, B. F. (2002). Skuteczna pomoc psychologiczna. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Pawłowski, T. (1969). Metodologiczne zagadnienia humanistyki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stiles, W. B. (1978). Verbal response modes and dimensions of interpersonal roles: A method of discourse analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 36, 693-703.
- Sztander, W. (1999). Rozmowy, które pomagają. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Tengler, C. D. i Jablin, F. M. (1983). Effects of question type, orientation, and sequencing in the employment screening interview. Communication Monographs, 50, 3, 245-263.
- Wallen, R. (1964). Psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.