

Rozwój zawodowy psychologów w zakresie kompetencji diagnostycznych – wybrane aspekty

ANNA SŁYSZ

Instytut Psychologii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
Poznań

STRESZCZENIE

Ważnym elementem rozwoju zawodowego psychologów jest rozwój profesjonalnych kompetencji. Celem artykułu jest przedstawienie modelu rozwoju wybranych kompetencji diagnostycznych podczas nabywania doświadczenia zawodowego po zakończeniu edukacji akademickiej. Jako punkt odniesienia autorka przyjmuje wielowymiarowy model kompetencji (competency cube) psychologa (Rodolfa i in., 2005; Fouad i in., 2009) oraz model zdobywania kompetencji braci Huberta i Stuarta Dreyfus (1986, za: Wolf, 2009). Przedmiotem analizy jest rozwój takich kompetencji diagnostycznych, jak: znajomość metod diagnostycznych, diagnoza różnicowa, konceptualizacja przypadku oraz refleksja nad praktyką.

Słowa kluczowe: diagnoza, doświadczenie, kompetencje diagnostyczne, rozwój zawodowy

WPROWADZENIE

Ważnym elementem rozwoju zawodowego psychologów jest rozwój profesjonalnych kompetencji. Jako punkt wyjścia autorka przyjmuje wielowymiarowy model kompetencji (*competency cube*) psychologa (Rodolfa i in., 2005; Fouad i in., 2009). Pierwszy wymiar stanowią następujące domeny: refleksja nad praktyką i autodiagnoza, wiedza naukowa i znajomość metod diagnostycznych, relacje z pacjentem/klientem, etyka, różnice indy-

widualne i kulturowe. Drugi wymiar obejmuje różne obszary aktywności zawodowej psychologa: diagnoza, interwencja, badania naukowe, superwizja i nauczanie. Trzeci wymiar obejmuje fazy rozwoju zawodowego (różne etapy kształcenia). Przedmiotem analizy jest jeden z obszarów aktywności zawodowej psychologa – diagnozowanie, a w jego ramach rozwój takich kompetencji diagnostycznych, jak: znajomość metod diagnostycznych, diagnoza różnicowa, konceptualizacja przypadku oraz refleksja nad praktyką. W modelu tym nacisk został położony na aspekt rosnącej samodzielności psychologa w podejmowaniu decyzji diagnostycznych. Do opisu poszczególnych etapów rozwoju kompetencji diagnostycznych zostanie wykorzystany model nabywania kompetencji autorstwa braci Huberta i Stuarta Dreyfus (1986, za: Wolf, 2009) odnoszący się do preferowanych kryteriów i reguł postępowania w zależności od poziomu doświadczenia zawodowego. Oba prezentowane modele mają charakter opisowy.

Celem artykułu jest przedstawienie modelu rozwoju wybranych kompetencji diagnostycznych podczas nabywania doświadczenia zawodowego po zakończeniu edukacji akademickiej. Warto zaznaczyć, że rozwój zawodowy i rozwój osobisty jednostki wpływają na siebie wzajemnie, co w sposób szczególnie uwiadcza się w przypadku zawodu psychologa. Oprócz doświadczenia zawodowego i refleksji w praktyce, które uwzględniono w niniejszym artykule, istnieje wiele innych czynników decydujących o rozwoju zawodowym, na przy-

kład uzdolnienia kierunkowe czy aspiracje zawodowe. W artykule zwrócono uwagę na rolę podejmowanych przez jednostkę czynności stymulujących rozwój zawodowy w dorosłości, a mianowicie kształcenie się po studiach w ramach specjalistycznych kursów. Uczenie się przez całe życie (*lifelong learning*) staje się koniecznością w rozwoju zawodowym.

ETAPY ROZWOJU ZAWODOWEGO – MODEL BRACI DREYFUS

Pięcioletni model nabywania kompetencji braci Dreyfus (1986, za: Wolf, 2009) odnosił się pierwotnie do umiejętności technicznych, ale można go zastosować z powodzeniem także w innych obszarach aktywności zawodowej. Model dotyczy zdobywania konkretnych, mniej lub bardziej ogólnych kompetencji, w myśl założenia, że ekspert w jednej dziedzinie może być nowicjuszem w innej.

Nowicjusz (*novice*), wykonujący swoją pracę po raz pierwszy, jest nastawiony na szybką realizację prostych zadań. Uczy się reguł rozpoznawania (np. problemu), ale często nie zauważa specyfiki sytuacji, w której można daną regułę zastosować.

Zaawansowany początkujący (*advanced beginner*) powoli zaczyna rozumieć, na czym polega jego praca i zauważa powtarzalne wzorce (jest to możliwe dzięki minimalnemu doświadczeniu zawodowemu). Osoba będąca na tym etapie ma do czynienia z większą liczbą sytuacji i uczy się różnicować znaczące aspekty tych sytuacji. Potrzebuje jednak kogoś, kto jej doradzi, jak należy postąpić w konkretnej sytuacji.

Dopiero kompetentny (*competent*) dobrze orientuje się w wyuczonej dziedzinie, dzięki czemu może przejść od wykonywania zleconych zadań do samodzielnej realizacji celów. Różnice między poszczególnymi sytuacjami, z jakimi się spotyka, są tak duże, że pracownik przestaje przywiązywać wagę do sztywnych reguł i podejmując decyzje, odwołuje się także do własnego emocjonalnego nastawienia.

Biegły (*proficient*) zaczyna syntezować wiedzę z innych dziedzin, aby więcej zrozu-

mieć. Przejście na ten poziom wymaga dużego wysiłku intelektualnego. Emocjonalne zaangażowanie w asymilację szerokiego wachlarza doświadczeń zawodowych prowadzi do lepszego różnicowania sytuacji, ale osoba nie ma wystarczającego doświadczenia do poradzenia sobie w trudnych sytuacjach i wówczas wraca do reguł decyzyjnych.

Ekspert (*expert*) zdobył wystarczające doświadczenie zawodowe i nauczył się, jak postępować w wielu różnych sytuacjach. Często podejmuje decyzje intuicyjnie, a jego działania są bardziej spontaniczne.

Zgodnie z tym modelem (Dreyfus, Dreyfus, 1986, za: Wolf, 2009) w pierwszej fazie pracownicy potrzebują jasnych reguł postępowania, które z czasem stają się mniej istotne, a ich miejsce częściowo zajmuje intuicja. Przedstawiony model osiągania kompetencji zakłada liniowy rozwój od pierwszego do trzeciego poziomu (od nowicjusza do kompetentnego), ponieważ sprawność osiąga się poprzez wielokrotne powtarzanie pewnych czynności. Natomiast dalszy rozwój (od biegłego do eksperta) wymaga skoku jakościowego polegającego m.in. na poszerzeniu zakresu poszukiwań, znajdowaniu analogii do innych zagadnień. Ten ogólny model można zastosować do opisu etapów osiągania kompetencji diagnostycznych.

ETAPY ROZWOJU KOMPETENCJI DIAGNOSTYCZNYCH

Kompetencja zawodowa została zdefiniowana jako „powszechnie i rozważnie (*habitual and judicious*) wykorzystywanie komunikowania się, wiedzy, technicznej biegłości, klinicznego rozumowania, wartości i refleksji w codziennej praktyce, która służy odnoszeniu korzyści przez jednostki i społeczności” (Epstein, Hundert, 2002, s. 227). Niezbędnym elementem kompetencji zawodowej psychologa jest kompetencja diagnostyczna, czyli umiejętność posługiwania się odpowiednimi metodami w celu określenia istotnych właściwości badanej osoby, grupy lub organizacji (Stemplewska-Żakowicz, 2009).

Do najważniejszych kompetencji diagnostycznych zalicza się: znajomość teorii badania psychologicznego, znajomość metod diagnostycznych, wiedzę na temat konstrukcji testów i ich psychometrycznej oceny, wiedzę na temat procesu badania za pomocą testów, umiejętność diagnozowania jednostek, grup i systemów, umiejętność pisania raportów z badania, zrozumienie problemów różnorodności kulturowej i etnicznej (Krishnamurthy i in., 2004, za: Paluchowski, 2008). Wśród kompetencji niespecyficznych, przydatnych jednak w diagnozie, znajdują się dodatkowo: umiejętność nawiązania relacji z pacjentem/klientem, refleksja nad praktyką oraz umiejętność rozstrzygnięcia dylematów etycznych (Rodolfa i in., 2005; Fouad i in., 2009).

Wspomniany model Emila Rodolfa i in. (2005) odnosi się do pięciu faz rozwoju zawodowego: studia doktoranckie, staż, superwizja, praca wykładowcy, dalszy rozwój kompetencji. W modelu nie uwzględniono etapów kształcenia na poziomie studiów magisterskich. W nawiązaniu do tego modelu dokonano szczegółowego zestawienia poszczególnych kompetencji (komponenty oraz przejawy) (Fouad i in., 2009). Dla każdej kompetencji wyróżniono trzy etapy rozwoju, które nie zostały przyporządkowane konkretnym etapom kształcenia¹. Omawiając poszczególne etapy rozwoju kompetencji diagnostycznych, uwzględnę dwie kompetencje specyficzne dla diagnozy i jedną niespecyficzną. Pierwsza z omawianych kompetencji (znajomość narzędzi diagnostycznych) jest przydatna w różnych obszarach praktycznej działalności psychologa, a druga (diagnoza nozologiczna) odnosi się przede wszystkim do diagnozy klinicznej.

Kompetencja: wiedza i znajomość narzędzi diagnostycznych

Etap 1. Na początku diagnosta posiada podstawową wiedzę na temat teoretycznych i kontekstualnych podstaw wywiadu psychologicznego oraz konstrukcji testów. Ma świadomość korzyści płynących ze standaryzacji w diagnozie, posiada wiedzę na temat diagnozowa-

nych konstruktów, trafności i rzetelności oraz zna zasady konstrukcji testów. Wiedzę tę nabywa podczas psychologicznych studiów magisterskich (podstawy diagnostyki psychologicznej itp.).

Etap 2. Na kolejnym etapie diagnosta potrafi dokonać selekcji konkretnych narzędzi diagnostycznych ze względu na wskaźniki trafności i rzetelności (umiejętność zastosowania wiedzy teoretycznej). W praktyce potrafi dobrać odpowiednie metody diagnostyczne do przypadków, ale zwykle potrzebuje konsultacji (np. z nauczycielem, superwizorem) dotyczącej wyboru narzędzi diagnostycznych. Etap ten może być osiągnięty na ostatnim roku studiów magisterskich (praktyki studenckie), a także w ciągu pierwszego roku pracy (stażu) po zakończeniu studiów.

Etap 3. Dopiero na trzecim etapie diagnosta potrafi samodzielnie dokonać wyboru i zastosować różne metody, uzasadnić ich wybór oraz dostrzec w pełni różnorodność osób, rodzin, grup i kontekstów. W praktyce potrafi kompetentnie posługiwać się narzędziami „wrażliwymi kulturowo”, normami, a także wskazać ograniczenia danych diagnostycznych analizowanych w raporcie. Jest to możliwe po kilku latach praktyki (Fouad i in., 2009).

Kompetencja: diagnoza nozologiczna

Etap 1. Na początku edukacji w zakresie diagnozy psycholog ma podstawową wiedzę dotyczącą zachowań z obszaru normy i patologii, faz rozwojowych i różnic indywidualnych. W praktyce potrafi zidentyfikować kryteria diagnostyczne (np. z systemów klasyfikacji ICD-10 lub DSM-IV) i określić prawidłowy rozwój.

Etap 2. Na drugim etapie diagnosta potrafi zastosować w diagnozie koncepcje dotyczące zachowań z obszaru normy i patologii, uwzględnić etapy rozwoju i różnice indywidualne. Ponadto umiejętnie stawia pytania diagnostyczne (dotyczące właściwości rozwojowych i symptomów klinicznych), jest w stanie zidentyfikować obszary problemowe i zastosować koncepcje diagnozy różnicowej.

Etap 3. Kolejny etap rozwoju to umiejętne wykorzystanie wniosków diagnostycznych do zaplanowania interwencji, w kontekście etapów rozwoju i różnic indywidualnych (Fouad i in., 2009).

Kompetencja: refleksyjna praktyka

Etap 1. Początkowo diagnosta ma podstawową samoświadomość i refleksyjność; podejmuje refleksję nad profesjonalną praktyką (*reflection-on-action*). Posiada umiejętność rozwiązywania problemów, krytycznego i elastycznego myślenia. Charakteryzuje go także otwartość na: rozważanie własnych problemów osobistych, rozpoznanie swojego wpływu na innych, przyglądanie się swoim umiejętnościom z superwizorem/nauczycielem.

Etap 2. Drugi etap charakteryzuje szersza samoświadomość diagnosty, refleksja nad profesjonalną praktyką (*reflection-on-action*), elementy refleksji w działaniu (*reflection-in-action*). Rozpoznaje swój wpływ na innych, opisuje jak doświadczenia innych i zidentyfikowane role mogą funkcjonować w grupie. Wykorzystuje superwizję do poszerzania refleksji zawodowej.

Etap 3. Na ostatnim etapie rozwoju tej kompetencji diagnosta jest w stanie podjąć refleksję w kontekście profesjonalnej praktyki (*reflection-in-action*), umiejętnie wykorzystuje siebie jako „narzędzie terapeutyczne”. Potrafi na bieżąco rozpoznawać własne problemy i minimalizować ich wpływ na profesjonalne funkcjonowanie (Fouad i in., 2009).

Zastosowanie modelu braci Dreyfus do opisu etapów rozwoju kompetencji diagnostycznych

Rozwój niektórych elementarnych kompetencji diagnostycznych może przebiegać równoległe, ale w pewnym stopniu niezależnie. Po przeanalizowaniu wspólnych elementów można wskazać kierunki rozwoju zawodowego psychologa diagnosty w zakresie nabywania wybranych kompetencji diagnostycznych (na przykładzie diagnozy w psychologii kli-

nicznej): zwiększanie autonomii profesjonalnych decyzji diagnostycznych, refleksja nad własną aktywnością diagnostyczną, myślenie krytyczne, świadomość ograniczeń (w zakresie metod i danych), poszerzanie samoświadomości.

Przedstawiony podział na etapy rozwoju kompetencji jest trójfazowy. Aby uszczegółowić ten opis, zastosuję model braci Dreyfus (1986, za: Wolf, 2009) i podam konkretne przykłady umiejętności w zakresie diagnozy depresji (por. Wolf, 2009). Pierwszy etap, według Nadyi Fouad i in. (2009), nie znajduje swojego odpowiednika w modelu braci Dreyfus (1986, za: Wolf, 2009), ponieważ dotyczy okresu edukacji akademickiej sprzed podjęcia praktyki zawodowej.

Drugi etap, opisany przez Fouad i in. (2009), można z kolei podzielić na dwie fazy. W pierwszej fazie („nowicjusz”) diagnosta zna metodę wywiadu ustrukturyzowanego oraz kwestionariusze do diagnozy depresji i odwołuje się jedynie do tego (Wolf, 2009). W drugiej fazie („zaawansowany początkujący”) diagnosta stosuje kwestionariusze w diagnozie depresji w stosunku do większej liczby pacjentów i uczy się, że podobne wyniki można odnieść do różnych kontekstów (np. reakcja na traumę, chroniczna depresja).

W ramach trzeciego etapu, według Fouad i in. (2009), można wyodrębnić trzy kolejne fazy. W trzeciej fazie („kompetentny”) psycholog posługuje się gotowymi narzędziami w diagnozie depresji, ale ufa także własnej ocenie. Ponadto w większym stopniu uwzględnia czynniki sytuacyjne, a jego diagnoza końcowa jest bardziej złożona. W czwartej fazie („biegły”) praktyk jest wprawny w diagnozie do tego stopnia, że nie musi używać dodatkowych narzędzi (kwestionariuszy) do stwierdzenia np. depresji, ale może mieć wątpliwości co do tego, jak najlepiej postąpić w danej sytuacji diagnostycznej. Dopiero w fazie piątej („ekspert”) diagnosta jest biegły w diagnozowaniu np. depresji, rozpoznaje różne jej rodzaje i jest pewny swoich decyzji diagnostycznych; nie zastanawia się długo i często działa spontanicznie (Wolf, 2009).

Kolejne stopnie biegłości diagnostycznej są związane z nabywanym stopniowo doświadczeniem praktycznym (np. kontakt z wieloma pacjentami cierpiącymi na depresję). Samo doświadczenie praktyczne jednakże nie gwarantuje przejścia od „biegłego” do „eksperta”.

UWARUNKOWANIA ROZWOJU KOMPETENCJI

Bazą do zdobycia podstawowych kompetencji diagnostycznych (por. etap pierwszy według Fouad i in., 2009) jest edukacja na studiach wyższych. Dalszy rozwój zawodowy w tym zakresie jest możliwy dzięki samokształceniu oraz nabywaniu doświadczenia zawodowego.

Badania nad wpływem doświadczenia i edukacji na trafność diagnozowania wykazały, iż oba czynniki są predyktorami trafnej diagnozy (w przypadku edukacji zmienną pośredniczącą była liczba pytań diagnostycznych) (Brammer, 2002). Badani byli psychologowie i studenci psychologii. Z badań wynika, że edukacja i doświadczenie przyczyniają się do nabywania odmiennych umiejętności. Edukacja akademicka uczy psychologów, jakie zadawać pytania (jakie informacje są potrzebne) i jak pomijać informacje niediagnostyczne; z kolei doświadczenie uczy zbierania szerszego zakresu informacji umożliwiających lepsze zrozumienie pacjenta/klienta. Badania dotyczyły trafności diagnozy nozologicznej i nie wiadomo, czy podobne zależności wystąpiłyby w przypadku diagnozy funkcjonalnej.

Podobne wyniki badań, pod względem zakresu poszukiwanych informacji przez nowicjuszy i ekspertów, otrzymali Kathy O’Byrne i Rodney Goodyear (1997). Autorzy wykazali, iż nowicjusze (średnio 1,8 roku doświadczenia zawodowego) i eksperci (średnio 13 lat doświadczenia) stosowali różne strategie diagnozowania, a konkretnie: eksperci wyrażali zapotrzebowanie na znacząco więcej informacji na temat osoby badanej (stawiali więcej pytań) niż nowicjusze i w mniejszym stopniu koncentrowali się na przełomowych aspektach sytuacji klienta. Zatem w przytoczonych

badaniach nie potwierdziły się założenia Dane’a Chapmana i Chandry Aubin (2002) na temat związku między poziomem doświadczenia zawodowego a stosowaniem reguł heurystycznych w diagnozie. Badania dotyczyły strategii diagnozowania i nie dostarczają informacji na temat efektywności diagnozowania w obu grupach.

Na podstawie metaanalizy wyników badań niektórzy autorzy (Walters, White, Greene, 1988, Werner, Rose, Yesavage, 1983, za: Rabinowitz, Efron, 1997) stwierdzili, że skłonność do popełniania błędów diagnostycznych, wynikających ze stosowania klasycznych heurystyk, nie zmniejsza się istotnie pod wpływem treningu czy doświadczenia. Do podobnych wniosków skłaniają wyniki badań własnych autorki, w których nie wykazano zależności między poziomem doświadczenia zawodowego a efektywnością diagnozowania (kryterium była trafność diagnozy nozologicznej – stwierdzenie schizoidalnego zaburzenia osobowości) (Słysz, 2008). Nie potwierdziło się także oczekiwanie, że im wyższy poziom doświadczenia zawodowego (stażu pracy), tym większa tendencja do stosowania reguł heurystycznych w procesie diagnozowania. Można jednak znaleźć pojedyncze wyniki badań świadczące o roli doświadczenia zawodowego w nabywaniu tego rodzaju kompetencji (Shelton, 1999, za: Bhattacharjee, Moreno, 2002).

Inne badania (Eells i in., 2005) wykazały, że eksperci (mający doświadczenie praktyczne, prowadzący zajęcia ze studentami oraz publikujący artykuły naukowe) wypadli lepiej w sytuacji testowania kompetencji diagnostycznych niż studenci psychologii klinicznej i doświadczeni terapeuci (minimum 12 lat stażu pracy). Co ciekawe, studenci psychologii wypadli lepiej niż doświadczeni praktycy (kryteria były następujące: jakość konceptualizacji, zakres informacji, złożoność, spójność, opracowanie planu interwencji). Szukając wyjaśnienia tego układu wyników, można zauważyć, że studenci i eksperci są pod pewnymi względami podobni: często myślą o jakości swoich działań, poddają je ocenie, starają się

spełnić określone standardy doskonałości (Eells i in., 2005), czytają profesjonalną literaturę, uczestniczą w szkoleniach, doskonalą swoje umiejętności i wiedzę (Garb, 1989, 2006, za: Stemplewska-Żakowicz, 2009). Niezwykle ważnym czynnikiem rozwoju kompetencji diagnostycznych jest zatem udział w profesjonalnych szkoleniach także po studiach (Garb, 1989, za: Stemplewska-Żakowicz, 2009).

Na podstawie przedstawionych wyników badań nasuwa się ogólny wniosek, iż doświadczenie zawodowe nie jest czynnikiem wystarczającym dla rozwoju zawodowego w zakresie kompetencji diagnostycznych i osiągnięcia poziomu eksperckiego. Innymi słowy, doświadczenie jest warunkiem koniecznym, ale nie wystarczającym bycia ekspertem. Kluczowe jest uczenie się przez całe życie (*lifelong learning*), włączając w to m. in.: udział w dodatkowych szkoleniach, czytanie bieżącej literatury przedmiotu, refleksję nad praktyką czy udział w grupach superwizyjnych (Stoltenberg, 2005).

ZAKOŃCZENIE

W miarę kształcenia się i nabywania doświadczenia zawodowego psycholog buduje swoje kompetencje diagnostyczne. Zmierza w kierunku samodzielnego podejmowania decyzji w zakresie stosowania różnych metod diagnostycznych, diagnozy różnicowej i konceptualizacji przypadku, a także większej refleksji w działaniu (w trakcie diagnozowania). Ostatnia z wymienionych kompetencji ma specyficzną funkcję – najprawdopodobniej warunkuje rozwój pozostałych. W postępie zawodowym ważna jest koncentracja na rozwijaniu nie tylko specyficznych umiejętności diagnostycznych, ale także niespecyficznych, takich jak autorefleksja, myślenie krytyczne, refleksja nad praktyką itp. Jedynie świadomy rozwój w ciągu całego życia zawodowego gwarantuje osiągnięcie poziomu eksperckiego w zakresie różnych kompetencji diagnostycznych i tym samym zwiększa efektywność diagnozowania.

PRZYPIS

¹ Mimo różnic w sposobie kształcenia psychologów w Europie (por. Reykowski, 2004), obowiązujące w Polsce standardy kształcenia są porównywalne do wymagań najważniejszych uniwersytetów europejskich (Brzeziński, Doliński, Strelau, 2004). W związku z tym prezentowane etapy rozwoju kompetencji (zakres wiedzy i umiejętności) można odnieść także do warunków polskich.

BIBLIOGRAFIA

- Bhattacharjee S., Moreno K. (2002), The Impact of Affective Information on the Professional Judgments of More Experienced and Less Experienced Auditors. *Journal of Behavioral Decision Making*, 15, 361–377.
- Brammer R. (2002), Effects of Experience and Training on Diagnostic Accuracy. *Psychological Assessment*, 14 (1), 110–113.
- Brzeziński J., Doliński D., Strelau J. (2004), Nowe spojrzenie na standardy kształcenia na pięcioletnich studiach psychologicznych. Założenia, doświadczenia, nowe wyzwania. *Czasopismo Psychologiczne*, 10 (2), 205–219.
- Chapman D., Aubin Ch. (2002), *Cognitive Strategies for Reducing Errors in Clinical Decision Making*. <http://www.saem.org/download/02chapman.pdf>13 [dostęp: 12.03.2007].
- Dreyfus H.L., Dreyfus S.E. (1986), *Mind Over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. New York: Free Press.

- Eells T.D., Lombart K.G., Kendjelic E.M., Turner L.C., Lucas C.P. (2005), The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive–Behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 579–589.
- Epstein R.M., Hundert E.M. (2002), Defining and Assessing Professional Competence. *The Journal Of The American Medical Association* [JAMA], 287 (2), 226–235.
- Fouad N.A., Grus C., Hatcher R.L., Kaslow N.J., Hutchings Ph.,S., Madson M.B., Collins F.L., Crossman R.E. (2009), Competency Benchmarks: A Model for Understanding and Measuring Competence in Professional Psychology Across Training Levels. *Training and Education in Professional Psychology*, 3 (4), 5–26.
- Garb H.N. (1989), Clinical Judgment, Clinical Training, and Professional Experience. *Psychological Bulletin*, 3, 387–396.
- Garb H.N. (2006), The Conjunction Effect Clinical Judgment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9 1048–1056.
- Krishnamurthy R., VandeCreek L., Kaslow N.J., Tazeau Y.N., Miville M.L., Kerns R., Stegman R., Suzuki L., Benton S.A. (2004), Achieving Competency in Psychological Assessment: Directions for Education and Training. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (7), 725–739.
- O’Byrne K.R., Goodyear R.K. (1997), Client Assessment by Novice and Expert Psychologists: A Comparison of Strategies. *Educational Psychology Review*, 9 (3), 267–278.
- Paluchowski W.J. (2008), Kompetencyjny model zawodu psychologa [w:] St.A. Witkowski, T. Listwan (red.), *Sukces w zarządzaniu kadrami. Kompetencje a sukces zarządzania organizacją*, 37–45. Warszawa: Difin.
- Rabinowitz J., Efron N., (1997), Diagnosis, Dogmatism and Rationality. *Journal of Mental Health Counseling*, 19 (1), 40–56.
- Reykowski J. (2004), Studia psychologiczne w Europie. Analiza porównawcza wybranych przykładów. *Czasopismo Psychologiczne*, 10 (2), 197–204.
- Rodolfa E.R., Bent R.J., Eisman E., Nelson P.D., Rehm L., Ritchie P. (2005), A Cube Model for Competency Development: Implications for Psychology Educators and Regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 347–354.
- Shelton S. (1999), The Effect of Experience on the Use of Irrelevant Evidence in Auditor Judgment. *The Accounting Review*, 74, 217–224.
- Słysz A. (2008), *Typy diagnostów. Preferencje poznawcze diagnostów a strategie diagnozowania*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Stemplewska-Żakowicz K. (2009), *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Stemplewska-Żakowicz K., Paluchowski W. J. (2008), Podstawy diagnozy psychologicznej [w:] J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, 2, 25–94. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Stoltenberg C.D. (2005), Enhancing Professional Competence Through Developmental Approaches to Supervision. *American Psychologist*, 60, 857–864.
- Walters G.D., White T.W., Greene R.L. (1988), Use of the MMPI to Identify Malingering and Exaggeration of Psychiatric Symptomatology in Male Prison Inmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 111–117.
- Werner P.D., Rose T.L., Yesavage J.A. (1983), Reliability, Accuracy, and Decision-making Strategy in Clinical Predictions of Imminent Dangerousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 715–825.
- Wolf A.W., (2009), Comment Can Clinical Judgment Hold Its Own Against Scientific Knowledge? Comment on Zeldow (2009). *American Psychological Association*, 46 (1), 11–14.