

Kontekst odkrycia i kontekst uzasadnienia w diagnozie psychologicznej

Katarzyna Stemplewska-Żakowicz*

Wyższa Szkoła Zarządzania i Prawa im. Heleny Chodkowskiej, Warszawa

CONTEXT OF DISCOVERY AND CONTEXT OF JUSTIFICATION IN PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT

In psychological assessment there are still vivid controversies and disputes between proponents of methodological rigor and advocates of clinical intuition and practitioners try to find their way in this situation. In the article it is proposed to reflect once again upon the classic distinction made by Hans Reichenbach – the distinction of context of discovery and context of justification. Although originally it referred to the process of scientific research, it can well be applied to the assessment process, as the latter is frequently being compared to the former. Distinguishing between the actions of a diagnostician that are proper in the context of discovery and those that should best be taken in the context of justification may help to order arguments of both parties and to promote finding a consensus. The distinction may also serve as a reference point for practitioners in choosing one and not the other diagnostic instrument or in other decision making during the assessment process.

Za charakterystyczne dla ostatnich dwóch dekad rozwoju psychologii można uznać dwa (co najmniej) procesy: gwałtowny przyrost badań empirycznych i powracanie do fundamentalnych pytań, raz już – zdawałoby się – rozstrzygniętych. Procesy te nie ominęły diagnozy psychologicznej. Szybki przyrost empirycznie ugruntowanej wiedzy naukowej umożliwia tworzenie doskonalszych procedur diagnostycznych i podnoszenie profesjonalnych standardów, sprawia też jednak, że wiele klasycznych twierdzeń i obyczajów diagnozowania traci aktualność. Nie słabną natomiast spory między zwolennikami różnych podejść, w tym zwłaszcza podejścia idiograficznego (jakościowego) i nomotetycznego (ilościowego), choć za razem podejmowane są wciąż nowe próby dialogu, czego wyrazem w Polsce była dyskusja odbyta niedawno na łamach Roczników Psychologicznych, a zainicjowana przez Władysława J. Paluchowskiego (2010).

Klasyczna kontrowersja między diagnozą „kliniką” a mechaniczną, po raz pierwszy sformułowana przez Paula E. Meehla, pozostaje wciąż żywa (Grove i in., 2000). W dziedzinie diagnozy psychologicznej wciąż można usłyszeć autorytatywne głosy optujące bądź za koniecznością przestrzegania rygoru metodologicznego, bądź też za potrzebą kierowania się własnym wyczuciem diagnostycznym, opartym na osobistym doświadczeniu (klinicznym, pedagogicznym, rekrutacyjnym czy innym). Ukazują się wprawdzie publikacje, w których prezentuje się metody zarówno ilościowe, jak i jakościowe bez upatry-

wania w tym sprzeczności (Święcicka, 2011) lub nawet w wyraźnym przesłaniu łączenia w różnych formach podejścia „twardego” i „miękkiego” w tym samym badaniu (Łaguna i Stemplewska-Żakowicz, 2012). Mimo to aktualny stan rzeczy trzeba chyba opisać jako sytuację braku pełnej zgody pomiędzy autorytetami co do poprawnych i dopuszczalnych metod diagnozowania. W tej dość skomplikowanej rzeczywistości muszą jakoś radzić sobie diagności-praktycy, którzy na co dzień podejmują decyzje co do technik i procedur diagnozowania konkretnych osób. Próbuje się tu jakoś odnaleźć także studenci psychologii oraz nauczający ich dydaktycy, którym owi studenci zadają niełatwe pytania, nie zawsze dotyczące jedynie wiedzy jako takiej (np. „Skoro Test Drzewa nie ma podstaw naukowych, to dlaczego uczelnia oferuje nam fakultet na jego temat?”).

Niniejszy artykuł jest propozycją wskazania instrumentu, który może pomóc w znajdowaniu rozwiązań w sytuacjach potencjalnego konfliktu nakazów i rekomendacji, płynących z dwu przeciwnych stron zarysowanych wyżej rozróżnień. Podejmuję tu próbę rozwinięcia idei, zasygnalizowanej pokrótce w innym miejscu (Stemplewska-Żakowicz, 2011)¹, mianowicie tezy, iż rolę takiego narzędzia – pewnego rodzaju busoli czy też kompasu – może spełnić pochodzące z filozofii nauki rozróżnienie kontekstu odkrycia i kontekstu uzasadnienia. W moim przekonaniu kierowanie się tym rozróżnieniem może pomóc zaprowadzić ład pośród kontrowersji i uzyskać jasność

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Katarzyna Stemplewska-Żakowicz, Wyższa Szkoła Zarządzania i Prawa im. Heleny Chodkowskiej, Aleje Jerozolimskie 200, 02-486 Warszawa.

e-mail:stemplewska.zakowicz@gmail.com

¹ Ideę tę zawdzięczam Adamowi Tarnowskiemu, który sformułował ją podczas dyskusji w ramach nieformalnego, międzyuczelnianego seminarium dla dydaktyków nauczających diagnozy psychologicznej, zorganizowanego w roku 2008 w Katedrze Diagnostyki Psychologicznej SWPS.

właściwego postępowania wobec dylematów diagnostycznych. Płyną też z niego pewne wskazania co do właściwego miejsca różnych rodzajów technik diagnostycznych – tych bardziej swobodnych i tych sformalizowanych – w całościowym procesie diagnostycznym.

KONTEKST ODKRYCIA I KONTEKST UZASADNIENIA A DIAGNOZA

Rozróżnienie kontekstu odkrycia i kontekstu uzasadnienia zazwyczaj jest związane z nazwiskiem niemieckiego filozofa nauki Hansa Reichenbacha (1938). Wiadomo jednak, że idea ta pojawiała się już wcześniej w dyskusjach empirystów logicznych (Hoyningen-Huene, 1987), nawiązuje do niej także przełomowe dzieło Karla Poppera (1935). Choć późniejsza krytyka zakwestionowała wiele pierwotnie deklarowanych różnic pomiędzy kontekstem odkrycia i kontekstem uzasadnienia (na przykład tezę, jakoby odpowiadały im rozłączne, sekwencyjnie uporządkowane etapy procesu dokonywania odkrycia, por. Feyerabend, 1996), na potrzeby niniejszego artykułu przedstawię krótko te dwie dziedziny tak, jak zostały one opisane w pierwotnej, logiczno-empirycznej propozycji.

Kontekst odkrycia i kontekst uzasadnienia to – mówiąc najkrócej – dwie sfery czy też dwa etapy procesu badawczego w nauce, które rządzą się odmiennymi regułami. Kontekst odkrycia obejmuje swobodną eksplorację pola problemowego, dopuszczającą intuicję, wyobraźnię i twórczość. Odkrycie naukowe nierzadko przybiera formę nagłego wglądu, iluminacji, jak w słynnym przypadku Archimedesza, wykrzykującego w wannie „Eureka!”. Jednak może to być także proces rozciągnięty w czasie, stopniowe dochodzenie do pewnej wizji czy koncepcji interesującego badacza zjawiska. W każdym przypadku jednak procesy doprowadzające do odkrycia są trudno dostępne obserwacji, ponieważ zachodzą wewnątrz umysłu badacza. Opisać je może psychologia, nie zaś logika czy metodologia. Procesy te nie podlegają żadnym rygorom formalnym i nie można ich ująć w formie algorytmu, który – wykonany poprawnie – miałby niezawodnie doprowadzić badacza do odkrycia, ilekroć zostanie zastosowany. Jednakże cokolwiek wydarza się w kontekście odkrycia, finalnie doprowadza do sformułowania hipotez, wieńczącego ten etap działań badacza i stanowiącego punkt wyjścia dla etapu następnego, zachodzącego w kontekście uzasadnienia. Ten ostatni obejmuje procedury weryfikacji hipotez, poddane rygorom metodologicznym. W przeciwieństwie do kontekstu odkrycia, tutaj wszystko jest jednoznaczne, logiczne, powtarzalne, zgodne z wzorcami. Właściwe postępowanie można opisać w formie algorytmu lub procedury i mieć pewność, że ilekroć je zastosujemy, tylekroć uzyskamy wiarygodne i empirycznie uzasadnione rozstrzygnięcia co do prawdziwości naszych hipotez. Nie ma tu miejsca na twórczość czy psychologię, znaczenie ma dobra organizacja badań i statystyka.

Tak w skrócie można opisać ideę dwóch kontekstów w naukowej działalności badawczej. Czy jest sens odno-

sić tę ideę do diagnozy psychologicznej? Wydaje się, że odpowiedź powinna być jak najbardziej twierdząca, ponieważ diagnoza psychologiczna de facto jest postępowaniem badawczym i dotyczyć jej powinny te same reguły, co innych rodzajów badań o charakterze naukowym (Fernández-Ballesteros, 1999). Większość modeli procesu diagnozowania w jakiś sposób wyróżnia takie dwie fazy (Fernández-Ballesteros i in., 2001; Krishnamurthy i in., 2004; por. Stemplewska-Żakowicz, 2009). Pierwszą z nich – fazę zbierania wstępnych danych i formułowania hipotez – można uważać za należącą do kontekstu odkrycia. W niej psycholog, po części w sposób nieformalny i wymykający się procedurom, dochodzi do pewnych koncepcji na temat istoty problemu diagnostycznego. Nie wolno mu jednak na tej fazie poprzestać. Intuicyjnie odkryte mechanizmy, koncepcje zbudowane na empatycznych wglądach, podpowiedzi doświadczenia klinicznego – wszystkie one wymagają konfrontacji z innymi danymi, wyszukiwanymi w sposób systematyczny, zgodny z regułami kontekstu uzasadnienia. Dzięki temu wszelkie pokusy myślenia afirmacyjnego zostaną poddane rygorowi z góry zaplanowanych testów, obliczonych na weryfikację sformułowanych hipotez. Dopiero gdy pomysłnie przejdą taka procedurę, hipotezy zmieniają się we wnioski diagnostyczne, którym naprawdę można zaufać.

Mogłoby się wydawać, że powyższy sposób rozumienia procesu diagnostycznego jest jedynym rozsądnym i powinien być powszechnie i bezdyskusyjnie przyjęty. A jednak nie brakuje osób, także z doświadczeniem badawczym i praktycznym, które rekomendują lub same stosują wyciąganie wniosków diagnostycznych z pominięciem etapu weryfikacji hipotez. Gdyby Archimedes prosto z wanny pobiegł na rynek głosić swoją nową teorię, byłoby to mniej więcej tym samym. obrońcy takiego postępowania w diagnozie psychologicznej stosują często argument, że jest ona w gruncie rzeczy pewnym rodzajem sztuki i nie można zredukować jej do zbioru mechanicznych reguł. Gdybyż sztukę tę uprawiali jedynie prawdziwi artyści! Zdarzają się ponoć fenomenalnej diagności i genialni terapeuci, obdarzeni niezwyklej intuicją, potrafiący trafnie zdiagnozować problem w mgnieniu oka i zastosować błyskotliwą, celną interwencję, która ten problem rozwiązuje. Zapewne wszyscy studenci i absolwenci psychologii chcieliby posiadać takie znakomite umiejętności, jednak z badań nad rzeczywistością trafnością diagnoz psychologicznych płyną zgola inne wnioski...

AKTYWNOŚĆ POZNAWCZA DIAGNOSTY

W psychologii sporo miejsca poświęcono spostrzeganiu społecznemu, w tym zniekształceniom i błędom, na jakie jest ono podatne (zob. przegląd badań w Wojciszke, 2002). Co więcej, w licznych badaniach empirycznych ustalono, że owe zniekształcenia i błędy występują także we wnioskowaniu diagnostycznym profesjonalistów i to w dowolnym w zasadzie kontekście praktyki – w diagnozie klinicznej, psychopedagogicznej, sądowej czy też wy-

konywanej do celów rekrutacji pracowników. Najwięcej badań nad zniekształceniami poznawczymi wykonano w odniesieniu do diagnozy klinicznej, a ich przegląd zawarł Howard N. Garb (1998) w książce o znamienym tytule „Badając klinicystę” (*Studying the clinician*). Wyniki tych badań, mówiąc najkrócej, stanowią mocne wsparcie dla tezy Meehla (1960), który na grubo wcześniej określił wnioskowanie diagnostyczne i osąd kliniczny jako po prostu „poznawczą aktywność klinicysty”. Okazuje się, że we wnioskowaniu i decyzjach diagnostycznych można odnaleźć wpływy takich dobrze opisanych zniekształceń w myśleniu, jak efekt pierwszeństwa i świeżości, heurystyka reprezentatywności, tendencja potwierdzenia, efekt zakotwiczenia, efekt koniunkcji, podstawowy błąd atrybucji i wiele innych. (zob. Stemplewska-Żakowicz, 2009). W przypadku laików owe błędy i zniekształcenia w spostrzeganiu społecznym nie dziwią. Wszak to ewolucja wyposażyła nas w schematy poznawcze, które powodują wprawdzie uproszczone spostrzeganie, ale w zamian zapewniają oszczędność zasobów i efektywność zachowań adaptacyjnych. Jednak to samo w przypadku zawodowej działalności psychologa-diagnosty jest poważną słabością, która niweczy profesjonalizm tych działań.

Co więcej, również nadmierne zaufanie do własnych wniosków diagnostycznych może być uznane za kolejny błąd, jako że nie idzie w parze z rzeczywistością większą trafnością diagnoz. Jest wręcz przeciwnie: wielu doświadczonych praktyków zdaje się raczej wraz z upływem lat utrzymywać swoje błędy, a nie uczyć się je korygować (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner i Lucas, 2005; por. Stemplewska-Żakowicz, 2009). Doświadczenie okazuje się więc czynnikiem, który niekoniecznie pozytywnie waży na diagnozie.

Na szkoleniach zdarzało mi się słyszeć od niektórych uczestników stwierdzenie „A mi się to sprawdza!” jako odpowiedź na moje ostrzeżenia przed stosowaniem uproszczonego, impresyjnego wnioskowania diagnostycznego na podstawie na przykład rysunku projekcyjnego. Nierzadko przytaczano całą opowieść o tym, jak to diagnosta rozpoznał oznaki np. depresji lub nadopiekuńczości matki na rysunku pewnego dziecka, a potem okazało się, że „to wszystko prawda”. Jednak wbrew intencji autora takiej opowieści, nie świadczy ona o nadzwyczajnej przenikliwości i kompetencji diagnosty, lecz raczej o uleganiu tendencji potwierdzenia i innym zniekształceniom, powszechnie występującym w spostrzeganiu społecznym. To one najprawdopodobniej sprawiły, że diagnoza tak dobrze się „sprawdziła”. Na tym właśnie polega tendencja potwierdzenia: ukierunkowuje naszą uwagę na wszystko, co zgodne z naszymi oczekiwaniami i czyni nas ślepy mi na dane do nich nie pasujące!

NAUKA I PSEUDONAUKA

Postawę diagnosty z powyższej opowieści możemy więc nazwać nienaukową, jeśli podążymy za Scottem O. Lilienfeldem w jego określeniu tego, czym jest nauka i myślenie naukowe: „Można powiedzieć, że esencją nauki jest

ciągły wysiłek podejmowany w celu skompensowania własnego myślenia potwierdzenia – tendencji, która dotyka na równi praktyków i badaczy.” (McLean, Miller, Lilienfeld, Lohr, McNally i in., 2007, s. 84). Wypowiedź ta jest częścią dyskusji na temat sposobów kształcenia u studentów psychologii myślenia naukowego, Dalej Lilienfeld stwierdza (*op. cit.*), że szeroko rozumianą kompetencję krytycznego myślenia w psychologii można rozumieć jako zbiór narzędzi, zaprojektowanych specjalnie do przewyższania różnych zniekształceń poznawczych, z tendencją potwierdzenia na czele. Najważniejsze są tu zdaniem autora dwa rodzaje owych „narzędzi”. Pierwszy to po prostu wiedza o tym, że istnieją czynniki powodujące zniekształcenia poznawcze i stwarzające u wszystkich ludzi – u psychologów też! – ryzyko błędnego myślenia i złudzeń w rodzaju korelacji iluzorycznej czy efektu „patrzenia wstecz” (*hindsight effect*). Drugi rodzaj „narzędzi” poznawczych, które mogą nas chronić przed błędami w myśleniu to rozumienie sensu procedur badawczych, a zwłaszcza tych ich aspektów, które mogą zapobiegać wpływom wszechobecnym czynników zniekształcających.

Kwestii demarkacji nauki i pseudonauki w psychologii, zwłaszcza w psychologii klinicznej, poświęcono w ostatnich latach sporo uwagi. We wprowadzeniu do pracy zbiorowej poświęconej temu właśnie problemowi Lilienfeld, Lynn i Lohr (2004) wymieniają szereg charakterystycznych cech pseudonauki w psychologii klinicznej. W większości są to „grzechy” wobec zasad metodologii, takie jak nadużywanie hipotez *ad hoc*, obliczonych na uodpornienie teorii na popperowską falsyfikację; brak zmian w teorii, wynikających z dokonanych autokorekt i korygowania niedoskonałości; unikanie tzw. ślepej recenzji; nacisk na potwierdzanie, a nie podważanie teorii; przerzucenie ciężaru przedstawienia dowodu na oponentów; oderwanie, brak powiązań i odniesień do istniejącej wiedzy naukowej, itp. Wśród nich możemy jednak znaleźć właściwość nieco innego rodzaju – chodzi o nadmierne poleganie na danych o charakterze anegdot lub osobistych świadectw. „Terapia X pomogła panu Y i pani Z, którzy cierpieli na problem V” – tego typu dane, jak piszą autorzy, mogą być bardzo użyteczne we wczesnych fazach postępowania naukowego, gdy dopiero budujemy teorię, szukamy pomysłów i generujemy hipotezy, jednym słowem – w kontekście odkrycia. Dane takie wystarczają do sformułowania hipotezy, że „Terapia X jest skuteczna w leczeniu problemu V”, nie mogą jednak stanowić uzasadnienia dla twierdzenia tej samej treści. Jeśli elementy typowe dla kontekstu odkrycia przenosimy do kontekstu uzasadnienia, powstaje z tego pseudonauka!

Powróćmy teraz do kwestii nieformalnego wnioskowania diagnostycznego. W świetle wiedzy, którą dziś dysponujemy, nie ma wątpliwości, że nie może ono być podstawą ostatecznych wniosków diagnostycznych. Jeśli ktoś formułuje takie wnioski na przykład na podstawie swoich swobodnych wrażeń na temat rysunku projekcyjnego osoby uczestniczącej w diagnozie, to uprawia pseudonaukę. Jednak niekoniecznie musimy uznać, że

w takim razie wnioskowanie nieformalne jest do wyrzucenia. Pomiędzy uprawianiem pseudonauki a całkowitą rezygnacją z wszelkich form niesformalizowanego, intuicyjnego wnioskowania leży złoty środek umieszczenia wnioskowania nieformalnego tam, gdzie jego miejsce – w kontekście odkrycia.

ROZRÓŻNIENIE KONTEKSTU ODKRYCIA I KONTEKSTU UZASADNIENIA JAKO „BUSOLA” DIAGNOSTY

Podsumujmy teraz, co wynika z powyższych rozważań. Rozróżnienie dwóch kontekstów pozwala wyznaczyć właściwe miejsce różnym elementom procesu diagnostycznego oraz zidentyfikować zasady, które każdego z tych elementów dotyczą.

W kontekście odkrycia diagnosta wpada na pomysły i formułuje hipotezy diagnostyczne, a drogi, którymi jego myśl do tego dochodzi, nie muszą podlegać żadnemu rygorowi. W szczególności inspiracją do wstępnej konceptualizacji przypadku (która jest odpowiednikiem modelu teoretycznego) mogą być pojedyncze, niesprawdzone dane o charakterze anegdotycznym. Zanim jednak pomysły te zostaną przedstawione odbiorcom w formie wniosków diagnostycznych na temat konkretnej osoby, potrzebne jest poddanie ich próbie metodami naukowymi i rzetelne przedstawienie wyników tych prób – to dzieje się w kontekście uzasadnienia, w którym obowiązuje rygor metodologiczny. Tutaj hipoteza – na przykład wspomniane wcześniej przypuszczenie, że osoba może być w depresji – jest weryfikowana z użyciem odpowiednich instrumentów. Może to być jakiś kwestionariusz depresji lub też częściowo standaryzowany wywiad (np. SCID), oparty na podręczniku diagnostycznym (np. DSM) i pozwalający systematycznie dopytać o wszelkie przejawy kryteriów diagnostycznych depresji.

W odniesieniu do technik diagnostycznych odwołanie się do rozróżnienia kontekstu odkrycia i uzasadnienia pozwala znaleźć właściwe miejsce dla różnych ich rodzajów. W największym skrócie: w kontekście odkrycia warto stosować techniki swobodne, a więc słabo ustrukturalizowane rodzaje wywiadu, obserwacji czy technik projekcyjnych. Jednak – uwaga! – nie każdy wywiad czy zadanie projekcyjne ma taki charakter (o czym dalej). Chodzi o te procedury diagnostyczne, w których reguły interpretacji materiału nie są ściśle sformalizowane, a statystyka nie przesłania osoby. W kontekście odkrycia nie jest błędem posłużenie się impresyjnymi systemami interpretacji o słabych podstawach empirycznych².

W kontekście uzasadnienia natomiast musimy sięgnąć do narzędzi, które mają mocne podstawy psycho-

metryczne. Nie mam tu na myśli jedynie wąsko rozumianych testów czy kwestionariuszy opartych na samopisie. Dobre podstawy psychometryczne posiadają także niektóre procedury wywiadu i obserwacji czy technik projekcyjnych. Na przykład systemy interpretacji opowiadań projekcyjnych, stworzone przez Davida McClellanda i współpracowników (zob. Smith i in., 1992) oraz Drew Westena i współpracowników (1991) nie budzą zastrzeżeń nawet najsurowszych krytyków metod projekcyjnych (Lilienfeld i in., 2002). Ich trafność i rzetelność zostały wykazane empirycznie, a ponadto stwierdzono w badaniach różne związki ze wskaźnikami innych zmiennych. Na tej podstawie można na przykład oczekiwać, że osoba charakteryzująca się tak zwanym profilem lidera (projekcyjnie mierzona potrzeba osiągnięć wyższa od potrzeby afiliacji, a ta wyższa od potrzeby władzy) okaże się dobrym kierownikiem zespołu (Jacobs i McClelland, 1994).

Natomiast klasyczny system interpretacji opowiadań TAT oparty na niesformalizowanych wskazówkach Henry Murraya, nie może podobnej roli spełnić, choć może naprowadzić nas na bardzo wiele potencjalnie obiecujących idei na temat osoby uczestniczącej w naszym badaniu. Na przykład możemy dostrzec, że w jej opowiadaniach projekcyjnych powraca kilkakrotnie temat tragicznego zerwania bliskiej więzi, Przypuszczenie, które niejako „samoistnie” się tu nasuwa, że oto wątek ten odzwierciedla rzeczywiste i silnie przeżywane obecnie doświadczenie autorki opowiadań, może nader łatwo zostać sfalsyfikowany poprzez banalne wyjaśnienie, że autorka właśnie wczoraj obejrzała wzruszający film o takiej treści. Krótko mówiąc, gdy nie dysponujemy wiedzą z odpowiednich badań walidacyjnych, nie wiemy też w gruncie rzeczy, co oznacza taki, a nie inny wynik uzyskany za pomocą danej techniki diagnostycznej. Dlatego klasycznie interpretowany TAT powinien być stosowany jedynie w kontekście odkrycia – podobnie jak wszelkie inne narzędzia, które dopuszczają bardzo szeroki zakres wniosków, lecz o niewielkim stopniu pewności. W przeciwieństwie do tego system interpretacji McClellanda pozwala na wyciąganie dość wąskich wniosków – jedynie na temat nasilenia określonych potrzeb – i takie też hipotezy można poddawać weryfikacji tą metodą. Narzędzia diagnostyczne właściwe dla kontekstu uzasadnienia pozwalają z względnie dużą pewnością (opartą na wynikach empirycznych) orzekać o stosunkowo ograniczonych (precyzyjnie zdefiniowanych i zoperacjonalizowanych) elementach rzeczywistości.

Intuicja kliniczna nie przyda nam się na nic w kontekście uzasadnienia. Tutaj potrzebne jest logiczne rozumowanie, chłodny obiektywizm i umiejętność zdystansowania się wobec wszelkich wcześniej osiągniętych wągłów. Nie jest to łatwe, ponieważ w ludzkiej naturze leży podatność na zniekształcenia poznawcze i stosowanie heurystyk uproszczonego myślenia w miejsce dogłębnego rozważania wszystkich przesłanek. Dotyczy to także absolwentów studiów psychologicznych – dyplom nie chroni przed zniekształceniami poznawczymi.

² Oczywiście w granicach rozsądku. Sądzę, że poza tymi granicami mieszczą się na przykład tzw. oznakowe systemy interpretacji opowiadań lub rysunków projekcyjnych i na ich podstawie nie warto nawet konstruować hipotez, gdyż wysiłek badawczy podjęty w celu ich weryfikacji będzie najprawdopodobniej zmarnowany.

Dlatego niezbędne są rygorystyczne procedury weryfikacji intuicyjnych sądów, zanim zostanie im nadany status wniosków diagnostycznych i zanim te wnioski zostaną przedłożone instancjom zewnętrznym, takim jak sąd, szkoła czy zakład ubezpieczeń. Droga do owych wniosków, zwłaszcza gdy dotyczą złożonych problemów diagnostycznych, prowadzi przez początkową otwartą eksplorację przestrzeni problemowej, w której nierzadko kluczowe jest empatyczne zrozumienie subiektywnego świata osoby uczestniczącej w diagnozie. Ta faza, przebiegająca w znacznej mierze nieformalnie, doprowadza do sformułowania hipotez, które następnie są weryfikowane w sposób poddany rygorowi naukowemu.

Sądzę, że kierowanie się rozróżnieniem kontekstu odkrycia i kontekstu uzasadnienia może pomóc zaprowadzić ład pośród kontrowersji i uzyskać jasność postępowania wobec dylematów diagnostycznych. W szczególności rozróżnienie to pozwala lepiej opisać praktyki naukowe i pseudonaukowe. Procesy zachodzące w kontekście odkrycia same przez się nie tworzą postępowania diagnostycznego. Ograniczenie działań do tej fazy – bez elementów typowych dla kontekstu uzasadnienia – byłoby postępowaniem pseudonaukowym, potraktowaniem wnioskowania nieformalnego jako wystarczającego do uprawomocnienia konkluzji. Postępowanie diagnostyczne jest naukowe wówczas, gdy jest kompletne czyli zawiera też fazę drugą – działania właściwe dla kontekstu uzasadnienia.

Mam nadzieję, że ten „nowy, choć stary” sposób konceptualizowania poruszonych tu problemów współczesnej diagnozy psychologicznej może pomóc w wypracowaniu teoretycznego i praktycznego konsensusu w tej dziedzinie.

LITERATURA

- Eells, T.D., Lombart, K.D., 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*, 579–589.
- Fernández-Ballesteros, R. (1999). Psychological assessment: Future challenges and progresses. *European Psychologist, 4*, 248–262.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E.E.J., Godoy, A., Hornke, L.F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H., Zaccagnini, J.L. (2001). Guidelines for the assessment process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment, 17*, 187–200.
- Feyerabend, P.K. (1996). *Przeciw metodzie*. Wrocław: Wydawnictwo Siedmiogród.
- Garb, H.N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Grove, W.M., Zald, D.H., Lebow, B.S., Snitz, B.E., Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment, 12*, 19–30.
- Hoyningen-Huene, P. (1987). Context of discovery and context of justification. *Studies in History and Philosophy of Science, 18*, 4, 501–515.
- Jacobs, R.L., McClelland, D.C. (1994). Moving up the corporate ladder: A longitudinal study of the leadership motive pattern and managerial success in women and men. *Consulting Psychology Journal, 46*, 32–41.
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N.J., Tazeau, Y.N., Miville, M.N., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., Benton, S.A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology, 7*, 725–739.
- Lillienfeld, S.O., Wood, J.M., Garb, H.N. (2002). *Status naukowy technik projekcyjnych* (Przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Lohr, J.M. (2004). Science and pseudoscience in clinical psychology. Initial thought, reflections and considerations. W: S.O., Lilienfeld, S.J. Lynn, J.M. Lohr (red.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (s. 1–14). New York: Guilford Publication.
- Laguna, M., Stemplewska-Żakowicz, K. (red.). (2012). Między podejściem ilościowym a jakościowym w badaniach nad osobowością. *Przegląd Psychologiczny – numer tematyczny, 54* (w przygotowaniu).
- McLean, C.P., Miller, N.A., Lilienfeld, S.O., Lohr, J.M., McNally, R.J., Stickle, T.R. (2007). Teaching students to think like scientists. *The Behavior Therapist, 30*, 4, 84–87.
- Meehl, P.E. (1960). The cognitive activity of the clinician. *American Psychologist, 15*, 19–27.
- Paluchowski, W.J. (2010). Spór metodologiczny czy spór koncepcji – badania ilościowe vs jakościowe. *Roczniki Psychologiczne, 13*, 1, 7–22.
- Popper K.R. (1935/1977). *Logika odkrycia naukowego* (przekład z angielskiego: U. Niklas). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Reichenbach, H. (1938). *Experience and prediction*. Chicago: University of Chicago Press.
- Smith, C.P., Atkinson, J., McClelland, D.C., Veroff, J. (red.). (1992). *Motivation and personality: Handbook of thematic content analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2011). Diagnoza w dwóch kontekstach: odkrycia i uzasadnienia. Komentarz recenzenta. W: M. Świąćicka. (red.), *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Świąćicka, M. (2011). *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Westen, D. (1991). Clinical assessment of object relations using the TAT. *Journal of Personality Assessment, 56*, 56–74.
- Wojciszke, B. (2002). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.